

PIANO ATTUATIVO LOCALE 2018

INDICE

1. PREMESSA	3
2. LA MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE E DEGLI OUTCOME	56
3. LE PROGETTUALITA'	57
3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI	57
3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	63
3.3 ASSISTENZA DISTRETTUALE	78
3.4 ASSISTENZA FARMACEUTICA	83
3.5 ASSISTENZA SOCIOSANITARIA	87
3.6 PROGETTI CLINICO ASSISTENZIALI	105
3.7 RAPPORTO CON I CITTADINI	112
4. FLUSSI INFORMATIVI E VALUTAZIONI	115
5. IL SISTEMA INFORMATIVO	116
ADDENDUM: I PROGETTI AZIENDALI	119
6. GLI INVESTIMENTI	126
7. GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	146
8. NOTA ILLUSTRATIVA ALLA PROPOSTA DI CONTO ECONOMICO 2018	155

ALLEGATI

Allegato 1 – BILANCIO PREVENTIVO E TABELLE

Allegato 2 – CONTO ECONOMICO PREVENTIVO DEI PRESIDI OSPEDALIERI

Allegato 3 – TABELLE LEA

Allegato 4 – TABELLE INVESTIMENTI

1. PREMESSA

TECNOSTRUTTURE E MACRO DIPARTIMENTI AZIENDALI:

LE PRINCIPALI LINEE DI LAVORO CHE HANNO CARATTERIZZATO IL 2017

1. L' AREA TECNICO/AMMINISTRATIVA

1.A. IL DIPARTIMENTO TECNICO

La complessità delle funzioni sanitarie, l'evoluzione legislativa, il progresso delle tecnologie, l'aggiornamento delle organizzazioni, l'integrazione dei servizi postulano il graduale e contestuale adeguamento delle funzioni amministrative e tecniche, capace di accompagnare con la necessaria efficacia il cambiamento. In tale contesto, il ruolo dell'area dipartimentale tecnica assume un'importanza strategica nel sostegno allo sviluppo di una moderna ed efficiente organizzazione dei servizi.

Nel corso del 2017 hanno acquisito sempre maggiore rilevanza, da un lato, gli investimenti in ambito ospedaliero - in particolare correlati alla realizzazione del nuovo ospedale di Pordenone e alla ristrutturazione dell'Ospedale di San Vito al Tagliamento - dall'altro il parallelo sviluppo dei servizi territoriali, con investimenti significativi sia sotto il profilo tecnologico che sotto quello impiantistico/strutturale.

In tale contesto, gli uffici dell'area dipartimentale tecnica hanno curato una mole complessa di funzioni, sia di carattere amministrativo/contrattuale che di carattere tecnico/progettuale, gestite, in larga parte, nel rispetto dei tempi e delle scadenze fissate per il completamento delle opere o per la conclusione dei procedimenti di affidamento di beni e servizi.

Il Dipartimento Tecnico, istituito formalmente alla fine del 2017, si consoliderà operativamente nel corso del 2018. Il punto più rilevante su cui si concentrerà il lavoro in ambito dipartimentale, sarà dedicato a favorire e incentivare l'integrazione delle funzioni tecniche con quelle amministrative, presupposto fondamentale per coordinare e armonizzare le diverse competenze, evitando conflitti e carenze organizzative.

Di seguito si sintetizzano le attività di rilievo strategico curate nel corso del 2017 dalle diverse strutture afferenti al Dipartimento Tecnico, con uno sguardo rivolto al 2018.

LA GESTIONE DEI SERVIZI

a. Supporto e Collaborazione con la Direzione dei Servizi socio-sanitari

Nel corso del 2017 è stato condiviso un protocollo di intesa finalizzato ad assicurare la miglior collaborazione per le gare che la DSS ha necessità di avviare e gestire. A tal fine gli Approvvigionamenti si sono resi disponibili a supportare la DSS nella fase di elaborazione e predisposizione del progetto di gara, nell'ambito degli adempimenti imposti da ANAC, fino a giungere alle fasi finali della procedura (stipula contratto e fasi dell'esecuzione). Grazie a tale supporto è stata avviata una prima gara relativa alla co-progettazione in favore delle Unità Educative Territoriali in carico ai Servizi Sociali. Nel 2018 si prevede l'avvio di una serie di procedure di rilevanza comunitaria.

b. Trasporti primari e secondari

A partire dal mese di aprile 2017 e con successivi aggiornamenti, si è dato corso alla riorganizzazione dei trasporti urgenti per i quali il PEU non prevede l'intervento del 118. Contemporaneamente si è operata anche la revisione dell'assetto complessivo dei trasporti urgenti in ambulanza.

c. Esternalizzazione del servizio di C.U.P., accettazione e cassa, accettazione prelievi, anagrafe sanitaria e altri servizi amministrativi

Un progetto di particolare rilevanza ha riguardato la riduzione del personale amministrativo reclutato con contratti di somministrazione. L'obiettivo è stato raggiunto, con una riduzione di 10 unità, attraverso un processo di riorganizzazione delle attività di front office nelle sedi dei presidi di San Vito al Tagliamento e Sacile.

Il piano ha preso corpo sulla base di uno studio condotto ad un tavolo multidisciplinare, da incaricati della Direzione Sanitaria, della Direzione Amministrativa, degli Affari Generali e degli Approvvigionamenti, che aveva il mandato di dare corso a una progressiva diminuzione degli operatori interinali e, contestualmente, salvaguardare i livelli occupazionali, assicurando la corretta continuità delle attività di sportello. Al termine delle valutazioni correlate sia all'organizzazione dei servizi di front office, sia al costo economico delle soluzioni organizzative esaminate, si è optato per l'esternalizzazione dei servizi di sportello per le prestazioni ambulatoriali e di laboratorio di San Vito al Tagliamento e per una parziale esternalizzazione dei servizi di sportello dell'Ospedale di Sacile, limitata alla sola attività di laboratorio e ciò nelle more di una revisione logistica dell'intero sistema di front office che, proprio nel corso del 2018. Per quanto riguarda il Presidio di Sacile, nel corso del 2018 si prevede la costituzione di un unico punto di prenotazione (per prestazioni ambulatoriali e di laboratorio), attraverso la realizzazione di un nuovo ufficio nella sala d'attesa presso il padiglione centrale. Tale soluzione consentirà di ottimizzare l'impiego di personale dipendente con implementazione dell'utilizzo delle riscuotitrici automatiche. La sperimentazione che avrà una durata semestrale comporterà, nel corso del 2018, la valutazione dei risultati organizzativi e operativi del progetto e la stesura di un capitolato d'oneri propedeutico all'attivazione di una gara per un affidamento di durata pluriennale.

d. Esternalizzazione delle prestazioni mediche presso i Punti di Primo Intervento (PPI) di Sacile e Maniago

Per la particolare criticità dovuta alla difficoltà di reclutamento di dirigenti medici specialisti da assegnare alla funzione di pronto soccorso articolata anche nei PPI attivi nelle 12 ore diurne presso il POPS di Sacile e Maniago, una volta agite senza risultato tutte le procedure ordinarie, sono state perfezionate le procedure per la copertura della turnazione medica in quei servizi attraverso il ricorso a prestazioni esternalizzate, a partire dal mese di ottobre 2017. E' prevista la prosecuzione di tale servizio sino al 30.06.2018, o per lo meno, fino a quando non risulteranno attuabili soluzioni interne al sistema.

e. Trasferimento Centro Formazione, Biblioteca e SC di Neuropsichiatria infantile

Al fine di consentire il puntuale prosieguo dei lavori di messa in opera del cantiere del nuovo Ospedale di Pordenone e di individuare soluzioni logistiche più adeguate per alcuni servizi aziendali, si è dato corso nel 2017 al reperimento di una struttura idonea a ospitare i servizi di Formazione Professionale, Neuropsichiatria Infantile e di Biblioteca Sanitaria.

f. Accreditemento RSA Pordenone, Sacile e Roveredo

Nel corso del 2017, la tecnostruttura dipartimentale ha provveduto - per la parte di competenza - a fornire il necessario supporto per l'accreditamento istituzionale delle RSA di Pordenone, Sacile e Roveredo, con specifico riferimento all'attività di gestione dei servizi esternalizzati (assistenza e fisioterapia, ristorazione, lavanderia guardaroba, pulizie).

Il patrimonio tecnologico aziendale - non ci riferiamo solo a quello ospedaliero, ancorché rappresenti l'ambito più rilevante, ma anche alla rete dei servizi distrettuali, ai servizi specialistici territoriali e a quelli di natura socio-assistenziale e/o domiciliare - costituisce un fattore strategico per migliorare la qualità delle prestazioni erogate. Una adeguata e puntuale programmazione degli investimenti in questo settore è strategica per poter rispondere in modo appropriato, moderno e sicuro alle necessità di salute dei cittadini

Il Piano aziendale degli investimenti 2017, declinato sulle linee di programmazione regionale, ha definito un elenco di acquisizioni in relazione alle risorse economiche disponibili, secondo criteri di appropriatezza, efficacia, adeguatezza e priorità.

Tra le voci di rilievo strategico realizzate nel corso del 2017, si evidenziano, in particolare, i seguenti investimenti:

- a. rinnovo completo delle tecnologie endoscopiche della SC di Gastroenterologia ed endoscopia digestiva. Nel 2018 è previsto il completamento tecnologico con il potenziamento delle attrezzature delle aree eco endoscopiche e di manometria esofagea e anorettale
- b. potenziamento del parco ambulanze per soccorso territoriale avanzato e delle automediche, che proseguirà anche nel corso del 2018, secondo le linee tracciate nel PEU regionale
- c. completamento delle acquisizioni connesse al progetto di odontoiatria sociale per il 2017 che proseguiranno anche nel corso del 2018
- d. investimenti innovativi a supporto del servizio di radiologia domiciliare per le sedi di Pordenone e San Vito al Tagliamento
- e. prosecuzione degli investimenti propedeutici all'avvio dei Centri per l'Assistenza Primaria, confermati anche nella programmazione regionale 2018.

Dal momento che la disponibilità di risorse in conto capitale, pur coprendo segmenti importanti di fabbisogno tecnologico, non soddisfa in modo completo le necessità correlate sia alla sostituzione routinaria delle attrezzature obsolete, sia all'innovazione tecnologica l'Azienda, in taluni casi, ha dovuto individuare forme alternative all'acquisto in conto capitale, quali noleggio/comodati d'uso/service.

In tale ottica, la Tecnostruttura ha intrapreso nel corso del 2017, con esecutività e estensione nel 2018, una complessiva analisi di quelle tecnologie sanitarie che possono essere acquisite con modalità alternative al finanziamento in conto capitale:

- robot chirurgico (noleggio)
- rinnovo del parco macchine per emodialisi (service)
- dialisi extracorporea domiciliare (service)
- ecografi per la Cardiologia (noleggio)

Saranno altresì considerati i comodati d'uso gratuiti per apparecchiature funzionali di fascia economica di valore inferiore a € 40.000 che necessitano di materiale di consumo dedicato.

Tutte le valutazioni relative alle tecnologie destinate all'ospedale di Pordenone, tengono in considerazione lo scenario dell'avvio del Nuovo Ospedale.

LE GESTIONE DEL PATRIMONIO EDILIZIO DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE

Oltre ai lavori per la realizzazione del nuovo ospedale di Pordenone, che sono richiamati in altra parte del presente Piano, nel corso del 2017 sono stati posti in essere i principali progetti di investimento, di seguito sinteticamente richiamati.

- a. Per entrambe le sedi del p.o. di San Vito al Tagliamento-Spilimbergo sono stati effettuati i lavori di potenziamento delle centrali tecnologiche per garantire l' idonea alimentazione delle strutture. Sono stati inoltre predisposti i progetti di fattibilità tecnica ed economica per il completo adeguamento ai requisiti di prevenzione incendi, al momento privi di finanziamento.
- b. La sede di San Vito è stata interessata nel corso del 2017 da una ricca ed articolata serie di interventi:
 - lavori di accreditamento III fase, corpo A, e successivo pieno utilizzo delle aree ristrutturata da parte delle competenti strutture sanitarie
 - lavori di riqualificazione energetica della facciata est. Nel corso del 2018 verrà avviata la procedura di gara per l'affidamento dei lavori e aperto il relativo cantiere
 - lavori di ristrutturazione del piano terra, corpo A, da destinare ad ambulatori di Fisioterapia. E' attualmente in corso la progettazione definitiva-esecutiva dei lavori la cui approvazione è prevista nei primi mesi del 2018
 - lavori di adeguamento antisismico di elementi strutturali dell'edificio principale e lavori di collegamento orizzontale e verticale del corpo B ai piani. E' attualmente in corso la redazione del progetto definitivo-esecutivo la cui approvazione è prevista nei primi mesi del 2018
 - lavori di accreditamento, III fase, II stralcio, corpo A. Nel corso del 2018 sarà avviato l'intervento al piano terra, congiuntamente ai lavori di adeguamento dell'area della Fisioterapia. Per la riqualificazione degli spazi al piano rialzato e di quelli al grezzo al terzo piano, nel corso del 2018 sarà esperita la gara per l'affidamento dell'incarico di progettazione definitiva-esecutiva
 - aggiornamento del progetto preliminare generale dei lavori finalizzati all'accreditamento dell'intero p.o., aggiornandolo alle vigenti normative, in particolare per quanto concerne l'adeguamento antisismico e la messa in sicurezza antincendio delle strutture.

LA GESTIONE DEL PATRIMONIO EDILIZIO DEL TERRITORIO

Nell'anno 2017 sono state svolte diverse attività tecniche finalizzate alla realizzazione di interventi edili-impiantistici di carattere territoriale, dipartimentale e distrettuale, in particolare per quanto riguarda i Presidi Ospedalieri per la Salute di Sacile e Maniago.

- a. Nella sede del POpS di Sacile sono stati avviati:
 - i lavori per la realizzazione del nuovo reparto per la ricollocazione della struttura di Procreazione Medicalmente Assistita (Medicina e Chirurgia della Fertilità) in locali sicuramente adeguati alle esigenze della funzione, con annessi laboratori e locali di crioconservazione con impianti tecnologicamente avanzati
 - i lavori di messa in sicurezza della facciata e delle partizioni esterne del Padiglione *Meneghini*. Tale intervento permetterà la fruizione d'accesso e l'incamminamento perimetrale in tutta sicurezza, con riqualificazione anche estetica del principale Padiglione del POpS.
- b. Nella sede del POpS di Maniago sono stati ultimati:
 - i lavori per la pediatria di base, con annessi i locali del Materno Infantile
 - i nuovi spogliatoi per tutto il personale del POpS
 - i lavori di riadattamento funzionale di alcuni servizi distrettuali, tra i quali il Centro Prelievi che ora dispone di locali adeguati.
- c. E' stata ultimata la fase progettuale esecutiva per la realizzazione della REMS a Maniago, secondo quanto previsto dalle normative per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.
- d. E' stata ultimata la progettazione esecutiva del CAP presso la ex sede Municipale del Comune di Casarsa della Delizia.
- e. E' stata completata la prima tranche dei lavori previsti per la realizzazione di un CAP presso i locali del p.o. di S. Vito al Tagliamento.
- f. Sono stati completamente ultimati i lavori riguardanti la ristrutturazione di un edificio di notevole pregio storico a Meduno, che ospiterà in locali del tutto idonei il servizio previsto di continuità assistenziale.
- g. Sono stati ultimati i lavori edili-impiantistici di messa a norma ed adeguamento funzionale del Centro Distrettuale di Pasiano.
- h. E' stata portata a termine la fase progettuale per la realizzazione di un CAP a Fiume Veneto.
- i. E' in fase di ultimazione l'intervento riguardante la ricostruzione dell'edificio denominato "Casa Facca" a Fiume Veneto, al fine di realizzazione un centro di servizi socio educativi e socio assistenziali per disabili per attività riabilitative, e pertanto l'avvio del servizio è previsto entro il primo semestre del 2018.
- j. A seguito dell'abolizione della Provincia di Pordenone e dei conseguenti disposti normativi regionali, la costruzione di pregio storico "Villa Carinzia" e altri edifici che insistono nello stesso parco, Palazzo "ex Snia" e "Barchessa", sono transitati in proprietà all'A.A.S. n°5 in quanto in tali edifici erano già presenti alcuni servizi distrettuali aziendali e servizi sociali. Questi immobili, assieme all'edificio "Casa Maran", sede della SC o di NPI, della SS Formazione e della Biblioteca aziendale, richiedono, per gli interventi manutentivi ordinari, ulteriori risorse oltre a quanto complessivamente erogato nel 2015, che costituisce ora vincolo-regola di bilancio anche per il 2018. E' inoltre necessario un intervento urgente presso gli edifici "i cubi" di San Vito al Tagliamento.

LA GESTIONE DELLA FLOTTA AZIENDALE

Nel corso del 2017 è stata rinnovata parte dell'autoparco aziendale, procedendo all'acquisizione di venti automezzi con contestuale dismissione di auto aziendali del tutto obsolete. E' stato anche adottato il nuovo regolamento per l'uso degli automezzi aziendali, armonizzando procedure e modalità di utilizzo già in essere da tempo nell'ambito delle ex aziende ASS6 ed AOSMA. Nel 2018 si procederà ad un ulteriore rinnovo degli automezzi aziendali.

LA GESTIONE DEI SISTEMI INFORMATIVI E DELLE TECNOLOGIE INFORMATICHE

Nel corso del 2017 è stato progettato il nuovo Sito aziendale come mezzo di comunicazione verso la popolazione e le imprese. Il prototipo e l'ambiente redazionale del nuovo Sito AAS5 è stato reso disponibile a fine 2017 da parte di Insiel. Nel corso del 2018 si prevede la messa in linea del nuovo sito a seguito di pianificazione dell'attività di migrazione e dei contenuti dai vecchi portali web e di implementazione di nuovi contenuti.

Sono stati avviati e consolidati alcuni servizi on-line per i cittadini, in particolare:

- prenotazione con ricetta rossa e con ricetta dematerializzata
- referto on-line per esami di laboratorio sottoscritti digitalmente
- consultazione dei tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali.

Si prevede di estendere l'uso del referto on-line anche con l'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, avviato sperimentalmente nel mese di dicembre 2017.

E' attivo il pagamento di prestazioni sanitarie con adesione al servizio "Nodi dei Pagamenti-SPC" messo a disposizione dall'Agenzia per l'Italia Digitale. Si è inoltre provveduto ad ampliare l'accesso ai sistemi di Casse automatiche, a seguito anche di un recente rinnovo del parco macchine di incassatrici automatiche.

a. La riorganizzazione dei Sistemi Informatici Area Sanitaria

Sono proseguiti gli interventi ICT del SSR per adeguamento L.R. 17/2014, con la riconfigurazione dei sistemi clinici su G2 Clinico e Configuratore SISR a seguito di applicazione del nuovo atto aziendale.

Come previsto dall'Accordo Quadro del 30 giugno 2016 tra IRCCS CRO e AAS5, si è dato corso agli interventi di riconfigurazione dei sistemi clinici e amministrativi per il trasferimento tra le due Aziende delle funzioni di Oncologia e di Cardiologia e sono state completate le integrazioni delle funzioni di Laboratorio analisi, microbiologia e virologia tra AAS 5 e CRO.

Per quanto concerne la ricetta dematerializzata, come previsto dalle indicazioni regionali, si è dato corso all'estensione della stessa alle prestazioni prescritte dagli specialisti.

b. La riorganizzazione dei Sistemi Informatici Area Amministrativa

Il Sistema Self Service del Dipendente è in funzione presso tutte le strutture dell'Azienda per le attività di consultazione documenti e gestione delle richieste di movimenti e giustificativi. Si prevede per il 2018 l'attivazione di nuove funzionalità, come la consultazione da rete pubblica (internet) nonché la possibilità di gestione delle missioni.

Il software della Gestione documentale IterAtti e della Visura Web è adottato in tutti i settori amministrativi, consentendo di gestire più rapidamente la corrispondenza aziendale per mezzo PEC senza accesso diretto all'Ufficio Protocollo, ottimizzando in tal modo i flussi e le risorse disponibili.

c. L'infrastruttura IT

Nel corso del 2017 è stata rinnovata la *Rete telematica geografica* dell'intera area Pordenonese, con il passaggio di convezione alla rete SPC oltre all'attivazione della fibra ottica su diverse sedi dell'azienda. Tale processo proseguirà anche nel corso dell'anno 2018, migliorando le prestazioni di connettività su tutto il territorio aziendale.

E' stata garantita la collaborazione allo *switch della Centrale Operativa 118 su NUE*, implementando tutti servizi richiesti; si dovrà prevedere per il corrente anno l'evoluzione tecnologica necessaria del *Numero Unico Europeo 116117* per le cure non urgenti.

A seguito delle azioni previste dal programma dell'Agenda Digitale Italiana denominata "*Digital Security per la PA*", con lo scopo di tutelare la privacy, l'integrità e la continuità dei servizi della PA, si è provveduto a mettere in atto, nel corso del 2017, opportune azioni per raggiungere i livelli standard minimi di prevenzione e reazione ad eventi cibernetici avversi, come previsto dalle "*Misure minime per la sicurezza ICT (Information Communication Technology) delle PA*" emanate da AgID (Agenzia per l'Italia Digitale) a seguito della Direttiva 1 agosto 2015 del Presidente del Consiglio dei Ministri.

In particolare, si sono affrontati sui tavoli regionali aspetti tecnici relativi alla sicurezza fisica e logica/funzionale all'interno delle aziende e sui servizi erogati presso la Server Farm. Questo ha permesso di attuare specifiche azioni interne migliorando la sicurezza informatica; tale percorso necessiterà per il prossimo triennio 2018-2020 di un costante investimento di risorse umane e finanziarie adeguate, rivolte specificatamente alla funzione della sicurezza cibernetica ed alla protezione informatica. Le azioni di maggior impatto previste nel corso dell'anno 2018 riguarderanno il *rinnovo tecnologico* delle apparecchiature informatiche, anche a seguito dei rilasci previsti Insiel per la compatibilità, e *la migrazione al nuovo dominio aziendale* che comporterà una manutenzione straordinaria su ogni singola postazione lavoro.

1.B. L' AREA AMMINISTRATIVA

L' ATTO AZIENDALE

Nel corso del 2017 l'Azienda ha proseguito nel processo di attuazione del nuovo assetto che dovrà concludersi nell'arco di un triennio dalla data di adozione dello stesso, ovvero entro il 28.02.2019.

In particolare nel 2017 si è proceduto a:

- Trasferimento dall'IRCS Centro di riferimento oncologico di Aviano delle funzioni di Cardiologia oncologica con decorrenza 01.01.2017 e delle funzioni di Microbiologia e Virologia con decorrenza 01.10.2017
- Trasferimento all'IRCS Centro di riferimento oncologico di Aviano delle funzioni di Oncologia con decorrenza 01.01.2017.
- Dipartimento Assistenza Primaria Aziendale
 1. Attivazione della S.S.D. "Rete cure palliative e Hospice" a decorrere dal 14.12.2016
 2. Conferimento incarico di Responsabile S.S.D. "Rete cure palliative e Hospice" a seguito dell'espletamento delle procedure interne di selezione a decorrere dal 13.02.2017
 3. Contestuale soppressione della preesistente S.S. "Hospice".
- Dipartimento Chirurgia specialistica
 1. Attivazione del Dipartimento e all'affidamento del relativo incarico dirigenziale - 01.02.2017
 2. Attivazione delle seguenti strutture e all'affidamento dei relativi incarichi dirigenziali, anche di f.f.:
 - S.C. Otorinolaringoiatria Pordenone (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Otorinolaringoiatria PN)
 - S.C. Otorinolaringoiatria San Vito - Spilimbergo (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Otorinolaringoiatria S. Vito)
 - S.C. Oculistica (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Oculistica)
 - S.C. Chirurgia Maxillo facciale e Odontostomatologia (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Chirurgia Maxillo -facciale e Odontostomatologia)
 3. Disattivazione delle strutture previste nei precedenti atti aziendali e sopra indicate.
- Dipartimento Medicina specialistica
 1. Attivazione del Dipartimento e all'affidamento del relativo incarico dirigenziale - 01.02.2017
 2. Attivazione delle seguenti strutture e all'affidamento dei relativi incarichi dirigenziali, anche di f.f.:
 - S.C. Pneumologia (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Pneumologia)
 - S.C. Nefrologia e dialisi (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Nefrologia e dialisi)
 - S.C. Neurologia (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Neurologia)
 - S.C. Dermatologia (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Dermatologia)
 - S.C. Riabilitazione Pordenone (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Medicina Riabilitativa PN - Sacile)
 3. Disattivazione delle strutture previste nei precedenti atti aziendali e sopra indicate
 4. Mantenimento, nelle more della definizione complessiva dell'articolazione degli incarichi, delle S.S. delle preesistenti S.C.
- Dipartimento Ortopedico traumatologico e riabilitativo
 1. Attivazione del Dipartimento e all'affidamento del relativo incarico dirigenziale - 01.02.2017 ;
 2. Attivazione delle seguenti strutture e all'affidamento dei relativi incarichi dirigenziali, anche di f.f.:

- S.C. Ortopedia e traumatologia Pordenone (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Ortopedia e Traumatologia PN)
 - S.C. Ortopedia e traumatologia San Vito - Spilimbergo (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Ortopedia e traumatologia S. Vito - Spilimbergo)
 - S.C. Chirurgia della mano (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Chirurgia della mano e microchirurgia)
 - S.C. Riabilitazione San Vito - Spilimbergo (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Medicina riabilitativa S. Vito - Spilimbergo)
3. Disattivazione delle strutture previste nei precedenti atti aziendali e sopra indicate
 4. Mantenimento, nelle more della definizione complessiva dell'articolazione degli incarichi, delle S.S. delle preesistenti S.C.
- Soppressione Dipartimento Neurologia e Medicina Riabilitativa con decorrenza 01.02.2017.
 - Atto aziendale adottato con decreto n. 100 del 01/03/2016: I modifica definitiva (decreto n. 97 del 03.02.2017).
 1. In particolare: inserimento della SOC Medicina Nucleare nell'impianto strutturale del Dipartimento medicina dei servizi e conseguenti modifiche alla struttura del Dipartimento e ai relativi profili.
 - Dipartimento Medicina dei Servizi
 1. Attivazione del Dipartimento e all'affidamento del relativo incarico dirigenziale – 27.03.2017
 2. Attivazione delle seguenti strutture e all'affidamento dei relativi incarichi dirigenziali, anche di f.f.:
 - S.C. Medicina nucleare (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Medicina nucleare. Struttura mantenuta ad esaurimento giusto decreto n. 97 del 03.02.2017 di modifica definitiva all'Atto aziendale)
 - S.C. Radiologia Pordenone - Sacile (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Radiodiagnostica PN)
 - S.C. Radiologia San Vito - Spilimbergo (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Radiodiagnostica S. Vito, Spilimbergo/Maniago)
 - S.C. Laboratorio di analisi (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Patologia clinica)
 - S.C. Microbiologia e virologia (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Microbiologia clinica e virologia)
 - S.C. Anatomia patologica (che esita dalla riorganizzazione della S.C. Anatomia e istologia patologica)
 - S.S.D. Genetica medica (che esita dalla riorganizzazione della S.S.D. Citogenetica e biologia molecolare)
 - S.S.D. Immunologia e allergologia (che esita dalla riorganizzazione della S.S.D. Allergologia e immunologia clinica)
 3. Disattivazione delle strutture previste nei precedenti atti aziendali e sopra indicate
 4. Mantenimento, nelle more della definizione complessiva dell'articolazione degli incarichi, delle S.S. delle preesistenti S.C.
 5. Soppressione del Dipartimento diagnostica per immagini previsto nei precedenti atti aziendali
 6. Soppressione del Dipartimento di Medicina di laboratorio previsto nei precedenti atti aziendali
 7. Soppressione della S.S.D. medicina di laboratorio S. Vito prevista nei precedenti atti aziendali
 8. Mantenimento della S.C. Radiologia interventistica e del relativo incarico dirigenziale, prevista nei precedenti atti aziendali, fino al 28.02.2019, termine ultimo per l'applicazione del nuovo Atto aziendale.
 - Disattivazione e soppressione S.S.D. Day Hospital prevista nei precedenti atti aziendali nell'ambito del Dipartimento di medicina interna dell'ex A.O.S.M.A – 01.02.2017.
 - Disattivazione e soppressione S.C. Accreditamento e qualità prevista nei precedenti atti aziendali nell'ambito della Direzione Sanitaria di ex A.S.S. n. 6 – 10.04.2017.
 - Dipartimento Assistenza Primaria Aziendale
 1. Individuazione profilo di ruolo per i Direttori di Distretto (DC 413/2017);
 2. Attivazione strutture operative territoriali (dalla data di successivo conferimento degli incarichi dirigenziali di Direttore di Distretto) a:

- Distretto delle Dolomiti Friulane
 - Distretto del Sile
 - Distretto del Tagliamento
 - Distretto del Livenza
 - Distretto del Noncello
3. Espletamento procedure per l'affidamento degli incarichi interni di Direttore di Distretto.
- Atto aziendale adottato con decreto n. 100 del 01/03/2016 e s.m.i.: seconda modifica definitiva (decreto n. 536 del 09.08.2017). In particolare:
- Istituzione della S.S.D. "Gestione giuridico amministrativa del patrimonio immobiliare" presso il Dipartimento amministrativo
 - Collocamento in staff alla Direzione Generale della S.S.D. "Ufficio legale e assicurazioni" prima afferente al Dipartimento amministrativo.
- Direzione Generale
1. Attivazione della S.S.D. "Progettazione e realizzazione nuovo ospedale di Pordenone" dal 02.08.2017
 2. Attribuzione dell'incarico di Responsabile della S.S.D. "Progettazione e realizzazione nuovo ospedale di Pordenone" dal 01.11.2017 e contestuale soppressione della S.S. "Nuovo ospedale" articolazione interna della Direzione Amministrativa
 3. Svolgimento procedura avviso pubblico per conferimento incarico direzione S.C. "Gestione prestazioni sanitarie"
 4. Attivazione della S.C. "Gestione prestazioni sanitarie" dalla data di successivo conferimento dell'incarico dirigenziale di direttore di S.C.;
 5. Individuazione profilo di ruolo per Responsabile S.S.D. "Ufficio legale e assicurazioni".
- Dipartimento tecnico
1. Individuazione profilo di ruolo per Direttore S.C. "Approvvigionamenti e gestione contratti fornitura beni e servizi", attivazione S.C., attribuzione dell'incarico di Direttore "Approvvigionamenti e gestione contratti fornitura beni e servizi" dal 01.11.2017
 2. Soppressione delle preesistenti S.C. "Approvvigionamento e logistica" e S.C. "Provveditorato economato"
 3. Attivazione "Dipartimento tecnico" e conferimento incarico di Direttore del "Dipartimento tecnico" dal 15.12.2017.
- Dipartimento Amministrativo
1. Individuazione profilo di ruolo per:
 - Direttore S.C. "Affari generali"
 - Responsabile S.S.D. "Gestione giuridico-amministrativa del patrimonio immobiliare"
 2. Attivazione S.S.D. "Gestione giuridico-amministrativa del patrimonio immobiliare" e avvio procedure per l'attribuzione dell'incarico.
- Atto aziendale adottato con decreto n. 100 del 01/03/2016 e s.m.i.: terza modifica (decreto di proposta n. 818 del 30/11/2017) che prevede:
- 1) Direzione generale
 - Attribuzione della S.C. "Gestione prestazioni sanitarie" alla Direzione sanitaria. Restano confermati contenuto e funzioni.
 - 2) Area del coordinamento sociosanitario
 - Modifica della denominazione della struttura e del profilo in Direzione dei Servizi Sociosanitari ai sensi della L.R. 31/17 in Organigramma, Atto aziendale e Allegato E)
 - Modifica dei servizi e delle funzioni in Organigramma e nella parte descrittiva dell'Atto aziendale.
 - 3) Istituzione del dipartimento delle dipendenze all'interno del dipartimento assistenza primaria aziendale (DAPA)
 - Istituzione Dipartimento delle Dipendenze
 - Inserimento della macrostruttura nell'assetto del DAPA e formulazione del relativo profilo di ruolo

- Articolazione del Dipartimento delle Dipendenze in 2 strutture complesse:
 - S.C. "Tutela della salute e contrasto alle dipendenze Area 1"
 - S.C. "Tutela della salute e contrasto alle dipendenze Area 2"
 e formulazione dei relativi profili di ruolo.

- 4) Modifiche ricomprese all'interno del dipartimento assistenza ospedaliera (DAO)
 - Istituzione S.S.D. "Programmazione e gestione dei blocchi operatori" e adozione del relativo profilo di ruolo.
 - a) Dipartimento emergenza e cure intensive (DECI)
 - Ricollocazione nel DECI della S.C. "Anestesia e Rianimazione 2 PN" dal Dipartimento di Chirurgia Generale e Medicina Perioperatoria
 - Spostamento della S.C. "Cardiologia P.O. PN" (ora S.C. "Cardiologia Pordenone"), che transita all'istituendo Dipartimento Fisiopatologia cardio-cerebro-vascolare.
 - b) Dipartimento di medicina interna e specialistica (DMIS)
 - Unificazione del Dipartimento di Medicina Interna e del Dipartimento di Medicina Specialistica:

Sono aggregate nel DMIS le seguenti strutture:

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

- Transitano all'istituendo Dipartimento Fisiopatologia Cardio-cerebro-vascolare le seguenti strutture:
 - S.C. "Cardiologia San Vito-Spilimbergo"
 - S.C. "Neurologia"
 - S.C. "Riabilitazione PN"
 - S.S.D. "Riabilitazione cardiologica e cardio-oncologica".
- c) Dipartimento fisiopatologia cardio-cerebro-vascolare
 - Istituzione del Dipartimento verticale e adozione del relativo profilo

Inserimento nel Dipartimento delle seguenti strutture:

 - S.C. "Cardiologia P.O. PN" (ora S.C. "Cardiologia Pordenone") proveniente dal DECI
 - S.C. "Cardiologia San Vito-Spilimbergo" proveniente da DMIS
 - S.C. "Neurologia" proveniente da DMIS
 - S.C. "Riabilitazione PN" proveniente da DMIS
 - S.S.D. "Riabilitazione cardiologica e cardio-oncologica" proveniente da DMIS
 - Parziali modifiche ai profili di ruolo
 - Istituzione della S.S.D. "Vasculopatie periferiche non chirurgiche" e adozione del relativo profilo.

- d) Dipartimento di chirurgia generale
 - Cambio di denominazione da Dipartimento di Chirurgia generale e Medicina perioperatoria a Dipartimento di Chirurgia Generale
 - Transito della S.C. "Anestesia e Rianimazione 2 PN" al DECI.
- e) Dipartimento materno infantile
 - Istituzione della S.C. "Procreazione medicalmente assistita" e adozione del relativo profilo
 - Istituzione della S.S.D. "Assistenza domiciliare, terapia del dolore e cure palliative pediatriche" e adozione del relativo profilo.

Rispetto alla modifica di Atto aziendale proposta in via preliminare con il decreto n. 818 del 30.11.2017, trasmesso alla DCSISSPSF con nota prot. n. 84827/PEC del 1.12.2017, l'Azienda provvederà con l'adozione definitiva dell'atto alle seguenti modifiche/integrazioni:

- trasformazione della S.C. "Rete delle cure intermedie" in S.C. "Rete delle cure intermedie e palliative – Hospice" nella quale andrà a convergere anche la S.S.D. "Rete cure palliative e Hospice"
- modifica della denominazione della S.C. "Procreazione medicalmente assistita" in S.C. "Medicina e Chirurgia della Fertilità";
- trasformazione della SSD "Ufficio legale e assicurazioni" in S.C. "Ufficio legale e assicurazioni" nel rispetto del nuovo numero massimo di strutture complesse previste per le funzioni di staff e di line

Gli ulteriori passaggi della progressiva attuazione dell'Atto riguarderanno:

- in primis il conferimento degli incarichi di Direttore di Distretto
- il completamento dell'attivazione delle strutture non ancora avviate ed attribuite afferenti ai due Dipartimenti Amministrativo e Tecnico;
- l'attivazione e le conseguenti operazioni di conferma o attribuzione dei Dipartimenti e delle Strutture Aziendali Complesse e Semplici di Dipartimento previste nell'Allegato A) Organigramma allegato all'Atto non ancora attivate per il definitivo consolidamento della nuova organizzazione;

In linea con le modifiche all'attuale assetto, vengono costantemente ridefinite l'articolazione e l'assegnazione del personale afferente alle diverse articolazioni aziendali e aggiornati i sistemi di gestione dei dati secondo il nuovo modello.

L'Azienda nel 2018 sarà altresì impegnata:

- nel percorso di individuazione e graduazione degli incarichi dirigenziali (Strutture semplici e incarichi professionali) anche di Dipartimento, al fine di completare l'assetto organizzativo aziendale e di darne progressiva attuazione;
- nel percorso di approvazione delle Piattaforme assistenziali, posizioni organizzative e coordinamenti e nella loro progressiva attuazione per il personale del comparto ;
- nel percorso di adozione dei Regolamenti propedeutici all'attuazione dei punti precedenti.

SEMPLIFICAZIONE DELL'ATTIVITA' AMMINISTRATIVA

In un'ottica del più generale processo aziendale di semplificazione, economicità e razionalizzazione delle procedure e attività vanno particolarmente evidenziati:

- tra i vari regolamenti aziendali quello sui flussi documentali in funzione del completamento del processo di accreditamento delle strutture sanitarie aziendali (approvato nel 2017) e quello in fase di approvazione relativo all'accesso alla documentazione AAS 5;
- l'avvio di un servizio interno di informazione normativa tramite e-mail (Legalmail), avente ad oggetto la normativa nazionale, quella regionale e i provvedimenti della Regione FVG, Ministero Salute, Dipartimento Funzione Pubblica, Garante Privacy, ANAC. Il servizio è organizzato per aree di interesse e prevede un supporto anche a richiesta per l'approfondimento di tematiche di particolare rilevanza;
- è stato avviato e proseguirà nel 2018, secondo le indicazioni regionali, il coordinamento dei rapporti convenzionali con i principali fornitori di prestazioni di riabilitazione (in specie con la Fondazione "Bambini e Autismo" e con l'Associazione "La Nostra Famiglia" onlus), che hanno sede nel territorio aziendale ma con bacino di utenza che coinvolge l'intero territorio regionale, con la finalità di snellire i rapporti con i fornitori rendendoli più tempestivi, omogenei e meglio coordinati anche nei percorsi autorizzativi e valutativi, nell'interesse di un miglior servizio all'utenza.

Sempre nell'ottica della semplificazione saranno avviate, nel corso del 2018, iniziative per:

- la riduzione dell'utilizzo di decreti e determinazioni, valorizzando l'uso di atti di diritto privato ove sia possibile tale opzione;
- la più ampia digitalizzazione delle comunicazioni nei rapporti con enti, imprese e privati, incentivando l'uso di PEC ed e-mail per le comunicazioni interne anche inerenti il rapporto di lavoro, nelle comunicazioni a carattere informativo all'esterno;
- la digitalizzazione di contratti, convenzioni e atti destinati a enti pubblici, imprese, liberi professionisti, associazioni e singoli, ove consentito dall'ordinamento.

NUOVO SITO INTERNET

Nel corso del 2017 si è sviluppata la progettazione del nuovo sito internet dell'ASS . n. 5, attraverso tavoli di lavoro diretti da Insiel, che hanno condotto all'individuazione del "modello" a supporto della comunicazione web funzionale alla rappresentazione della nuova azienda AAS5, che ingloba la componente territoriale e quella ospedaliera, con evidenza dei punti di forza e di debolezza dei portali attualmente gestiti, identificazione dei correttivi/miglioramenti da apportare sull'ambiente redazionale e sul front end e revisione dell'architettura informativa.

Un punto di debolezza dei due portali in uso è quello di agganciare la maggioranza delle informazioni all'organigramma, rendendo estremamente difficoltosa la navigazione ai fini della ricerca di uno specifico servizio (modello scatole cinesi). Il modello proposto consentirà di evidenziare le strutture di interesse per il cittadino in modo da consultarle senza accedere all'intero albero gerarchico e di poter visualizzare la modulistica per le finalità del servizio e non per organigramma.

Il layout grafico visivo di riferimento per il nuovo portale è rispettoso dei dettami AGID, della nuova immagine coordinata regionale e delle norme in materia di accessibilità e usabilità. Il design responsive permette la consultazione del portale con ogni tipo di dispositivo e risoluzione video. Ispirandosi alle linee guida di design per i siti web della Pubblica Amministrazione, la progettazione segue il paradigma "mobile first", ovvero pensata prima per i dispositivi mobili e successivamente per desktop. In questo modo si ha

subito l'evidenza di quelle che sono le informazioni utili e indispensabili e quelle che possono essere definite superflue e/o ridondanti.

A dicembre 2017 Insiel ha reso disponibile l'ambiente redazionale di back office e il front end della nuova piattaforma.

Entro il primo semestre 2018 si prevede di completare la migrazione della maggior parte dei contenuti dai due vecchi siti ex ASS6 ed AOPN al nuovo portale www.aas5.sanita.fvg.it, che sarà quindi messo in linea.

REFERTI ON LINE

Dal mese di aprile 2017 l'Ufficio relazioni con il pubblico ha contribuito in modo efficace all'implementazione della richiesta di consegna dei referti on line, attraverso una consistente campagna informativa. Particolare cura è stata dedicata all'allestimento della sezione dedicata al referto on line sul sito internet dell'Azienda e alla predisposizione di materiale informativo vario (bigliettini da consegnare in mano agli utenti e/o da inserire nelle buste contenenti i referti inviati a domicilio, brochure, avvisi, cartelli).

Nel primo trimestre del 2018 verrà avviato un percorso funzionale all'implementazione del referto on line anche per i prelievi effettuati a domicilio degli utenti, per i quali la possibilità di scaricare i referti da casa è una esigenza particolarmente sentita.

2. IL DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA PRIMARIA AZIENDALE (DAPA)

Nelle cure primarie ciò che risulta straordinariamente affascinante e rilevante per la salute delle persone e delle comunità sono alcuni elementi fondamentali.

In questo ambito di cura non conta la numerosità delle prestazioni sanitarie eseguite o la loro complessità, ma al contrario l'intervento preventivo e precoce, la possibilità di non intervenire clinicamente perché si è lavorato positivamente sui determinanti di salute. Questo impone di rappresentare quanto prodotto, non come numerosità di prestazioni "fordiste", ma come obiettivi di salute raggiunti. Questo richiede una metrica più sfidante e tecnicamente sofisticata, ma più coerente alla missione professionale del medico.

Nelle cure primarie risulta nitidamente evidente come la produttività non dipenda dallo sforzo di singoli professionisti o singole unità produttive, ma dall'efficacia con cui sono organizzate le interdipendenze, ovvero la qualità con cui si riesce a integrare tra di loro i professionisti sui saperi e sulle procedure da seguire sul singolo paziente e la qualità con cui si riesce a coordinare i servizi per favorire la semplificazione della fruizione per il cittadino.

Nell'ambito delle cure primarie la necessaria collaborazione tra diverse figure professionali richiede di sviluppare capacità di narrare e misurare le attività al di fuori dei linguaggi dei singoli specialismi, che non possono che risultare difficilmente accessibili per gli esterni e quindi autoreferenziali. Al contrario, qui si necessita di trovare dei "massimi comuni denominatori", che non possono che riguardare l'output o l'outcome finale (e non più solo processi interni ad una disciplina), richiedendo uno sforzo di semplificazione e generalizzazione che impone a ogni componente di rendere più evidente il proprio valore aggiunto prodotto.

Francesco Longo, prefazione al volume "Governare l'assistenza primaria".

Nel 2017 il neocostituito Dipartimento di Assistenza Primaria Aziendale ha tentato, non senza difficoltà ma con convinzione e determinazione, di seguire questo "filo rosso" e di rendere operativi i contenuti tracciati.

I DISTRETTI

- a. Nel corso del 2017 i distretti hanno proseguito le attività di gestione dell'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale. Sul versante organizzativo sono state individuate le Medicine di Gruppo Integrate. Al 31 dicembre sono state attivate 21 medicine di gruppo, per un totale di 166 MMG, mentre altre 3 medicine di gruppo sono in attesa di attivazione. Il totale è di 24 medicine di gruppo con un bacino di utenza di circa 250.000 abitanti.
- b. Due CAP (Cordenons e San Vito al T.) sono operativi. È stato definito, in accordo con la rappresentanza sindacale della medicina generale, un accordo quadro (DDG n° 655 del 9/10/2017) che regola il funzionamento del CAP. Ha preso il via anche una sperimentazione di gestione integrata psicologo/MMG delle persone con disturbi mentali comuni (DMC) all'interno dei due CAP già operativi.
Prossimo all'attivazione anche il CAP di Sacile, mentre non è stato possibile attivare il CAP di Maniago a seguito dell'impossibilità di realizzare, per mancanza di finanziamenti, alcuni lavori di adeguamento della struttura per accogliere i MMG che hanno fatto richiesta di partecipare all'attività. Tali lavori saranno eseguiti nel 2018.
- c. Per quanto riguarda le attività previste nell'AIR MMG 2017, i risultati raggiunti sembrano essere (alla luce dei dati preliminari) positivi per tutti gli argomenti dell'accordo ovvero diabete, partecipazione agli screening regionali, vaccinazioni dell'adulto e obiettivi di governo clinico. Gli eventi formativi realizzati, in collaborazione con l'Ordine dei medici e degli odontoiatri della Provincia di Pordenone, sia come formazione sul campo (5 giornate nel corso dell'anno) che come giornate formative, hanno trattato i seguenti temi: antimicrobial stewardship, contrasto alla

- contenzione, uso di farmaci psicotropi nella depressione, patologie iatrogene, rete delle emergenze, cure palliative nell'adulto e pediatriche.
- d. Per quanto riguarda le attività dell' ADI (infermieristiche e riabilitative), secondo i dati dei primi 9 mesi dell'anno, è aumentato il numero dei pazienti presi in carico con documentazione completa e intensità assistenziale minima di primo livello (CIA \geq 0,14).
 - e. Sul versante riabilitativo il personale dei servizi distrettuali ha partecipato alla formazione per la costituzione di team di riabilitazione cardio-pneumologica domiciliare, alle azioni previste dal PDTA Ictus, oltre che alle attività del Gruppo Integrato Neuromuscolare (GIN) ed alla definizione di un PDTA ospedale-territorio per la gestione della Sclerosi Multipla. Quattro distretti hanno avviato, in collaborazione con strutture private, almeno una esperienza di AFA (attività fisica adattata).
 - f. Di pari passo è proseguita l'attività, in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione, di prevenzione degli incidenti domestici attraverso l'identificazione dei rischi in un campione di abitazioni.
 - g. Nelle Residenze per Anziani non autosufficienti di tutto il territorio aziendale è proseguita l'attività di audit, volta al monitoraggio delle procedure di ingresso (gestione liste d'attesa), presenza ospiti, corretta compilazione della scheda di valutazione Val Graf e attuazione dei piani di miglioramento annuali. Particolare attenzione è stata data alla corretta gestione del magazzino farmaci e presidi presenti in ogni struttura. Grande impulso è stato dato al programma di contrasto alla contenzione nei luoghi di cura e nelle strutture convenzionate.
 - h. Sono proseguite le attività di coinvolgimento della donna nel periodo post-partum, allo scopo di favorire corretti stili di vita, promuovere l'allattamento al seno e le vaccinazioni pediatriche, oltre che mantenere le usuali attività di sostegno alla genitorialità. Inoltre è stato dato il via ad una serie di incontri con la popolazione sul tema della salute della donna in età post-fertile.

La SC Rete delle Cure Intermedie ha raccolto la mission di garantire una unica e integrata regia per tutte le strutture intermedie aziendali (SIP di Sacile, POpS di Maniago, RSA di Azzano X°, RSA di Pordenone, RSA di Roveredo in Piano, RSA di Sacile ed RSA di S. Vito al Tagliamento) inserite nel sistema dell'Assistenza Primaria territoriale.

Le strutture intermedie, integrate nella Rete dei Servizi Distrettuali, ospitano persone (prevalentemente anziani, affetti da polipatologie cronico-degenerative, con potenziale rischio sociale) in dimissione da reparti ospedalieri per acuti, ovvero pazienti provenienti dal territorio su invio del MMG. Garantiscono un qualificato intervento clinico, assistenziale e riabilitativo estensivo senza richiedere procedure diagnostico-terapeutiche complesse, finalizzato al recupero delle abilità residue.

Insieme alla Rete delle Cure Palliative-Hospice di San Vito, si collocano in quella "terra di mezzo", tra l'ospedale e il domicilio, critica e cruciale per il funzionamento del sistema di offerta, abitata da persone che, pur con caratteristiche cliniche e socio-anagrafiche parzialmente diverse, presentano spesso le caratteristiche del malato "fragile". Assicurano la continuità di assistenza e cura, di tipo residenziale, con un approccio orientato alla persona, di tipo bio-psico-sociale.

G.S. Carniello

- a. Nel corso del 2017 si è provveduto a meglio definire e in dettaglio declinare la struttura della "delicata" rete delle Cure Intermedie e delle Cure Palliative-Hospice e a predisporre un accordo integrativo regionale per superare alcuni aspetti di fragilità del modello organizzativo legati alla integrazione dei Medici di Continuità Assistenziale nella rete.
- b. Ancora, si è conclusa con successo la seconda parte della sperimentazione nella Struttura Intermedia Polifunzionale (SIP) di Sacile, in grado di garantire la gestione a breve-medio termine di pazienti provenienti dalle UU.OO. per acuti (Medicina, Neurologia, Chirurgia, ecc.), affetti da pluripatologie e da problemi clinici non stabilizzati, che richiedono una competente e continua sorveglianza medica h24 ed un nursing infermieristico non erogabile a livello extraospedaliero, ma che non sono tali da giustificare una permanenza in reparti per acuti (rischio «intermedio»).
- c. Nel corso dell'anno, si è inoltre tentato di ricondurre i "tradizionali" moduli funzionali prevalenti, storicamente utilizzati dal sistema SIASI nella classificazione dei malati accolti nelle RSA, ai tre livelli assistenziali (di base, medio e riabilitativo) previsti dalla Linee Guida per la Gestione delle RSA (DGR n° 2151 del 29/10/2015).
- d. Infine, è stato avviato e completato il complesso percorso di accreditamento istituzionale delle RSA di Pordenone, Sacile, Roveredo, Azzano X, S. Vito al T. e dell'Hospice di S. Vito al Tagliamento.

La SSD Rete delle Cure Palliative e Hospice assicura la gestione del malato in fase avanzata e terminale, sia a livello residenziale che territoriale.

L'Hospice di San Vito è una struttura residenziale si prende cura delle persone in fase terminale, offrendo assistenza in ricovero temporaneo ai malati affetti da patologie progressive in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, per i quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non sia più possibile o comunque risulti inappropriata, anche sotto il profilo bioetico.

La centralità della persona è garantita da un sistema in rete che permette una stretta integrazione tra hospice e rete territoriale di cure palliative dispensate da operatori opportunamente formati, lasciando al paziente la libertà di scegliere come e dove vivere gli ultimi momenti della propria vita. In tale modo è possibile intervenire in un ambiente più confortevole e meno "medicalizzato", curare dignitosamente anche la sfera relazionale-comunicativa della persona malata ed essere di supporto anche nel contesto familiare. La recente acquisizione di una Psicologa ha consentito di migliorare ulteriormente la qualità dell'intervento.

I malati sono, nella grande maggioranza, di tipo oncologico, presi in carico sempre più precocemente, non solo per la gestione della fase terminale, ma anche nella logica di un intervento integrato e concordato con gli specialisti oncologi.

- a. Nel 2017, la SSD "Rete delle Cure Palliative-Hospice" è cresciuta sia dal punto di vista del numero di malati presi in carico, sia in struttura che a domicilio, che come attività alternative. Attraverso l'Associazione "Amici dell'Hospice Il Gabbiano" sono state avviate le attività di pet therapy, di musicoterapia e di campane tibetane.
- b. È sensibilmente aumentata la presenza dei volontari e, assieme al Progetto Giovani di San Vito al Tagliamento, sono stati introdotti, accompagnati da volontari e da psicologi, i ragazzi desiderosi di conoscere la realtà dell'Hospice e di avvicinarsi culturalmente alla realtà della fase finale della vita.
- c. Sono proseguite le attività formative per il personale operante in Hospice e per il personale infermieristico dei Distretti.
- d. Proseguono anche le attività informative alla popolazione che nel 2018 avranno un importante incremento, con serate dedicate all'informazione sulle tematiche della fine della vita e sulla recente legge per le dichiarazioni anticipate di trattamento.

- a. A recepimento della DGR n° 668 del 7 aprile 2017 (“I disturbi del comportamento alimentare: percorso diagnostico terapeutico assistenziale”), si è proceduto al consolidamento della rete di offerta attraverso l’attività a regime degli ambulatori dedicati a minori e adulti con DCA. È stato presentato alla Direzione strategica aziendale un documento congiunto NPI-DSM-Pediatria-CDA per la definizione della presa in carico dei DCA negli adulti e nei minori, distinta per i diversi livelli di intensità assistenziale (ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale) e per l’organizzazione di attività per post-acuti minori presso la SC Pediatria e Neonatologia di Pordenone. Il documento è stato approvato e, nei primi mesi del 2018, dopo la prevista assegnazione delle risorse umane richieste, avranno inizio le attività.
- b. Durante il 2017, la SC NPI ha partecipato ai tavoli regionali per la stesura del nuovo Piano della Salute Mentale, in particolare per la definizione della rete regionale dei servizi NPIA e l’attivazione dei Centri Diurni delle NPIA.
- c. Presso la sede della NPI di Pordenone, nel mese di ottobre 2017, è stato possibile avviare alcune attività diurne rivolte a un gruppo di adolescenti che presentano disturbi psicopatologici di tipo internalizzante (grave ritiro sociale con abbandono scolastico, tentato suicidio/gravi condotte autolesionistiche, disturbo depressivo e bipolare). Come definito dai LEA del 18/03/2017 art. 32, l’assistenza semiresidenziale garantisce interventi terapeutico riabilitativi, intensivi ed estensivi, multi professionali, complessi e coordinati, rivolti a minori con disturbo neuropsichico, per i quali non vi è indicazione ad una prolungata discontinuità con il contesto di vita. Le attività attualmente proposte sono: psicoterapia individuale, laboratorio relazionale di gruppo, attività di orientamento, apprendimento scolastico, creativo-espressivo, fisioterapia, colloqui con i genitori. L’implementazione del centro diurno, che si integrerà con le attività per adolescenti post-acuti con DCA e psicopatologia grave presso la Pediatria di PN, si potrà realizzare con l’assegnazione di risorse di personale ad hoc (come da DGR 1671 del 2016).
- d. E’ stata assicurata la partecipazione agli incontri con la DSS per l’area della transizione dei disturbi neuropsichiatrici (psicopatologia, disabilità intellettiva con disturbo del comportamento) dalla NPI ai servizi della salute mentale dell’adulto.
- e. A recepimento della DGR n° 434 del 13/03/2017 “Linee di indirizzo regionali per il percorso assistenziale dei disturbi dello spettro autistico in età evolutiva”, la SC NPI ha proposto alla Direzione strategica aziendale un progetto di riorganizzazione delle attività di diagnosi e cura presso la NPI, che nell’ottobre 2017 è stato avviato e che ha come obiettivo principale l’intercettazione e la presa in carico precoce del bambino affetto da disturbo dello spettro autistico, secondo l’Early Start Denver Model.
- f. La SC NPI ha partecipato a numerose attività progettuali, promosse e sviluppate attraverso l’integrazione operativa dei servizi socio-sanitari, della scuola e del terzo settore, che si svolgono annualmente all’interno dei vari territori di riferimento e che hanno come principale obiettivo l’intercettazione precoce del disagio/disturbo in età evolutiva.
- g. Infine, particolare interesse ed attenzione hanno assunto iniziative finalizzate alla riduzione del ricorso a strutture residenziali, spesso extraregionali, per i minori con disturbi neuropsichiatrici. Saranno rivisti i criteri di accesso dei minori presso le strutture residenziali di tipo terapeutico e ridefiniti i requisiti di qualità previsti per i servizi residenziali che in regione accoglieranno i minori allontanati dalla famiglia di origine.

Di seguito e sinteticamente, le linee di lavoro qualificanti agite dal Dipartimento delle Dipendenze nel 2017.

- a. Trattamento dei problemi correlati all'uso di sostanze psicoattive: proseguite le prese in carico con modalità concordate e condivise sia ambulatoriali, sia residenziali, ricorrendo alle strutture accreditate convenzionate. Si sono stretti i rapporti con l'associazione "Ragazzi della Panchina".
- b. Trattamento dei problemi alcol correlati: proseguite tutte le attività in essere validate per la presa in carico di soggetti con alcol dipendenza e incentivati gli incontri con le associazioni del territorio che trattano i problemi alcol correlati strutturando il "sistema alcol" nel territorio dell'AAS5, costituito dal Servizio pubblico, ACAT, Alcolisti Anonimi, con interventi coordinati sul territorio.
- c. Trattamento della Dipendenza da Gioco d'Azzardo (DGA): consolidate le modalità operative per la presa in carico di soggetti con DGA in accordo con gli altri Servizi della Regione e consolidate le intese con alcuni Comuni per l'applicazione della legge Regionale sul Gioco d'Azzardo.
- d. Consolidamento della rete di presa in carico di soggetti minorenni multiproblematici (Progetto Prometeo).
- e. Presa in carico di soggetti in regime carcerario: valutazione diagnostica e definizione di percorsi terapeutici in accordo con i Servizi di provenienza.
- f. Individuazione di equipe specifica per la gestione dei problemi infettivologici delle persone in carico, in stretto accordo con gli epatologi dell'AAS5.
- g. Consolidamento della "Montagna terapia", come strumento terapeutico riabilitativo innovativo per tutti i soggetti in carico.
- h. Avviata la formazione su ICF (Classificazione Internazionale della Funzionalità) dipendenze, per acquisire competenze rispetto a tale strumento di valutazione, validato a livello internazionale.

3. IL DIPARTIMENTO PER L'ASSISTENZA OSPEDALIERA (DAO)

LA STRUTTURA DELL'OFFERTA

La struttura dell'offerta dei presidi ospedalieri di AAS5 si è caratterizzata, nel corso del 2017, per alcuni macro ambiti di intervento:

- a. il consolidamento e l'affinamento del modello dipartimentale tracciato dall'atto aziendale in vigore dal 01.03.2016, oggetto di modifiche anche recentemente approvate dalla DCS, finalizzate ad una maggiore aderenza all'evoluzione dell'organizzazione ospedaliera
- b. l'attuazione delle disposizioni derivanti dagli atti di programmazione regionale, che hanno definito il transito di funzioni da e verso l'IRCCS CRO di Aviano (Oncologia medica e Cardiologia oncologica) e le linee di alta integrazione per la Medicina di Laboratorio, esitate – fatta salva l'attività svolta per la ricerca - nella attribuzione della funzione di Microbiologia e Virologia all'AAS5 e nella partizione condivisa delle linee analitiche della patologia clinica
- c. la partecipazione alla definizione e l'attuazione di quanto previsto dalle reti di patologia coordinate dalla DCS, in particolare per quanto riguarda le patologie neurologiche, cardiologiche, reumatologiche e, più in generale, delle malattie rare, con l'attribuzione del coordinamento regionale in ambito oculistico e urologico (per la cistopatia interstiziale)
- d. l'implementazione dei livelli di integrazione con la Casa di Cura Policlinico S. Giorgio, in particolare per quanto riguarda la garanzia dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero e la gestione dei ricoveri internistici da Pronto Soccorso
- e. l'integrazione tra i presidi ospedalieri aziendali, con:
 - redistribuzione delle attività chirurgiche per livelli di complessità
 - condivisione di percorsi diagnostico terapeutici
 - potenziamento della offerta specialistica nelle sedi spoke
 - adozione di modelli organizzativi per la gestione armonica del paziente internistico
- f. la costante integrazione con il territorio, in particolare con la rete delle strutture intermedie per una appropriata presa in carico del paziente in ingresso e uscita dall'ospedale e con i MMG ed i PLS, per favorire l'appropriatezza dell'accesso alle prestazioni, secondo criteri condivisi di priorità clinica.

LE ATTIVITA'

L'analisi dei principali indicatori di performance dei presidi evidenzia una sostanziale corrispondenza dei risultati conseguiti dalle diverse strutture dei presidi ospedalieri aziendali alle indicazioni regionali.

I volumi delle prestazioni ambulatoriali sono complessivamente aumentati (+8%), mentre il numero dei ricoveri ordinari risulta pressoché costante, con un trend incrementale per la medicina interna generalista, e quello dei ricoveri diurni presenta una discreta riduzione, quale effetto della contrazione dei DH medici utilizzati impropriamente per indagini diagnostiche (19.3% negli adulti).

Il tasso di ospedalizzazione (125 per mille) e la degenza media risultano stabili (PO Pordenone 6.26 gg e PO San Vito Spilimbergo 5.93 gg).

I ricoveri ospedalieri per BPCO e scompenso cardiaco sono entro gli standard richiesti, così come la percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti ≥ 65 anni e l'indicatore sul fenomeno dei ricoveri potenzialmente evitabili.

L'attività operatoria ha subito un incremento, con redistribuzione di attività tra le diverse sedi e la concentrazione della chirurgia oncologica su Pordenone, aperta alla circolazione dei professionisti.

E' stato garantito, anche grazie alla realizzazione di nuove modalità gestionali, il mantenimento degli standard per il trattamento della frattura di femore entro 48H (> 70% presso il PO di Pordenone) e per i ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari.

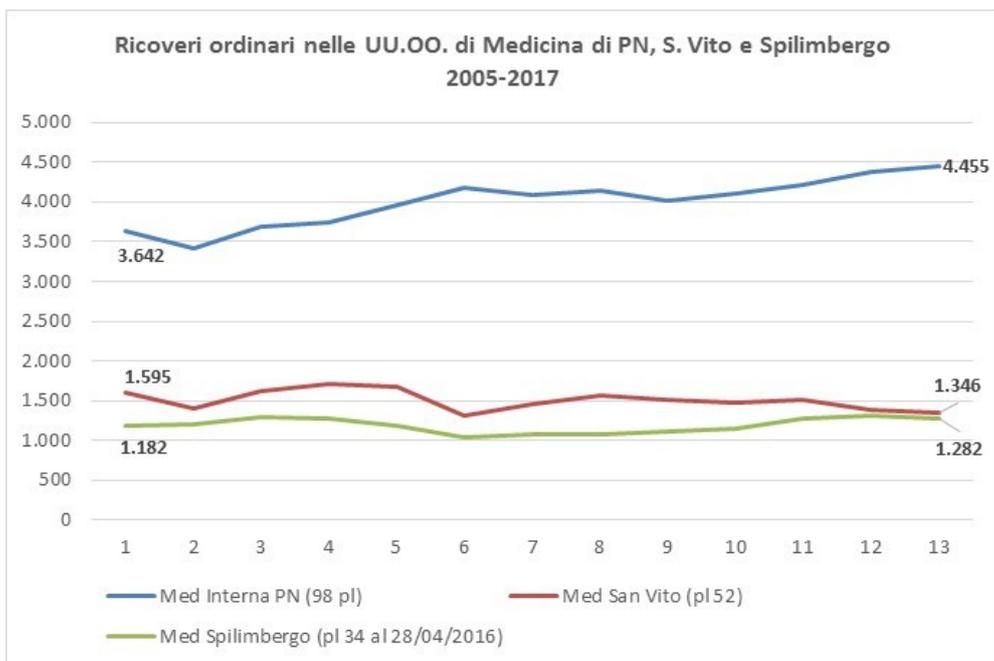
Il numero degli accessi in PS è sostanzialmente stabile (n. 113.461 per l'intera Azienda), con uno shift da codice bianco a codice verde di circa 3.000 accessi, fatto che giustifica, almeno in parte, il mancato raggiungimento degli obiettivi sui tempi medi di gestione dei codici verdi.

Nel corso del 2017 si è proceduto al consolidamento di funzioni di recente attivazione. In particolare sono state rafforzate le equipe della gastroenterologia e della chirurgia vascolare, con attivazione dei posti letto per le due specialità, e della infettivologia, coerentemente con le indicazioni regionali e per adeguare l'offerta alle esigenze dei presidi.

Inoltre, è stata formalizzata l'equipe di reumatologia, con la strutturazione di una offerta ambulatoriale e di consulenza per interni.

ANNO 2017	PRIORITA' IN INGRESSO					TOTALI
	1.BIANCO	2.VERDE	3.GIALLO	4.ROSSO	7.BLU e NERO	
PPI Maniago	2.200	844	196	11	0	3.251
P.S. Pediatrico	2.428	12.794	1.269	68	0	16.559
P.S. Pordenone	13.360	24.949	11.801	1.141	2	51.253
PPI Sacile	3.842	2.752	690	38	0	7.322
P.S. San Vito	8.290	12.164	3.122	176	0	23.752
P.S. Spilimbergo	4.823	4.779	1.593	128	1	11.324
TOTALE AAS n° 5	34.943	58.282	18.671	1.562	3	113.461

Area di ricovero per acuti	Ricoveri anno 2016			Ricoveri anno 2017		
	Ordinari	DH	Totali	Ordinari	DH	Totali
Area Chirurgica	14.109	3.422	17.531	13.713	2.947	16.582
Area Medica	16.044	1.530	17.549	16.299	1.210	17.509
TOTALE AAS n° 5	30.153	4.952	35.080	30.012	4.157	34.091



I PROGETTI

Fra i progetti più significativi si ricordano:

- la revisione dell'organizzazione del blocco operatorio del PO di Pordenone, con l'individuazione di una sala dedicata all'urgenza/emergenza sulle 24 ore per tutte le discipline
- la ridefinizione del percorso dei ricoveri chirurgici programmati, con particolare attenzione alla gestione delle liste di attesa e delle prestazioni in prericovero e alla contrazione della degenza preoperatoria
- l'individuazione di alcuni pacchetti di Day Service sottoposti ad approvazione della DCS e individuazione delle modalità operative per l'attuazione di un primo PACC (sclerosi multipla)
- la revisione dell'organizzazione aziendale della senologia diagnostica, secondo i criteri *Euratom* riferiti alle tecnologie disponibili e ai volumi di refertazione
- l'avvio della radiologia/ecografia domiciliare
- il coordinamento fra professionisti ospedalieri e territoriali per la gestione condivisa del percorso dei pazienti con maculopatia retinica e glaucoma
- la riorganizzazione dei trasporti sanitari secondari, dopo l'avvio della Centrale Operativa unica ex 118
- l'avvio della rimodulazione secondo logiche Lean dei percorsi dei pazienti che accedono al Pronto Soccorso del PO di Pordenone con codice verde
- gli investimenti per il consolidamento dell'utilizzo della telemedicina in alcuni specifici ambiti di attività.

La realizzazione del nuovo ospedale di Pordenone e la ristrutturazione dell'Ospedale di San Vito al Tagliamento hanno richiesto il costante coinvolgimento della componente professionale sanitaria nella identificazione delle soluzioni progettuali che meglio potessero rispondere alle esigenze di salute della popolazione, all'applicazione di nuovi modelli organizzativi e all'utilizzo di nuove tecnologie e al comfort degli assistiti.

LE CRITICITA'

Personale

- a. Per quanto riguarda la Dirigenza, il 2017 ha registrato la permanente difficoltà all'arruolamento di specialisti per le funzioni di Pediatria, Anestesia, Pronto Soccorso e Ortopedia, difficoltà alle quali si è fatto fronte attraverso l'utilizzo di Risorse Aggiuntive Regionali e, infine, con la esternalizzazione temporanea delle prestazioni mediche presso i Punti di Primo Intervento (PPI) di Sacile e Maniago, per scongiurare la interruzione del servizio in quelle sedi.
- b. Per quanto riguarda l'area del comparto, sono stati – come negli anni trascorsi – gestiti gli impatti sui livelli di assistenza aggregabili nel fenomeno complessivo del *turnover* del personale, con il ricorso a tutti gli strumenti contrattuali agibili. Il Servizio Infermieristico Aziendale ha strutturato l'analisi sistematica delle dotazioni attraverso i piani di lavoro e ha ripensato i modelli organizzativi e gestionali, come descritto allo specifico paragrafo.

Nel corso del 2017, all'interno del consistente processo di rinnovo degli incarichi di direzione di struttura complessa che porterà, entro l'anno corrente, ad un importante rinnovo delle responsabilità apicali cliniche e gestionali di diverse funzioni ospedaliere, sono state espletate le procedure concorsuali per l'attribuzione degli incarichi di Direttore di SC di Ostetricia e Ginecologia, Ortopedia e Traumatologia, Radiologia e Urologia del PO di Pordenone e Fisiatria e Medicina Interna del PO di S. Vito e Spilimbergo.

Logistica

La vetustà strutturale che caratterizza l'ospedale hub costituisce un fattore limitante, non trascurabile, che impatta sulla attuazione di modelli organizzativi che possono incrementare l'efficienza dei percorsi clinici e assistenziali e anche, in misura minore, favorire il contenimento dei rischi di errore e migliorare gli esiti delle cure.

In generale, la ristrettezza degli spazi a disposizione e le loro attuali distribuzioni non permettono, a Pordenone, la piena attuazione di revisioni organizzative maggiormente sensibili alla centralità dell'assistito e la piena applicazione di modelli e logiche dipartimentali. In alcune aree del presidio ospedaliero – una per tutte il Pronto soccorso – tali limiti risultano particolarmente evidenti e non emendabili.

Questa criticità è purtroppo destinata a permanere, anche se con qualche intervento migliorativo, fino alla realizzazione del nuovo ospedale.

Tecnologie

Nonostante lo stretto presidio dei programmi di acquisizione delle tecnologie biomedicali e il razionale bilanciamento delle acquisizioni in conto capitale piuttosto che in parte corrente con il ricorso contratti di noleggio/service, le risorse a disposizione e la obsolescenza che, in più settori/specialità, affligge buona parte delle tecnologie in uso, costituiscono un freno alla piena espressione delle capacità e delle competenze del corpus dei professionisti che operano nei presidi ospedalieri aziendali.

La stessa criticità riguarda le dotazioni hw a sostegno dei sistemi informatici e dei sw a supporto dell'attività clinica.

I POSTI LETTO

Nel corso del 2017 è proseguito l'adeguamento della dotazione dei posti letto dei presidi ospedalieri dell'Azienda ai valori previsti dall'allegato 2 della DGR 2673/14.

Le tabelle che seguono definiscono la situazione attuale e il punto di arrivo a fine anno per i due presidi ospedalieri aziendali.

a. Presidio ospedaliero di Pordenone

Si evidenzia che, sempre all'interno del numero di posti letto complessivi per area omogenea indicati dalla programmazione regionale, è prevista la separazione della degenza nefrologica dalla degenza pneumologica, con incremento di 9 posti letto di degenza ordinaria per la SC di Pneumologia, cronicamente afflitta dal fenomeno dei propri assistiti ricoverati fuori reparto. La separazione delle degenze si otterrà ricollocando su un altro piano la degenza nefrologica, in stretta contiguità con l'emodialisi.

Di minore rilievo è l'incremento di 1 posto letto diurno per la SC di Urologia.

La separazione della degenza delle SC di Nefrologia e Dialisi e di Pneumologia ha ricadute sulla dotazione di personale per l'assistenza per la parte nefrologica e di personale dirigente per la parte pneumologica, quantificate, come sviluppo di attività, al capitolo che illustra il fabbisogno di personale.

I vincoli logistici della struttura non consentono l'adeguamento della degenza riabilitativa agli standard previsti.

La tabella che segue illustra la variazione nella dotazione di posti letto del presidio ospedaliero, raffrontata con gli standard previsti dalla programmazione regionale.

Presidio Ospedaliero di Pordenone	Posti letto al 31/12/2017			variazione		Posti letto al 31/12/2018		
	Ordinari	D.H.	Totale	ORD	DH	Ordinari	D.H.	Totale
Cardiologia	32	2	34			32	2	34
Gastroenterologia	4	1	5			4	1	5
Medicina interna 1	49	4	53			98	7	105
Medicina interna 2	49	3	52					
Degenza breve internistica	5	0	5			5	0	5
Nefrologia e dialisi	11	2	13			11	2	13
Neurologia	31	2	33			31	2	33
Pneumologia	25	2	27	9		34	2	36
Psichiatria	15	0	15			15	0	15
TOTALE	221	16	237	9	0	230	16	246
DGR 2673/ 2014			Dotazione a regime			230	16	246
Medicina d'urgenza	8	0	8			8	0	8
DGR 2673/ 2014			Dotazione a regime			10		10
Riabilitazione	15	0	15			15	0	15
DGR 2673/ 2014			Dotazione a regime			36	4	40
Ostetricia e ginecologia	40	3	43			40	3	43
Pediatria	10	3	13			10	3	13
TOTALE	50	6	56	0	0	50	6	56
DGR 2673/ 2014			Dotazione a regime			50	6	56
Chirurgia della mano	5	5	10			5	5	10
Chirurgia maxillo-facciale e odon.	2	1	3			2	1	3
Chirurgia Generale	50	2	52			50	2	52
Chirurgia vascolare	8	1	9			8	1	9
Oculistica	3	2	5			3	2	5
Ortopedia e traumatologia	30	1	31			30	1	31
Otorinolaringoiatria	14	2	16			14	2	16
Urologia	18	1	19		1	18	2	20
TOTALE	130	15	145	0	1	130	16	146
DGR 2673/ 2014			Dotazione a regime			130	16	146
Anestesia e rianimazione	10	0	10			10	0	10
DGR 2673/ 2014			Dotazione a regime			10	0	10
TOTALE Presidio	434	37	471	9	1	443	38	481
DGR 2673/ 2014			Dotazione di presidio a regime			466	42	508
delta						-23	-4	-27

Il delta rispetto alla dotazione a regime è dovuto, quasi esclusivamente, alla impossibilità di attivare tutta la degenza riabilitativa e, in misura minore, alla impossibilità – sempre per i vincoli logistici – di incrementare di 2 posti letto la degenza semintensiva di Medicina d'Urgenza.

b. Presidio ospedaliero di san Vito al Tagliamento – Spilimbergo

In corso d'anno sono previste le seguenti azioni, evidenziate in tabella:

- ulteriore progressivo avvicinamento allo standard per i posti letto di area chirurgica, tenuto conto delle presenze medie di ricoverati e dei fenomeni di picco (- 8 D.O.)

- attivazione dei posti letto della “area di emergenza” (+ 4 D.O.). Tale azione, collocata verosimilmente a fine anno, impatta sulla dotazione di personale per l’assistenza, da quantificare come linea di sviluppo nella parte del documento che illustra il fabbisogno di personale
- attivazione di 6 posti letto di degenza riabilitativa (+6 D.O.) Tale azione impatta sulla dotazione di personale del profilo di tecnico della riabilitazione, da quantificare come linea di sviluppo nella parte del documento che illustra il fabbisogno di personale
- lieve rimodulazione dei posti letto nell’area materno-infantile (-3 D.O.)

La tabella che segue illustra la variazione nella dotazione di posti letto del presidio ospedaliero, raffrontata con gli standard previsti dalla programmazione regionale.

Presidio Ospedaliero di San Vito e Spilimbergo	Posti letto al 31/12/2017			variazione		Posti letto al 31/12/2018		
	Ordinari	D.H.	Totale	ORD	DH	Ordinari	D.H.	Totale
Ortopedia e traumatologia San Vito	26	1	27	-2		24	1	25
Otorinolaringoiatria San Vito	6	1	7	-2		4	1	5
Chirurgia Generale Spilimbergo	14	2	16	-2		12	2	14
Ortopedia e traumatologia Spilimbergo	14	3	17			14	3	17
Chirurgia Generale San Vito	24	2	26	-2		22	2	24
TOTALE	84	9	93	-8	0	76	9	85
DGR 2673/ 2014			Dotazione a regime		66	8	74	
Medicina interna San Vito	46	2	48			46	2	48
Post Acuti San Vito	6	0	6			6	0	6
Medicina interna Spilimbergo	34	1	35			34	1	35
TOTALE	86	3	89	0	0	86	3	89
DGR 2673/ 2014			Dotazione a regime		90	8	98	
Med. d'urgenza San Vito	0	0	0	4		4	0	4
DGR 2673/ 2014			Dotazione a regime		4	0	4	
Ostetricia e ginecologia San Vito	22	4	26	-2		20	4	24
Pediatria San Vito	6	2	8	-1		5	2	7
TOTALE	28	6	34	-3	0	25	6	31
DGR 2673/ 2014			Dotazione a regime		28	4	32	
Anestesia e rianimazione San Vito	5	0	5			5	0	5
DGR 2673/ 2014			Dotazione a regime		4	0	4	
Riabilitazione Spilimbergo	4	0	4			4	0	4
Riabilitazione San Vito	0	0	0	6		6	0	6
TOTALE	4	0	4	6	0	10	0	10
DGR 2673/ 2014			Dotazione a regime		24	4	28	
TOTALE Presidio	207	18	225	-1	0	206	18	224
DGR 2673/ 2014			Dotazione di presidio a regime		216	24	240	

delta **-10** **-6** **-16**

Anche nel caso del p.o. di san Vito-Spilimbergo, il delta rispetto alla dotazione a regime è dovuto alla impossibilità di attivare tutta la degenza riabilitativa, corretto per un eccesso di offerta in ambito chirurgico, ancora presente.

Di seguito, la risultante dell'assetto complessivo aziendale di offerta di posti letto per acuti di Azienda, con l'evidenza degli scostamenti per area rispetto agli standard previsti a regime.

In estrema sintesi, occorre ancora contrarre l'offerta di posti letto per le specialità chirurgiche e sviluppare in larga misura la degenza riabilitativa.

L'OFFERTA COMPLESSIVA DI POSTI LETTO PER ACUTI AASS

AASS	Posti letto al 31/12/2017			variazione		Posti letto al 31/12/2018			Delta per area		
	Ordinari	D.H.	Totale	ORD	DH	Ordinari	D.H.	Totale	Ordinari	D.H.	Totale
Cardiologia	32	2	34			32	2	34			
Gastroenterologia	4	1	5			4	1	5			
Medicina interna	178	10	188			178	10	188			
Degenza postacuta	6	0	6			6	0	6			
Degenza breve internistica	5	0	5			5	0	5			
Nefrologia e dialisi	11	2	13			11	2	13			
Neurologia	31	2	33			31	2	33			
Pneumologia	25	2	27	9		34	2	36			
Psichiatria	15	0	15			15	0	15			
TOTALE	307	19	326	9	0	316	19	335			
DGR 2673/ 2014 Dotazione a regime						320	24	344	-4	-5	-9
Medicina d'urgenza	8	0	8	4		12	0	12			
DGR 2673/ 2014 Dotazione a regime						14	0	14	-2	0	-2
Riabilitazione	19	0	19	6		25	0	25			
DGR 2673/ 2014 Dotazione a regime						60	8	68	-35	-8	-43
Ostetricia e ginecologia	62	7	69	-2		60	7	67			
Pediatria	16	5	21	-1		15	5	20			
TOTALE	78	12	90	-3	0	75	12	87			
DGR 2673/ 2014 Dotazione a regime						78	10	88	-3	2	-1
Chirurgia della mano	5	5	10			5	5	10			
Chirurgia maxillo-facciale e odon.	2	1	3			2	1	3			
Chirurgia Generale	88	6	94	-4		84	6	90			
Chirurgia vascolare	8	1	9			8	1	9			
Oculistica	3	2	5			3	2	5			
Ortopedia e traumatologia	70	5	75	-2		68	5	73			
Otorinolaringoiatria	20	3	23	-2		18	3	21			
Urologia	18	1	19		1	18	2	20			
TOTALE	214	24	238	-8	1	206	25	231			
DGR 2673/ 2014 Dotazione a regime						196	24	220	10	1	11
Anestesia e rianimazione	15	0	15			15	0	15			
DGR 2673/ 2014 Dotazione a regime						14	0	14	1	0	1
TOTALE Presidio	434	37	471	8	1	649	56	705			
DGR 2673/ 2014 Dotazione di presidio a regime						682	66	748			
delta						-33	-10	-43	-33	-10	-43

a. Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver

L'Azienda si è adoperata per la riduzione delle limitazioni all'accesso dei care giver alle strutture di Terapia intensiva e semi-intensiva (Medicina di Urgenza, Unità Coronarica e Stroke Unit). Sono state ampliate, in accordo con le equipe dei professionisti, le fasce orarie in cui familiari e care giver possono essere ammessi al reparto e sono stati definiti i percorsi e le regole per l'accesso, alla luce della logistica delle strutture, dello stato clinico dei malati, dell'attività clinico assistenziale e della sua concentrazione oraria e delle priorità assistenziali. Sono state, inoltre e per ciascuna struttura, predisposte specifiche brochure informative su orari, modalità di ingresso e comportamenti da mantenere durante la permanenza in reparto.

b. Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza

Presso i reparti di degenza dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda sono ad oggi ancora vigenti gli orari di visita, con una conseguente limitata possibilità di accesso dei care giver. In ragione di questa situazione e per rendere operativa questa disposizione, sono state definite le modalità con le quali informare il care giver della possibilità di essere presente durante la visita medica e le procedure assistenziali eseguite sull'assistito e sono state definite le modalità con le quali garantire allo stesso questa opportunità, individuando nel care giver una importante risorsa affettiva e assistenziale. Sono state, inoltre, predisposte specifiche brochure informative sulle modalità di accesso ed i comportamenti da mantenere durante la permanenza in reparto.

c. Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico (*recall*)

Per intercettare precocemente complicanze o difficoltà di gestione del post operatorio, ridurre le riammissioni non previste e l'esecuzione di visite di controllo non necessarie, l'Azienda ha predisposto un protocollo di recall delle persone sottoposte a intervento chirurgico, che prevede il contatto telefonico con il paziente nei 5 giorni successivi alla dimissione. Il contatto è effettuato da personale infermieristico della struttura e le informazioni raccolte sono annotate utilizzando un questionario compilato sull'applicativo G2 clinico, stampato e allegato alla documentazione del paziente. La programmazione delle telefonate e la rilevazione della loro esecuzione avviene attraverso apposita reportistica, che consente inoltre il monitoraggio dell'attività e l'analisi dei dati rilevati. L'informazione del paziente circa l'iniziativa e il suo consenso a ricevere le telefonate dell'operatore sanitario (e del Call Center per l'attività di verifica) sono contenuti nel consenso informato all'intervento, il cui modulo è stato appositamente modificato.

d. Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente

Sono state definite e rese operative le modalità con le quali le strutture forniscono al paziente i riferimenti del professionista che ha la responsabilità della gestione del caso e, pertanto, assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intero periodo di degenza. Tale informazione è riportata su un depliant, consegnato al momento del ricovero, introdotto nei Presidi dell'azienda per informare il paziente dell'iniziativa.

Il governo dei tempi di attesa nel 2017 ha previsto l'adozione di provvedimenti volti a garantire l'erogazione di tutte le prestazioni previste dalla DGR 2550/2016 "Linee guida del servizio sanitario 2017" nei tempi massimi previsti in base alla priorità clinica.

Tali attività sono state realizzate all'interno di una complessa attività di riorganizzazione, proseguita per tutto il 2017, determinata dall'introduzione di diverse modalità di monitoraggio dei tempi di attesa e di valutazione regionali e dalla recente unificazione tra AOSMA e ASS6.

a. Le prestazioni ambulatoriali

L'Azienda, nell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio regionale, è tenuta al rispetto dei tempi di attesa, per la priorità B nel 95%, per la priorità D nel 90 % e per la priorità P nel 85 % delle prenotazioni di ogni singola prestazione.

Nel corso del 2017, la performance sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali è risultata principalmente influenzata da:

- ambiti caratterizzati da una offerta insufficiente, in particolare per alcune prestazioni garantite da un ridotto numero di professionisti (ad esempio l'ecocolor doppler)
- valori ancora significativi di inappropriata domanda
- presenza dell'IRCCS CRO sul territorio aziendale, che alimenta la richiesta di prestazioni da parte di assistiti extraazienda
- applicazione non uniforme delle regole di accesso e della strutturazione dell'offerta in regione, che favorisce un'anomala distribuzione dei pazienti
- utilizzo non ottimale delle alte tecnologie per indisponibilità personale tecnico e infermieristico
- difficoltà di garantire un'offerta dedicata per prestazioni con volumi estremamente ridotti (es. TC bacino)
- erogazione contemporanea di mammografia e ecografia, che riconduce i tempi di attesa della mammografia a quelli dell'ecografia (prestazione medico dipendente)
- parziale applicazione del pagamento della prestazione non erogata per rinuncia del paziente
- omogeneizzazione ancora incompleta della struttura delle agende già afferenti alle 2 Aziende unificate (compreso privato accreditato).

Per raggiungere l'obiettivo indicato e superare le criticità individuate, sono state poste in atto le seguenti attività:

- monitoraggio costante dei tempi di attesa e analisi delle relative criticità
- revisione dell'offerta, con coinvolgimento delle strutture che forniscono le prestazioni risultate critiche, attraverso:
 - la rimodulazione dei profili erogativi
 - l'ampliamento dell'offerta delle strutture pubbliche, ottenuto grazie alla assunzione di professionisti, all'acquisto di prestazioni con risorse aggiuntive regionali e alla riorganizzazione delle attività
 - la revisione parziale dell'attività degli specialisti ambulatoriali, per garantire la continuità dell'offerta e migliorare le condizioni di accesso
 - la contrattazione con le strutture private accreditate delle prestazioni e dei volumi da garantire
- governo della domanda, grazie al coinvolgimento dei medici prescrittori, al fine di migliorare l'appropriatezza dell'accesso alle prestazioni
- valutazione appropriatezza prescrittiva.

Sono di seguito indicate le prestazioni che hanno presentato criticità nel 2017, per le quali sono state messe in atto azioni correttive.

Branca / prestazione	Azioni correttive
Cardiologia	<ul style="list-style-type: none"> - Attuazione percorsi ospedale territorio con coinvolgimento MMG (scompenso) - Attivazione tele-ECG (case di riposo, MMG) - Prescrizione limitata allo specialista di prestazioni strumentali di 2° livello (necessità di una condivisione a livello regionale) - Incremento dell'organico - Incremento offerta dei privati accreditati - Verifica sull'effettiva esclusione dal monitoraggio delle prestazioni erogate in associazione (es. visita cardiologica e ECG) - RAR
Elettromiografia	<ul style="list-style-type: none"> - Rimodulazione dell'offerta
Endoscopie digestive	<ul style="list-style-type: none"> - Incremento dell'organico - Acquisizione nuova strumentazione - RAR
Visita gastroenterologica	<ul style="list-style-type: none"> - Presente un'unica struttura erogante
Oculistica	<ul style="list-style-type: none"> - Criticità limitata alla visita in classe P - Separazione in agenda delle prime visite dai controlli e prescrizione/prenotazione dei controlli da parte dello specialista - Definizione di pacchetti per patologia (maculopatia, ...) - Revisione delle agende degli specialisti ambulatoriali
Chirurgia Vascolare	<ul style="list-style-type: none"> - Incremento dell'organico - RAR
Pneumologia	<ul style="list-style-type: none"> - Rimodulazione dell'offerta - Incremento dell'organico - RAR
Visita endocrinologica	<ul style="list-style-type: none"> - Presente un'unica struttura erogante. - Rimodulazione dell'offerta - Aumento dell'offerta conseguente all'introduzione della visita internistica per valutazione tiroide
Visita fisiatrica	<ul style="list-style-type: none"> - Rimodulazione dell'offerta - Incremento offerta dei privati accreditati - RAR
Visita ortopedica	<ul style="list-style-type: none"> - Rimodulazione dell'offerta - Separazione in agenda delle prime visite dai controlli e prescrizione/prenotazione dei controlli da parte dello specialista - RAR
Diagnostica per immagini	<ul style="list-style-type: none"> - Separazione in agenda di primi accessi da prestazioni di controllo (in particolare per mammografia e ecografia mammaria) - Incremento utilizzo apparecchiature (in particolare RMN sulle 12 ore) - Incremento offerta dei privati accreditati - Verifica sull'effettiva esclusione dal monitoraggio delle prestazioni erogate in associazione - RAR

Nel corso del 2017 sono state avviate, inoltre, le seguenti ulteriori attività

- apertura delle agende informatizzate per almeno 12 mesi continuativi
- revisione delle agende delle prestazioni ambulatoriali per consentire la prenotazione on line
- informatizzazione e prenotabilità a CUP regionale di tutte le agende delle prestazioni ambulatoriali di primo accesso
- informatizzazione e prenotabilità a CUP regionale dell'offerta garantita dagli erogatori privati accreditati
- valutazione interaziendale (AAS5, IRCCS CRO e strutture private accreditate) dei risultati e definizione di un piano comune di intervento.

b. Gli interventi chirurgici

L'Azienda, nell'erogazione degli interventi chirurgici oggetto di monitoraggio regionale, è tenuta al rispetto dei tempi di attesa per almeno il 95% dei casi con priorità A, per almeno il 90% dei casi con priorità B, C e D.

Tra gli interventi risultati critici si riportano:

- endoarteriectomia carotidea
- neoplasia mammella
- neoplasia prostata
- neoplasia rene
- neoplasia vescica.

Sono stati apportati i seguenti correttivi

- utilizzo delle RAR
- integrazione dell'organico
- rinegoiazione dei volumi di attività con privato accreditato
- redistribuzione dell'attività chirurgica, secondo principi di complessità (a Sacile l'attività ambulatoriale, a Spilimbergo Day Surgery e Week Surgery, a Pordenone e a San Vito la casistica di maggiore complessità)
- individuazione di una sala dedicata all'urgenza h 24
- revisione delle modalità organizzative del percorso chirurgico (inserimento in lista di attesa in ADT, esecuzione del prericovero, programmazione di sala).

c. Il rispetto di norme ed indicazioni sui tempi d'attesa

c.1. Diritti in caso di superamento dei limiti di tempo

L'Azienda, in conformità a quanto previsto dall'art. 13 della L.R. 7/2009 e dalla DGR n. 1439/2011 Parte VIII n. 22, garantisce idonee ed omogenee modalità di informazione ai cittadini su questo specifico tema, prevalentemente attraverso l'uso del sito internet aziendale, delle comunicazioni mediate dai Medici di Medicina generale e dai Pediatri di libera scelta, oltre che attraverso la cartellonistica presente nelle varie sedi aziendali.

c.2. Sorveglianza sull'attività erogata in regime di libera professione

L'azienda procede al monitoraggio periodico dei tempi di attesa e dei volumi di attività erogata in libera professione intramuraria. E' valutato il rapporto tra i volumi di prestazioni erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli che caratterizzano l'attività di libera professione intramuraria. Nel corso del 2017 non sono state evidenziate situazioni critiche.

d. L'attività strutturata di monitoraggio

Nel corso del 2017, la gestione del governo delle liste di attesa è stata assegnata alla S.C. Gestione Prestazioni Sanitarie, di recente attivazione, con il compito di:

- monitorare l'andamento delle prenotazioni e definire gli strumenti che consentono, per ogni struttura erogante, di rimodulare l'offerta in relazione all'andamento della domanda e dei tempi di attesa
- definire, con gli erogatori di prestazioni presenti sul territorio aziendale, le misure di intervento per situazioni improvvise di forza maggiore (scioperi, guasti, ecc.), concordando le soluzioni da intraprendere e le modalità di informazione all'utenza
- produrre la reportistica sulla percentuale di prestazioni garantite nel limite dei tempi massimi stabiliti
- produrre la rilevazione dei tempi di attesa, da pubblicare sul sito aziendale
- effettuare il monitoraggio nazionale dei tempi di attesa delle prestazioni SSR
- effettuare il monitoraggio dei tempi di attesa e dei volumi di attività della Libera Professione.

Quando saranno disponibili i risultati ufficiali del monitoraggio dei tempi di attesa relativi all'intero 2017, l'Azienda renderà conto alla DCS le modalità di utilizzo e finanziamento attribuito nell'indistinto procapite, individuato con la legge 7/2009, tenendo conto della quota utilizzata, extra budget, per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati convenzionati.

Nel corso del 2018, proseguirà l'impegno aziendale per il contenimento dei tempi di attesa, centrato principalmente su 3 linee di azione:

- la rimodulazione quali-quantitativa delle commesse richieste agli erogatori privati accreditati, orientandole sulle aree maggiormente critiche ma a bassa complessità
- la riorganizzazione interna, con revisione delle agende con particolare riguardo alla corretta gestione delle visite di controllo e dei secondi accessi
- il potenziamento mirato delle equipe professionali in effettiva condizione di sofferenza.

A tale proposito, in considerazione delle croniche criticità osservate per il rispetto dei tempi di attesa riferiti alle prestazioni oggetto di monitoraggio erogate dalle funzioni di gastroenterologia, medicina fisica e riabilitazione, oftalmologia e chirurgia vascolare, si procederà all'incremento di una unità di personale dirigente per ciascuna delle quattro specialità indicate, impiegando le risorse il cui utilizzo è vincolato all'abbattimento delle liste di attesa (si veda lo specifico paragrafo che illustra il fabbisogno di personale per il 2018).

LA MISURA DEGLI ESITI DELLE ATTIVITA' EROGATE DAI PRESIDI OSPEDALIERI

L' Azienda ha avviato nel 2017 un impegnativo, condiviso e ineludibile cambio di rotta nella misurazione della performance, a partire dalle strutture ospedaliere.

In questa logica, si è data l'obiettivo di sviluppare un programma diffuso e partecipato per la valutazione delle attività, valutazione orientata soprattutto alla misura degli esiti delle cure, attraverso la produzione di report strutturati discussi e con le strutture di produzione. I report hanno preso in esame:

- l'attività in regime di ricovero (fonte SDO) e ambulatoriale (fonte SIASA), con attrazione e fuga
- l'attività di Pronto Soccorso
- alcuni indicatori rinvenibili in PNE AGENAS e nel programma "*Bersaglio*" messo a punto dalla Suola Sant'Anna di Pisa
- la qualità della codifica delle SDO, requisito fondamentale per la tenuta dei sistemi di valutazione.

Per quanto riguarda gli indicatori di processo/esito/volume analizzati, le principali criticità emerse sono:

- i volumi di attività complessivi e la dispersione per alcune tipologie di ricoveri e interventi chirurgici
- i ricoveri ripetuti per patologie croniche nei reparti medici
- i tempi di attesa e i tempi di permanenza in Pronto Soccorso.

Il lavoro su questi temi consoliderà nel corso dell'anno.

Di seguito si fornisce un esempio parziale di report riferito ad un centro di responsabilità.

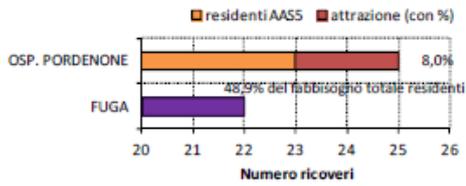
CHIRURGIA

	OFFERTA	CAPACITÀ ATTRATTIVA	FUGA
RICOVERI			
PRESTAZIONI AMBULATORIALI			
NOTE	Riduzione del numero di ricoveri a Pordenone rispetto al 2015	Non emergono percentuali alte nei ricoveri e nell'ambulatoriale ad eccezione degli interventi su ano e stoma a S.Vito (da rivedere nel 2017)	Ernie e varici al S.Giorgio e mammelle maligne al CRO. In aumento la fuga extra-regionale per le varici in regime ambulatoriale (da rivedere nel 2017)

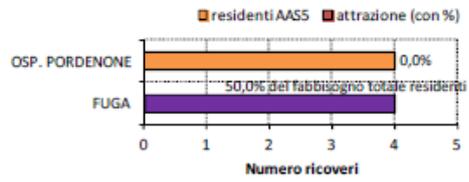
ESITI		Bassi volumi per alcuni interventi oncologici (da rivedere nel 2017)
--------------	---	--

ESITI

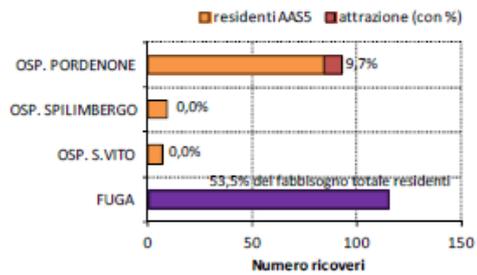
Riparazione aneurisma non rotto: volume di ricoveri



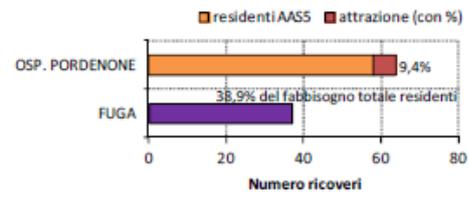
Riparazione aneurisma rotto: volume di ricoveri



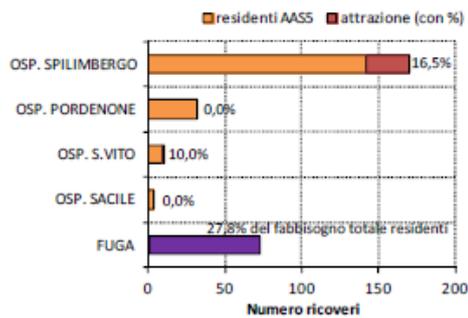
Rivascolarizzazioni carotidee mediante stenting o angioplastica: volume di ricoveri



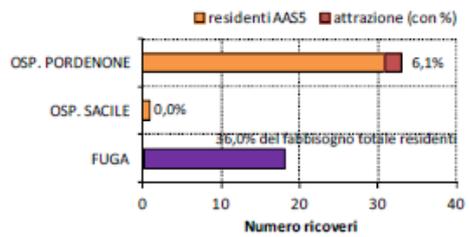
Rivascolarizzazioni carotidee mediante endoarterectomia: volume di ricoveri



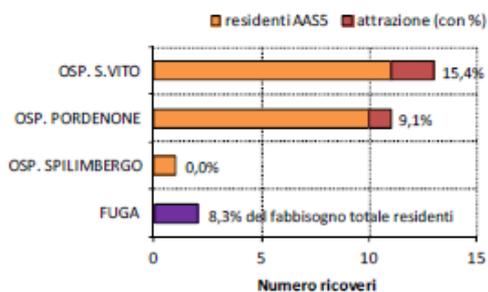
Interventi di legatura o stripping di vene: volume di ricoveri



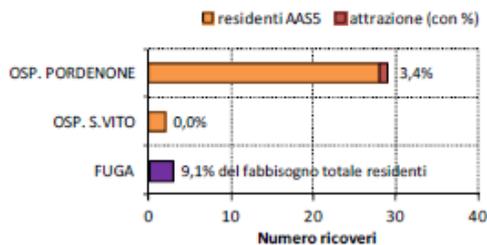
Rivascolarizzazioni degli arti inferiori: volume di ricoveri



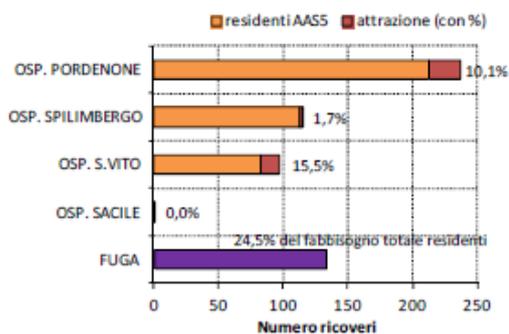
Appendicectomie pediatriche laparoscopiche: volume di ricoveri



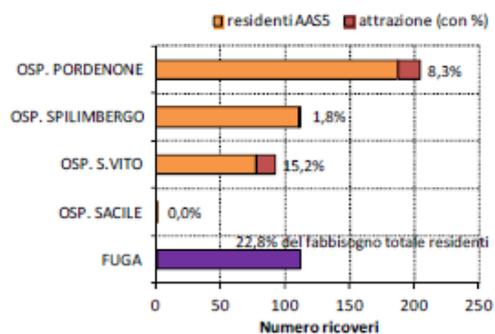
Appendicectomie pediatriche laparotomiche: volume di ricoveri



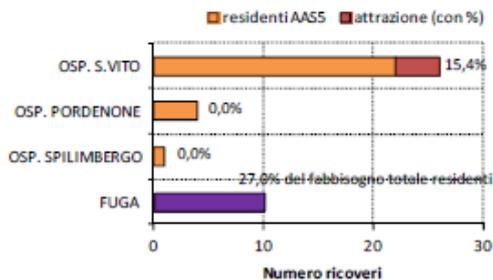
Colecistectomie totali: volume di ricoveri



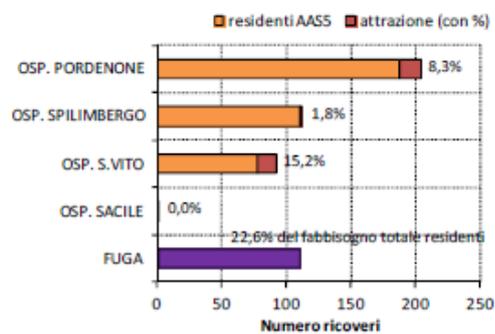
Colecistectomie laparoscopiche: volume di ricoveri



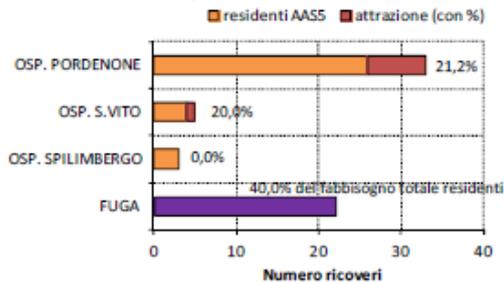
Colecistectomie laparoscopiche DS/DH: volume di ricoveri



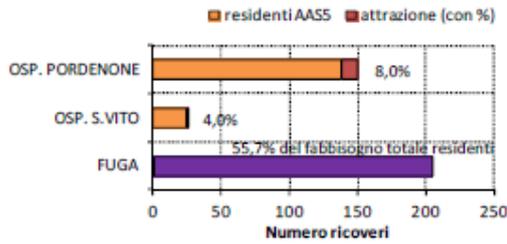
Colecistectomie laparoscopiche ordinari: volume di ricoveri



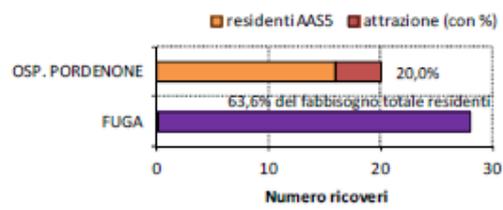
Colecistectomie laparotomiche: volume di ricoveri



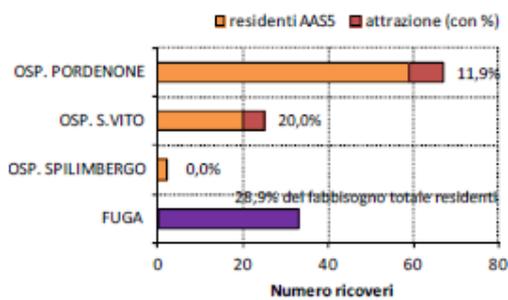
Interventi chirurgici per tumore maligno della mammella femminile: volume di ricoveri



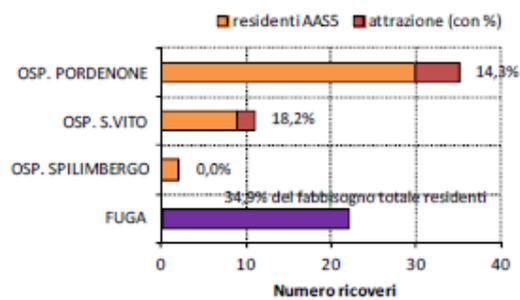
Interventi chirurgici per tumore maligno del polmone: volume di ricoveri



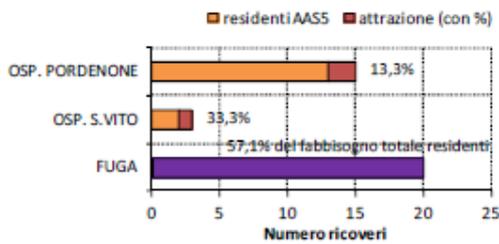
Interventi chirurgici per tumore maligno del colon: volume di ricoveri



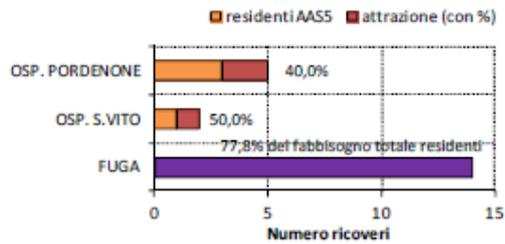
Interventi chirurgici per tumore maligno del colon in laparoscopia: volume di ricoveri



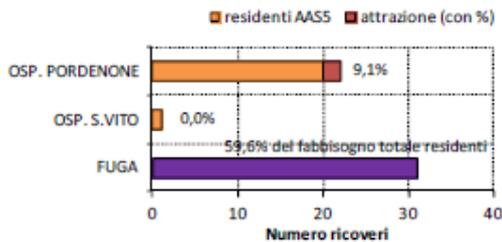
Interventi chirurgici per tumore maligno del retto: volume di ricoveri



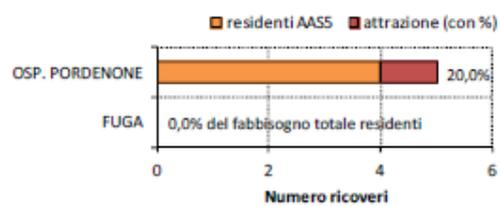
Interventi chirurgici per tumore maligno del retto in laparoscopia: volume di ricoveri

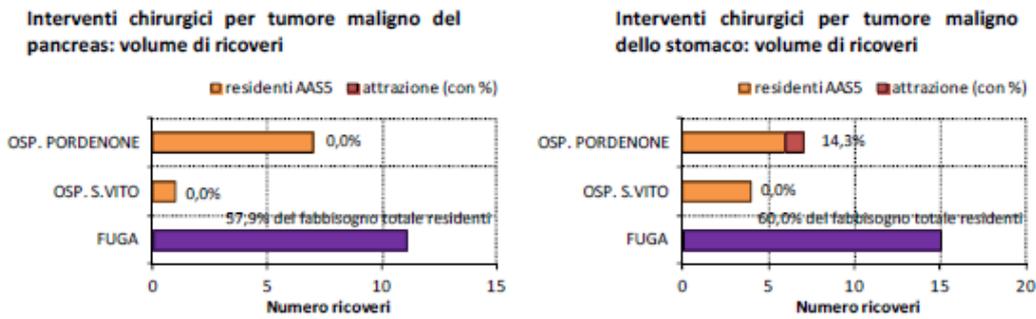


Interventi chirurgici per tumore maligno del fegato: volume di ricoveri



Interventi chirurgici per tumore maligno della colecisti: volume di ricoveri





LA BIOETICA A SUPPORTO DELLE DECISIONI CLINICHE DIFFICILI

L’Azienda ha immediatamente aderito al progetto regionale di istituzione dei Nuclei Etici per la Pratica Clinica (NEPC), organismi che hanno l’obiettivo di supportare, con argomentazioni pubbliche e trasparenti, i professionisti che si misurano con decisioni difficili, a partire dai temi della fine vita.

Il primo passo è stato quello di istituire un ristretto gruppo di figure professionali interessate alla progettualità, che ha partecipato ad un primo incontro formativo nel mese di aprile a San Daniele, durante il quale sono stati presentati e discussi i fondamenti della Bioetica e il significato della costituzione dei NEPC regionali.

Si è quindi deciso di avviare una indagine conoscitiva per testare l’interesse e la sensibilità della popolazione aziendale sui temi della bioetica. L’indagine, “Rilevazione delle questioni etiche emergenti nella pratica clinica” si è svolta attraverso la divulgazione del questionario nel periodo luglio-agosto 2017.

Sono stati raccolti più di 1000 questionari (tot n° 1184), provenienti da Area della Direzione (n° 19), DAO (n° 812), DAPA (n° 351). Hanno risposto 156 medici, 653 infermieri, 210 OSS, 63 fisioterapisti, 100 altre figure professionali.

Nel questionario si chiedeva, in caso di interesse particolare per l’argomento, la disponibilità a indicare i dati personali, per poter essere eventualmente coinvolti in progetti futuri. Un numero rilevante di operatori (235, pari al 20% dei responder) hanno indicato le generalità. Alcuni di questi (34), suddivisi per area di provenienza, hanno partecipato ad un corso formativo finalizzato a costituire una base di conoscenze e competenze per l’analisi delle complesse problematiche in ambito bioetico. Il corso si è svolto a ottobre 2017.

I questionari sono in fase di approfondita elaborazione.

Il passo successivo sarà l’istituzione formale del NEPC aziendale e la partecipazione attiva al convegno regionale del 23 marzo 2018.

LE LOGICHE DI SISTEMA:
PENSARE E AGIRE “COME SE” CI FOSSE UN SOLO PRESIDIO OSPEDALIERO

Il pensiero che ha guidato l'identificazione del modello dipartimentale interpresidio rappresentato nell'atto aziendale si riassume nell'impegno a superare i limiti dell'afferenza strutturale, costruendo i presupposti di una organizzazione i cui paradigmi sono rappresentati dal coordinamento e dalla armonizzazione di percorsi e risorse.

In quest'ottica, i provvedimenti e le ipotesi riorganizzative a sviluppo di quanto inizialmente assunto, hanno portato l'Azienda a:

- definire le piattaforme assistenziali, a superamento del modello per funzioni- divisioni dei referenti infermieristici di dipartimento, per sviluppare un'organizzazione dell'attività per processi trasversale alle strutture ospedaliere
- integrare alcune funzioni (ORL, Chirurgia, Ginecologia, Anestesia e terapia del dolore, Fisiatria e, da ultimo e in misura più significativa, la funzione di Medicina interna) presenti sui 2 presidi, anche riportandole sotto un'unica responsabilità, per favorire la redistribuzione di competenze, la condivisione di risorse e lo scambio di professionisti. Questa integrazione ha consentito di favorire modalità operative tese a migliorare l'appropriatezza erogativa, ottimizzare le performance e favorire la crescita professionale
- identificare, anche con il coinvolgimento delle strutture territoriali (rete delle cure intermedie e POpS), percorsi clinici e assistenziali e assetti organizzativi che favoriscono la presa in carico del paziente e la esecuzione delle prestazioni nell'area di riferimento dell'assistito, privilegiando quanto più possibile lo spostamento degli operatori e minimizzando il disagio degli utenti
- sviluppare percorsi formativi trasversali alle specialità e alle professioni che costituiscono la premessa per operare secondo modalità comuni, condivise e svincolate, entro gli opportuni limiti, dalla disponibilità di specifiche competenze.

4. IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Il Dipartimento di Prevenzione ha il compito di proporre ed attuare politiche sanitarie atte a migliorare il benessere del singolo ed della collettività, oltre che di ridurre i rischi sanitari derivanti dagli ambienti di vita e di lavoro.

Nel corso del 2017, oltre a svolgere le normali attività di servizio proprie del Dipartimento, sono state sviluppate alcune linee di lavoro che, oltre a quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione 2014 - 2018 e ampiamente sviluppato nel PAL 2017 e implementato nelle Linee di Gestione 2018, hanno comportato iniziative qualificanti nel territorio della provincia di Pordenone, che proseguiranno nel corso del 2018.

Si listano di seguito, in sintesi.

- a. È stata implementata l'attività di collaborazione con ARPA FVG nella valutazione di impatto sulla salute di nuovi insediamenti produttivi o già presenti nel territorio, specie per quanto riguarda la Zona Industriale di Maniago, il Cementificio di Fanna e la Mistral di Spilimbergo, mediante analisi su matrici biologiche e studi epidemiologici. Sarà formalizzata la collaborazione con l'Istituto Zooprofilattico di TERAMO, referente nazionale per l'analisi di diossine e derivati.
- b. E' proseguita la partecipazione a EpiAmbNet (progetto CCM del Ministero della Salute), come previsto dal Macro Obiettivo 8.2 del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, con l'obiettivo di sviluppare **modelli, relazioni istituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti, comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico e soddisfare i bisogni di conoscenza sull'epidemiologia ambientale di medici, pediatri, operatori SSN e ARPA.**
- c. E' proseguita, in collaborazione con ARPA FVG, l'attività di monitoraggio delle fonti di approvvigionamento idrico dell'atrazina e derivati, nonché delle sostanze perfluoroalchiliche.
- d. Sono state poste in essere azioni tese a migliorare la copertura vaccinale, alla luce di quanto previsto dalla L.117/2017, anche mediante campagne di informazione il più possibile vicine al territorio.
- e. E' stata favorita, nell'ambito del progetto Piccole Produzioni Locali e della sua possibile evoluzione, la collaborazione con l'esperienza delle Fattorie Sociali, soprattutto con l'attività progettuale prevista nell'UTI delle Valli e delle Dolomiti Friulane.
- f. E' stato implementato il progetto di ricerca "Prodotti finiti Fvg", riguardante i sistemi di contabilità per i servizi di prevenzione, proposto da AAS5 quale Ente capofila con la collaborazione delle altre Aziende sanitarie della Regione e della Scuola Superiore di Studi Universitari Sant'Anna di Pisa.
- g. E' proseguita la collaborazione con il Ministero della Salute per il Progetto Task Shifting, centrato su un modello di integrazione di competenze tra figure professionali e non (professioni sanitarie, mediche, cittadini), valorizzandole all'interno di gruppi multidisciplinari con la finalità di meglio raggiungere gli obiettivi di salute mediante l'utilizzo più efficiente delle risorse disponibili e l'integrazione dei saperi, delle culture e dei valori.

5. IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Di seguito si listano gli obiettivi che hanno particolarmente impegnato gli operatori e che hanno qualificato l'attività del Dipartimento nel corso del 2017.

- a) Sviluppo della attività del Centro Disturbi Alimentari attraverso la partecipazione al tavolo tecnico regionale, alla realizzazione del documento progettuale "percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale multidisciplinare per i disturbi del comportamento alimentare" realizzato in sinergia con la NPI, alla progettazione di un Centro Diurno dedicato agli adolescenti con Disturbo Alimentare e/o problematiche psicopatologiche presso la Pediatria dell'Ospedale di Pordenone, in collaborazione con questa e la NPI, e il rafforzamento degli organici del CDA attraverso la acquisizione di un medico psichiatra, di una dietista e di due figure infermieristiche; per quanto riguarda il contributo del DSM alla linea 3.3.10 "Salute mentale in età evolutiva", oltre alle azioni citate, è stato identificato il contenuto delle iniziative in area adolescenziale quale parte delle attività della SSD "riabilitazione, adolescenza e disabili".
- b) Miglioramento della collaborazione con i MMG nella presa in carico dei soggetti con disturbi comuni (ansia e depressione) secondo il modello "stepped care", per il quale sono stati organizzati dei corsi di formazione in tutti i distretti, che hanno registrato una forte partecipazione dei MMG.
- c) Prosecuzione dell'attività presso la REMS e della azione di prevenzione di nuovi ingressi; collaborazione al progetto per la realizzazione della REMS definitiva.
- d) Conclusa la collaborazione con la DCS per la realizzazione del Piano regionale Salute Mentale e per la stesura del documento/progetto di prevenzione del suicidio in carcere.
- e) Proseguite le attività formative, in particolare quelle relative alla adozione degli strumenti idonei alla valutazione degli esiti, e quelle orientate al rafforzamento della collaborazione con i servizi di NPI e SerD.
- f) E' stato adottato il modello di progettazione delle attività riabilitative attraverso il "budget di salute".
- g) Sono state adottate le idonee misure organizzative, rafforzate le competenze e agiti gli strumenti di analisi e conoscenza per fronteggiare la modificazione qualitativa della domanda, orientata maggiormente verso situazioni acute o con problematiche comportamentali e di interesse giudiziario.

6. LA VALORIZZAZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Nel corso del 2017 l'Azienda ha proseguito nell'applicazione dell'Atto aziendale, consolidando le funzioni dei Servizi di area professionale costituiti con decreto n. 569 del 27/10/2016 collocati in staff alla Direzione Sanitaria aziendale e dando avvio alle azioni propedeutiche all'attivazione delle Piattaforme nelle articolazioni organizzative aziendali.

Il tentativo di passare da un modello organizzativo per "Funzioni-Divisioni" ad un modello per "Processi", ben rappresentato nei documenti tematici che hanno preceduto l'approvazione della legge di riordino del SSR, costituisce per tutta l'Azienda una sfida strategica dove tutti i professionisti coinvolti possono dare il proprio contributo.

Le piattaforme, aggregazioni di aree assistenziali omogenee trasversali a più dipartimenti E/o strutture territoriali, per le quali sono stati individuati con chiarezza il mandato, gli obiettivi generali, le funzioni dei diversi responsabili e le afferenze gerarchiche/linee di responsabilità nonché le aree di competenza rappresentano, pertanto, un modello innovativo e la loro concreta realizzazione può diventare un'occasione importante per qualificare nel corso del 2018 l'insieme delle attività aziendali.

Proprio per la complessità del modello, la riorganizzazione sarà, necessariamente, un progetto graduale e condiviso, articolato in più fasi, anche sperimentali, e successivi momenti di verifica.

L'anno appena trascorso si è caratterizzato anche per un innovativo e significativo lavoro di individuazione e condivisione di principi, valori e stili assistenziali aziendali, con l'organizzazione di una serie di *Laboratori di nursing*, centrati sui seguenti temi:

- cure nella comunità
- cure senza dolore
- cure palliative
- cure libere da contenzione
- continuità delle cure tra ospedale e territorio
- cura e gestione del personale con diverse potenzialità

che hanno anche rappresentato l'azione propedeutica all'organizzazione in piattaforme assistenziali a gestione professionale

Dal lavoro nei *Laboratori di nursing* è originato il convegno "Umanesimo, nursing e cura" finalizzato alla condivisione aziendale e regionale del processo avviato, oltre che al rilancio del Nursing Pordenonese, elemento costituente e caratterizzante lo stile aziendale e le culture operative di AAS5 Friuli Occidentale, a partire dal forte legame che da sempre unisce Nursing, Cura ed Umanesimo e del quale, non sempre, si ha diffusa consapevolezza.

AAS5 è "statutariamente" Azienda libera da contenzione.

7. I PROGETTI DI COLLABORAZIONE INTERAZIENDALI

LA COLLABORAZIONE TRA AAS5 “FRIULI OCCIDENTALE” E IRCCS CRO DI AVIANO

L'attuale attribuzione delle funzioni di AAS5 Friuli Occidentale e IRCCS CRO di Aviano comporta una organizzazione fortemente integrata delle attività e dei percorsi per le persone con patologie oncologiche. Allo stato e dopo che sono state perfezionate le disposizioni regionali in tema di transito e integrazione di funzioni tra le due Aziende, la situazione in ambito oncologico è la seguente:

- alcune funzioni sono assicurate esclusivamente da AAS5 (alcune tipologie di prestazioni di Diagnostica di Laboratorio, Microbiologia e Virologia, Medicina trasfusionale, attività di Chirurgia specialistica anche oncologica, attività Medica specialistica non oncologica, Cardiologia)
- alcune funzioni di ambito esclusivamente oncologico o correlate ai pazienti con HIV sono assicurate dal CRO (Radioterapia, Oncologia Medica, alcune prestazioni di Diagnostica di Laboratorio, Ambulatorio HIV e Trapiantati, Registro Tumori)
- alcune funzioni sono assicurate da entrambe le Aziende (Medicina Nucleare, Diagnostica Strumentale per Immagini, Anatomia patologica e genetica medica, alcune prestazioni di Diagnostica di Laboratorio, Oncoematologia, Interventi di Screening di Secondo Livello).

Sono già attualmente strutturati ed attivi gruppi multidisciplinari di patologia che integrano le competenze professionali e le equipe delle due Aziende, in particolare per i tumori urologici, del distretto capo-collo, ortopedici, per i percorsi di chirurgia generale, per la gestione dei melanomi, per gli screening oncologici, per l'Oncoematologia, per i tumori pediatrici e giovanili e per le cure palliative pediatriche domiciliari, in stretta collaborazione con l'Area giovani del CRO.

Nelle more della approvazione del documento sulla Rete Oncologica Regionale, è intenzione delle due Aziende consolidare la collaborazione avviata, finalizzata ad un approccio semplificato, integrato e multidisciplinare al paziente con tumore.

Per questo nel 2018 si intendono perseguire i seguenti obiettivi strategici:

- costituzione del Dipartimento Funzionale della “Rete Oncologica del Friuli Occidentale” per il coordinamento, l'integrazione e il monitoraggio delle attività di prevenzione, diagnosi, terapia dei tumori
- attivazione di percorsi integrati multidisciplinari e semplificati per la presa in carico delle persone con patologie oncologiche selezionate
- attivazione di protocolli di collaborazione per l'utilizzo integrato delle tecnologie.

AAS 5 e IRCCS CRO di Aviano concordano pertanto di sviluppare nel corso del 2018 le seguenti 9 progettualità, coerenti con la Linea 3.1.6 “Reti di patologia”:

Obiettivo	Risultato atteso
1.Prostate Cancer Unit Istituzione di un percorso multidisciplinare semplificato ed integrato per le neoplasie della prostata	E' istituita e attivata la Prostate Cancer Unit e condiviso il Programma Tumori Urogenitali
2.Skin Cancer Unit Istituzione di un percorso multidisciplinare semplificato ed integrato per le neoplasie della cute	E' istituita e attivata la Skin Cancer Unit e condiviso il Programma Melanomi
3.Tumori del distretto capo collo Istituzione di un percorso multidisciplinare semplificato ed integrato per le neoplasie del capo –collo	E' istituito e attivato un gruppo multidisciplinare unico sui tumori del capo-collo
4.Patologia oncoematologica Istituzione del gruppo multidisciplinare e attivazione della pronta disponibilità per la gestione delle urgenze oncoematologiche	E' istituito il gruppo, è attivata la pronta disponibilità integrata
5.Tumori polmonari Istituzione di un percorso multidisciplinare semplificato ed integrato per le neoplasie polmonari	E' istituito e attivato un gruppo multidisciplinare unico
6.Tumori ginecologici Istituzione di un percorso multidisciplinare semplificato ed integrato per le neoplasie ginecologiche	E' istituito e attivato un gruppo multidisciplinare unico
7.Tumori della mammella Istituzione di un percorso multidisciplinare semplificato ed integrato per le neoplasie ginecologiche	E' istituito e attivato un gruppo multidisciplinare unico
8.Istituzione del “Dipartimento Funzionale della Rete Oncologica del Friuli Occidentale”	Sono definiti e condivisi obiettivi, funzioni e organizzazione del dipartimento. E' avviato il Dipartimento
9.Tumori in età pediatrica Integrazione tra Area Giovani e Pediatria Neonatologia a garanzia della continuità dell'assistenza e delle cure	Sono definite e condivise le modalità per la gestione clinica e assistenziale dei soggetti in età pediatrica con neoplasie
10.Condivisione e miglioramento dell'efficienza e della appropriatezza dell'utilizzo delle grandi tecnologie per la diagnostica strumentale	E' definito un programma di condivisione per l'uso di apparecchiature ad alta valenza tecnologica a partire da RNM 3 Tesla, PET, Robot Chirurgico

Obiettivo del SSR in ambito Materno Infantile è garantire standard di cura elevati che privilegino la presa in carico dell'assistito vicino al proprio domicilio e, quando possibile, anche attraverso percorsi territoriali. L'obiettivo richiede una forte condivisione tra ospedali aventi ruoli diversi e tra ospedale e territorio.

L'IRCCS Burlo Garofolo e l'AAS 5 hanno in corso consolidate sinergie e collaborazioni nell'ambito della salute materno-infantile, in particolare nella gestione del neonato, dei pazienti oncologici, chirurgici (generale, urologia-endourologia, oftalmologia, ORL) e ad alta complessità, delle gravidanze ad alto rischio, attraverso modelli collaborativi tesi a valorizzare le capacità professionali presenti nelle due sedi e a garantire alti livelli assistenziali, contenendo le fughe verso altre Regioni.

Le sinergie sono molto solide anche in ambito formativo, considerato che tre medici in formazione appartenenti alla scuola di specializzazione in Pediatria di Trieste stabilmente ruotano presso la SOC di Pediatria e Neonatologia di Pordenone.

Occorre anche ricordare che, nel corso del 2017, si è sviluppato il percorso che, coinvolgendo su tavoli tecnici i professionisti di tutte le Aziende sanitarie regionali, ha portato alla definizione di un progetto di Rete Pediatrica Regionale, consegnato alla Direzione Centrale Salute il 29/09/2017. L'analisi dei dati epidemiologici e di attività sanitaria nell'ambito materno-infantile e il confronto fra i professionisti ha stabilito, fra le altre cose, l'opportunità e la necessità di superare la frammentarietà dei percorsi, rafforzando i livelli di coordinamento e di integrazione attraverso la valorizzazione delle competenze ed esperienze presenti in Regione FVG.

Questa condivisione nei programmi è in piena sintonia con:

- le "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali in area pediatrico-adolescenziale" approvate in Conferenza Stato-Regioni il 21/12/2017
- le Linee annuali per la gestione del SSR – Anno 2018 (DGR 2667/2017) che prevedono, tra gli obiettivi di area materno-infantile, la costituzione della Rete Pediatrica Regionale e la possibilità di costituire organizzazioni di tipo dipartimentale interaziendali, coerenti con gli obiettivi da raggiungere e implementare.

In tale ottica e a partire dalle sinergie già in atto, l'AAS 5 e l'IRCCS Burlo Garofolo hanno avviato un percorso per definire un modello integrato interaziendale rivolto alle cure materno-infantili.

Le azioni in fase di sviluppo sono le seguenti:

- stipula di un protocollo d'intesa fra le due Aziende che definisca le regole generali e i rapporti anche dal punto di vista amministrativo, delegando alle Direzioni Sanitarie la declinazione operativa delle attività sanitarie nei vari ambiti sia in termini qualitativi (tipologia delle prestazioni), sia in termini quantitativi (definizione dei fabbisogni e del numero di accessi)
- attivazione del Dipartimento funzionale interaziendale materno - infantile (DIMI), aperto anche al successivo ingresso di altre Aziende Sanitarie Regionali, che potrà essere recepito nei rispettivi Atti Aziendali
- inserimento nei rispettivi PAL/PAO 2018 degli obiettivi comuni di area materno-infantile, con attivazione di un coordinamento interaziendale per il loro monitoraggio.

L' AAS 5 e l'IRCCS Burlo Garofolo concordano pertanto di sviluppare nel corso del 2018 le seguenti progettualità comuni, ricondotte alle Linee di gestione SSR:

Linea 3.6.4. Materno – infantile: neonati	
Obiettivo	Risultato atteso
Trasporti STEN e STAM	Definizione di un protocollo interaziendale coerente con le “Linee di indirizzo per la presa in carico complessiva e omogenea dalla gravidanza alla nascita, al periodo neonatale”
Gestione dei neonati delle diverse sedi	Definizione di un protocollo interaziendale basato sulla età gestazionale e complessità di cure richieste, coerente con le linee di indirizzo regionale e le professionalità presenti nelle due sedi
Gestione delle gravidanze a rischio	Definizione di un protocollo interaziendale che consenta la individuazione di un equipe multidisciplinare per la diagnosi prenatale, con il supporto dei professionisti del Burlo presso ASS5, per intercettare tutte le gravidanze a rischio e la loro centralizzare presso il Burlo quando ne ricorrano i criteri predefiniti

Linea 3.6.4. Materno – infantile: chirurgia	
Obiettivo	Risultato atteso
Chirurgia Pediatrica Implementazione dell'attività esistente presso AAS5	Presenza in AAS5 di un chirurgo dell'equipe del Burlo per un totale di 30 ore/settimana Aumento del numero di pazienti seguiti per chirurgia “minore” presso la sede ASS5 Aumento del numero di pazienti per chirurgia “maggiore” centralizzati presso la sede dall'IRCCS “Burlo Garofolo”
Oftalmologia Consolidare e favorire la collaborazione/ integrazione esistente	Definizione di protocolli/procedure condivisi e sviluppo in collaborazione dell'attività Circolazione dei professionisti nelle due sedi
ORL e Audiologia Consolidare e favorire la collaborazione/ integrazione esistente	Definizione di protocolli/procedure condivisi e sviluppo in collaborazione dell'attività Circolazione dei professionisti nelle due sedi
Endourologia Consolidare favorire la collaborazione esistente tra ASS5 e IRCCS Burlo	Definizione di protocolli/procedure condivisi e sviluppo in collaborazione dell'attività Centralizzazione dei trattamenti endourologici per calcolosi presso l'Urologia di Pordenone
Anestesia Consolidare la consulenza di anestesisti pediatrici del Burlo presso ASS5	Definizione di protocolli/procedure condivisi e sviluppo in collaborazione dell'attività

Linea 3.6.4. Materno – infantile: Telerefertazione radiologica/Teleconsulto	
Obiettivo	Risultato atteso
Sviluppo del sistema di tele-refertazione per la second opinion in radiologia pediatrica	E' operativo il sistema di tele-refertazione per la second opinion in radiologia pediatrica
Linea 9.1 Formazione	
Obiettivo	Risultato atteso
Coinvolgimento di AAS 5 nell'attività formativa degli specializzandi di Pediatria	Revisione delle modalità di integrazione di AAS 5 nel percorso formativo degli specializzandi di Pediatria con una maggiore partecipazione alle attività di PS, reparto, ambulatori specialistici e cure palliative

Linea 3.6.4. Materno – infantile: Condivisione, PDTA, protocolli, procedure in ambito pediatrico e ostetrico	
Obiettivo	Risultato atteso
Condivisione linee guida, protocolli, procedure in ambito pediatrico e ostetrico	Definizione di almeno due PDTA/protocolli/procedure per ambito

Linea 3.5.4. Salute mentale – Età Evolutiva: Pazienti con Problemi NPI	
Obiettivo	Risultato atteso
Definizione delle modalità e dei criteri di presa in carico dei pazienti presso la SC NPI di II livello dell'IRCCS Burlo e del successivo reinvio degli assistiti in AAS 5	Definizione del PDTA

Linea 3.2.6. Cure palliative pediatriche (CPP) e terapia del dolore (TdD)	
Obiettivo	Risultato atteso
Consolidamento della rete regionale per le CCP e TdD dolore in età pediatrica Definizione degli ambiti di competenza e di integrazione per la continuità e gli esiti delle cure	Integrazione dei professionisti delle due Aziende Proposta di un modello condiviso e integrato per la presa in carico dei soggetti elegibili alla CPP in regime di ricovero e al proprio domicilio e sua attuazione

Linea 3.6.4. Materno – infantile: attività di ricerca	
Obiettivo	Risultato atteso
Collaborazione nelle attività di ricerca	Messa a disposizione da parte del Burlo di strumenti metodologici per la ricerca clinica. Sviluppo di attività progettuali comuni.

Aspetti organizzativi, gestionali e amministrativi	
Obiettivo	Risultato atteso
Definizione del Coordinamento Interaziendale materno - infantile e del modello di governance	Avvio del Coordinamento Interaziendale materno - infantile e stipula del protocollo d'intesa fra AAS 5 e IRCCS Burlo Garofolo
Definizione del Dipartimento funzionale Materno - infantile (DIMI) e del modello di governance	Recepimento nei rispettivi Atti Aziendali del Dipartimento Operatività del Dipartimento
Definizione del protocollo amministrativo-contabile per le compensazioni fra Aziende	Modello condiviso e approvato

8. GLI SVILUPPI PER IL 2018

8.A. PRESIDI OSPEDALIERI

Le principali azioni di sviluppo sul fronte dell'offerta per acuti si attueranno attraverso il consolidamento delle funzioni da poco strutturate e il sostegno a funzioni gravate da alti livelli di pressione della domanda. In particolare, saranno adeguate le dotazioni di dirigenti delle seguenti specialità:

- Chirurgia plastica
- Chirurgia vascolare
- Gastroenterologia e endoscopia digestiva
- Fisiatria (in integrazione con il territorio)
- Pneumologia.

L'acquisizione di risorse di personale consentirà di meglio rispondere anche alle criticità che emergono dall'analisi dei tempi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio, al cui paragrafo si rinvia.

Le ricadute in termini di costi per l'acquisizione di tale personale sono quantificate al capitolo che illustra il fabbisogno di personale, cui si rinvia.

La seconda linea di sviluppo riguarda l'assetto dei posti letto, entro la cornice normata dai disposti regionali per le aree omogenee dei due presidi ospedalieri.

La proposta è indicata allo specifico paragrafo del capitolo 3, che traccia gli interventi all'interno del DAO, cui si fa rinvio.

Anche in questo caso, le ricadute in termini di costi per l'acquisizione di personale (1 coordinatore, 6 infermieri e 6 OSS per la partizione e il potenziamento delle degenze pneumologiche/nefrologiche e 1 tecnico della riabilitazione-logopedista per la riattivazione della degenza riabilitativa presso il p.o. di San Vito) sono quantificate al capitolo che illustra il fabbisogno di personale, cui si rinvia.

8.B. PREU: AVVICINAMENTO AGLI STANDARD DI PIANO REGIONALE

E' intenzione della Direzione aziendale proseguire nelle azioni di progressivo avvicinamento agli standard previsti dal Piano Regionale per l'Emergenza-Urgenza (PREU), in particolare per quanto riguarda la collocazione e le dotazioni di personale dei mezzi di soccorso.

Di seguito le azioni previste entro il 2018.

- Auto medica
Allo stato, l'automedica è presente nelle 12 ore notturne presso il POpS di Sacile. Il PREU prevede la sua collocazione presso il Pronto soccorso del p.o. di Pordenone per le 24 ore.
Condotte le opportune valutazioni sui tempi di soccorso, l'Azienda intende attivare il servizio di automedica sulle 24 ore, ma con due mezzi presenti sulle 12 ore notturne, uno collocato presso il PS di Pordenone, l'altro a servizio dell'area pedemontana, verosimilmente collocato presso il POpS di Maniago.
- Implementazione a tre operatori degli equipaggi delle ambulanze ALS, a partire dai seguenti mezzi:
 - 2 ambulanze ALS presenti a Pordenone
 - 1 ambulanza ALS presente a San Vito
 - 1 ambulanza ALS presente a Spilimbergo
 - 1 ambulanza ALS presente a Maniago
 - 1 ambulanza ALS presente a Sacile.
- Incremento dell'orario di servizio dell'ambulanza ALS presente ad Azzano sulle 24 ore (+ 8 ore rispetto alle attuali).
- Mantenimento nelle 12 ore diurne dell'ambulanza ALS previste a Sequals, invece del suo posizionamento a Clauzetto.

Tutte le azioni descritte sono state illustrate e discusse con il CREU, che non ha manifestato obiezioni.

Le ricadute in termini di costi per l'acquisizione di personale (2 infermieri e 36 OSS, fatte salve eventuali esternalizzazioni di servizi) sono quantificate al capitolo che illustra il fabbisogno di personale, cui si rinvia.

I costi per l'incremento della disponibilità di 12 ore di automedica e per l'incremento di orario di servizio dell'ambulanza in convenzione presente ad Azzano sono quantificati nella corrispondente voce di bilancio.

Le linee di lavoro attive, in coerenza con le indicazioni regionali, sono:

- Pronto soccorso odontostomatologico, presso il p.o. di Pordenone
- Ambulatorio per la diagnosi precoce delle lesioni cavo orale, presso il p.o. di Pordenone
- Ambulatorio per attività di protesica presso il Distretto di Azzano
- Ambulatorio per l' Ortodonzia, previsto in ricollocazione presso il Distretto di San Vito
- Ambulatorio per persone in stato di vulnerabilità sanitaria (Sacile e p.o. di Pordenone)
- Ambulatorio presso la casa circondariale di Pordenone

oltre alla odontoiatria già attiva presso le diverse sedi distrettuali aziendali erogata dagli specialisti convenzionati.

Tutte le linee di lavoro listate sono da implementare. A queste si aggiungeranno la messa a regime di prestazioni odontoiatriche per gli ospiti delle strutture protette del territorio aziendale e l'avvio dello screening nelle scuole.

Le ricadute in termini di costi per l'acquisizione di personale (2 infermieri) sono quantificate al capitolo che illustra il fabbisogno di personale, cui si rinvia.

8.D. DISTRETTI: AFT, CAP, ADI

Nel 2018 verranno completate le attività dell'Accordo Integrativo Regionale 2016-2018. I risultati raggiunti nei primi due anni di attività sono molto positivi. Le dotazioni di personale infermieristico messe a disposizione hanno facilitato il raggiungimento dei risultati relativi agli obiettivi art.8 dell'AIR.

Sono necessari ulteriori 5 infermieri per completare la fornitura ad ogni AFT di personale infermieristico di supporto alle attività della AFT stessa. Questa figura dovrà poi collegarsi con il referente di AFT, eletto dai MMG.

E' inoltre previsto, nel corso dell'anno, l'avvio di ulteriori 3 CAP per i quali occorre prevedere 3 ostetriche (strutturate nel consultorio di riferimento) ed 1 infermiere, comunque strutturato nell'attività di assistenza domiciliare, per attività di supporto ai medici specialisti che operano nel CAP.

Infine, negli ultimi anni si è verificato un importante incremento delle attività di assistenza domiciliare infermieristica, specialmente nel campo delle cure palliative. Al fine di garantire le attività in ore pomeridiane e nei festivi è necessario incrementare la disponibilità di personale infermieristico (almeno 1 unità per distretto) in carico all'assistenza domiciliare per un totale di 5 infermieri.

Le ricadute in termini di costi per l'acquisizione di personale sono quantificate al capitolo che illustra il fabbisogno di personale, cui si rinvia.

8.E LA GOVERNANCE DEI PROCESSI E PERCORSI RIABILITATIVI

Nel corso del 2018 proseguirà il consolidamento della Rete dei servizi di riabilitazione come indicato dai documenti di programmazione regionale.

Le azioni qualificanti riguarderanno lo sviluppo dei posti letto di riabilitazione intensiva ospedalieri e la qualificazione di quelli di riabilitazione estensiva territoriali, anche per effetto del processo di accreditamento istituzionale appena conclusosi in applicazione della DGR n. 817/2016 che ha definito, tra gli altri, gli standard caratterizzanti le funzioni riabilitative delle RSA.

E' interesse strategico dell'Azienda favorire la riorganizzazione dell'offerta di prestazioni riabilitative in regime di ricovero, residenziale ed ambulatoriale, al fine di consentire:

- la configurazione organizzativa di una rete delle strutture coinvolte e un sistema condiviso di governo dei processi
- continuità di cura, equità di accesso e omogeneità di trattamento in tutto il territorio aziendale
- la qualificazione delle strutture intermedie, quale setting privilegiato per la gestione delle malattie croniche con percorsi integrati e innovativi di presa in carico attraverso il MMG , gli specialisti, e altri operatori socio-sanitari
- la gestione del fenomeno della fuga extraregionale.

Rivestono particolare significato, in questo contesto, le seguenti specifiche progettualità:

- l'attivazione dei posti letto di riabilitazione intensiva presso il P.O. di S. Vito al Tagliamento
- lo sviluppo di team multi professionali dedicati alla Riabilitazione Cardiologica e Respiratoria
- la valorizzazione del modello della SIP di Sacile
- l'implementazione e l'applicazione di specifici PDTA relativi a patologie di interesse riabilitativo
- la sperimentazione di forme di governance e di progettualità innovative nei rapporti con gli erogatori privati (in futuro anche per piscina di Maniago e Casa dei Risvegli di Vajont, quest'ultima a valenza regionale)
- per la piscina riabilitativa di Maniago l'AAS5 definirà il proprio fabbisogno entro il primo quadrimestre
- il coinvolgimento delle associazioni di volontariato nelle azioni di supporto per la gestione di patologie o condizioni di disabilità selezionate.

Particolare attenzione andrà dedicata al coinvolgimento delle strutture riabilitative ambulatoriali ed ex art 26 del privato convenzionato, per le quali sarà completato nel corso del 2018 il processo di autorizzazione e accreditamento indicato dal DPGR n. 151 del 26.7.2016 e delle ASP (Case di Riposo) anche in ragione del loro status di enti pubblici.

8.F. RETE CURE INTERMEDIE e PALLIATIVE-HOSPICE: LA TERRA DI MEZZO

In considerazione del progressivo incremento di malati fragili multiproblematici e con co-morbidità, non appropriati per un setting residenziale tradizionale (RSA), destinato a pazienti in condizioni di stabilità clinica, appare opportuno incrementare il numero di posti letto della Struttura Intermedia Polifunzionale (SIP) di Sacile (da 28 a 33 pl), in grado di assicurare una tutela medico-infermieristica sulle 24h. Allo scopo, sono necessarie, per il Comparto, 4 Unità di Personale: 2 Infermieri e 2 OSS.

Le ricadute in termini di costi per l'acquisizione di tale personale sono quantificate al capitolo che illustra il fabbisogno di personale, cui si rinvia.

Il mantenimento/potenziamento delle funzioni assicurate da chi opera nella *Terra di Mezzo* non può tuttavia non confrontarsi con l'intrinseca fragilità del suo modello organizzativo, derivata principalmente dalla tipologia del rapporto di lavoro dei medici in servizio nella rete. Ad eccezione, infatti, dei responsabili, degli specialisti "ospedalieri" e della psicologa, sono tutti Medici di Continuità Assistenziale (MCA) con contratto libero professionale. Questa "precarietà contrattuale" incrocia, inoltre, la sempre maggiore disponibilità di zone carenti per la Medicina Generale, creando, di conseguenza, concrete opportunità di lavoro, stabile e sicuro, per questi giovani professionisti.

Nell'attesa di una loro auspicabile affiliazione aziendale, è necessario definire un piano strategico in grado di prevenire l'uscita dei MCA dalla *Terra di Mezzo* per sostituire MMG titolari avviati alla quiescenza, consolidare e stabilizzare la rete con l'inserimento di professionisti dipendenti di area internistica, geriatrica o anestesiologicala (almeno 3, anche in considerazione della prossima quiescenza del Direttore della SC Rete delle Cure Intermedie) e provvedere al periodico recruitment di nuovi MCA (CeForMed).

Se la rappresentata criticità non dovesse essere governata e risolta si realizzerebbero, con ogni probabilità, ricadute negative per l'intero sistema, rappresentate, in sintesi da un arretramento culturale, strategico e operativo del governo della domanda.

2. LA MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE E DEGLI OUTCOME

È priorità di quest'azienda proseguire il programma per la valutazione degli esiti, della qualità e delle performance già avviato nel 2017.

Nel 2018 si intende continuare il percorso di condivisione dei risultati e di analisi delle criticità con i professionisti e avviare un progetto per l'applicazione in via sperimentare dei PROMs (patient-reported outcomes) per alcune aree cliniche.

La valutazione degli esiti degli interventi sanitari	
Obiettivo aziendale: Prosecuzione del programma aziendale già avviato per la valutazione degli esiti degli interventi sanitari	Risultato atteso: Evidenza della diffusione dei dati all'interno dell'Azienda e del loro utilizzo, nell'ambito di incontri con i professionisti, per l'analisi delle criticità e la promozione del miglioramento continuo
Azioni e Interventi: 1. Produzione di report per le strutture operative 2. Organizzazione di incontri di audit per la condivisione dei risultati con i professionisti 3. Applicazione in via sperimentale di un sistema misurazione degli esiti riferiti dal paziente (PROMS) con il supporto servizio regionale di epidemiologia Si rinvia al capitolo introduttivo al punto 3. DIPARTIMENTO ASSISTENZA OSPEDALIERA (DAO) - LA MISURA DEGLI ESITI DELLE ATTIVITA' EROGATE DAI PRESIDI OSPEDALIERI	

3. LE PROGETTUALITÀ

È 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 PROGETTI DI ORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1 Degenza

Atto aziendale	
<u>Raccordo con la programmazione precedente</u>	
<p>È stato attivato il nuovo dipartimento di medicina specialistica a seguito del trasferimento al CRO dei Servizi di Oncologia dal 1/1/2017, della diversa collocazione della S.C. Riabilitazione di Pordenone.</p> <p>Infine è stata soppressa la SSD Day Hospital afferente al Dipartimento di Medicina Interna e sono stati chiusi i relativi posti letto.</p> <p>A giugno 2017 viene istituita la degenza ordinaria per la SC Gastroenterologia che completa l'attivazione del reparto di degenza iniziata nel 2016 con l'attivazione dei posti letto di Day Hospital.</p> <p>A settembre 2017 è stata attivata la degenza ordinaria e Day Hospital di Chirurgia Vascolare, che completa l'offerta ambulatoriale attivata nel 2016.</p>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Posti letto ospedalieri	Conclusione del percorso di ridefinizione dei posti letto presso i presidi ospedalieri in coerenza a quanto definito dalla DGR 2673/2014.
Azioni e Interventi:	
Si rinvia a quanto descritto nel capitolo introduttivo: punto 3. IL DIPARTIMENTO PER L'ASSISTENZA OSPEDALIERA (DAO) – I POSTI LETTO	

Posti letto – assistenza primaria	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Posti letto	Conclusione del percorso di ridefinizione dei posti letto dell’assistenza primaria (Hospice, SUAP, RSA e riabilitazione estensiva, Presidi ospedalieri per la Salute, Salute mentale, Dipendenze) in coerenza a quanto definito dalla DGR 2673/2014.

Posti letto - Assistenza Primaria

POSTI LETTO TERRITORIO	31/12/2017	31/12/2018	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	33*	
SIP - SACILE	28	28	
totale RSA e strutture intermedie	179	179	223
Hospice San Vito	10	10	
totale Hospice	10	10	20
CSM H 24	22	22	31
alcoologia	0	6*	6
SUAP	0	0	14

* 6 p.l. di alcoologia ricompresi nei p.l. della SIP di Sacile

* Si rinvia al capitolo introduttivo punto 8.F. RETE CURE INTERMEDIE e PALLIATIVE-HOSPICE: LA TERRA DI MEZZO

Linea 3.1.2 Acquisizione e/o spostamento di funzioni

Raccordo con la programmazione precedente

Trasferimento della funzione di ONCOLOGIA e CARDIOLOGIA ONCOLOGICA

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

Il trasferimento delle funzioni è stato attuato dal 1.01.2017.

Laboratori analisi e Microbiologie e virologia

Dal 1 ottobre 2017 è stato attuato il trasferimento della Microbiologia e Virologia dal CRO al presidio ospedaliero di Pordenone (presa d'atto del passaggio di 2 medici e 1 tecnico con decreto n. 609 del 15.09.2017) e completato dal 5 dicembre 2017.

Dal 5 dicembre è stata completata la redistribuzione delle attività del Laboratorio Analisi tra CRO e Pordenone e viceversa.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Trasferimento della funzione di ONCOLOGIA e CARDIOLOGIA ONCOLOGICA	Monitoraggio delle attività già attuate
Laboratori analisi e Microbiologia e virologia	

Linea 3.1.3 Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi (EGAS)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
EGAS	- Collaborare alle iniziative intraprese da EGAS in base alle direttive regionali. - Attuare quanto stabilito in Comitato di Indirizzo Egas.

Linea 3.1.3 Emergenza urgenza	
Con la DGR n. 2.039 del 16 ottobre 2015 è stato approvato il Piano dell’Emergenza Urgenza della Regione Friuli Venezia Giulia.	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Proseguimento delle attività previste dal Piano dell’Emergenza Urgenza	<ul style="list-style-type: none"> - Completamento dell’assetto previsto dal Piano Emergenza Urgenza per tutti i mezzi di terra. - Adeguamento al volo notturno delle piazzole dell’eliambulanza dei presidi ospedalieri hub e spoke.
Azioni e Interventi:	
Si rinvia a quanto descritto nel capitolo introduttivo: punto 8.B. PREU: AVVICINAMENTO AGLI STANDARD DI PIANO REGIONALE	

Linea 3.1.4 Medicina di Laboratorio	
<u>Raccordo con la programmazione precedente</u>	
<p>Nell’anno 2017 è stato attuato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trasferimento delle funzioni e attività nel presidio ospedaliero di Pordenone per le tutte le attività di Microbiologia-Virologia e delle attività Laboratorio Analisi come da decreto n. 591 del 13.9.2017 All. 1; - Laboratori satellite presso la sede di San Vito al Tagliamento, Spilimbergo e all’IRCCS “CRO” di Aviano limitatamente alle indagini a risposta rapida di Laboratorio Analisi - Point of care presso i reparti clinici ospedalieri e i Punti di primo intervento di Maniago e Sacile; - Presso il CRO attività ricerca traslazionale e diagnostica di specialistica oncologica. <p>Mantenimento al CRO delle attività connesse alle linee di ricerca di microbiologia – virologia concordate con il Ministero</p>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Laboratori analisi e Microbiologia e virologia	Proseguimento delle attività già avviate e progressiva attuazione della distribuzione dell’attività del Laboratorio Analisi tra Pordenone/CRO/Pordenone (riferimento Decreto n. 591 del 13.9.2017 All. 1)

Linea 3.1.5 Sangue ed emocomponenti	
Obiettivo aziendale Sangue ed emocomponenti	Risultato atteso - approvazione e sottoscrizione del documento di scorporo di personale, attrezzature, beni, dei contratti e convenzioni fra AAS2 e AAS5 (maggio 2018)

Linea 3.1.6 Reti di patologia	
Obiettivo aziendale Reti di patologia	Risultato atteso - attivare per ogni sede ospedaliera, entro il 30 settembre 2018, almeno una sala attrezzata per gestire teleconferenze cliniche e riunioni operative a distanza, nonché permettere la visione contemporanea di documentazione ed immagini diagnostiche di alta qualità - collaborare con EGAS per implementazione di un sistema informatico/informativo in grado di mettere in comunicazione operativa i mezzi di soccorso (ambulanze, automediche ed eliambulanza) fra loro e con i servizi di pronto soccorso e la centrale operativa 118, per la registrazione e la trasmissione contestuale di informazioni cliniche - nelle more dell'attivazione della Rete oncologica regionale, definire per area geografica, entro il 30 aprile 2018, percorsi integrati facilitanti la presa in carico del paziente oncologico
Azioni e Interventi: Gruppi di lavoro aziendali sulle diverse linee di lavoro	

Linea 3.1.7 Modifiche/integrazioni delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 1437/2015	
<u>Raccordo con la programmazione precedente</u>	
Con decreto aziendale n. 818 del 30/11/2017 è stata approvata l'ultima modifica dell'atto aziendale.	
Obiettivo aziendale Funzioni	Risultato atteso - Progressiva e completa attuazione dell'atto aziendale in coerenza di quanto stabilito in con decreto aziendale n. 818 del 30/11/2017 e successive modifiche e integrazioni.
Azioni e Interventi: Si rinvia a quanto descritto nel capitolo introduttivo: punto 1.B. L' AREA AMMINISTRATIVA – L'ATTO AZIENDALE	

Linea 3.1.8 Modifiche/integrazioni alla DGR 42/2017	
Obiettivo aziendale Accordi con i privati accreditati I budget indicati all'articolo 6 dell'allegato 2 alla DGR n. 42/2017, relative all'erogatore privato accreditato Associazione La Nostra Famiglia la nostra vengono ridistribuiti fra la sede di San Vito al Tagliamento (€ 97.022) e la sede di Pasian di Prato (€ 552.422) come segue: -Sede di Pasian di Prato > € 400.000 - Sede di San Vito al Tagliamento > € 249.444	Risultato atteso Sottoscrizione nuovo accordo con i privati accreditato per l'anno 2018

Linea 3.1.9 Documenti regionali	
Obiettivo aziendale Adozione documenti regionali	Risultato atteso Collaborazione con la DCS per la predisposizione dei documenti regionali Definizione di una road map aziendale per l'attuazione dei piani regionali adottati.
Azioni e Interventi: Partecipazione agli incontri regionali Definizione di un gruppo di lavoro aziendale per la definizione di un piano operativo.	

Linea 3.1.11 Lean management

Nel corso del 2017 è stata avviata la formazione al personale sul *Lean management*; tale formazione ha attivato anche dei gruppi di lavoro che hanno sviluppato specifiche progettualità che sono in corso di contestualizzazione all'interno delle organizzazioni aziendali. Entro giugno 2018 la prima fase del programma si concluderà con un evento che metterà a fattor comune le diverse esperienze sviluppate.

Obiettivo aziendale

Progetto aziendale : Miglioramento del percorso in PS del paziente on problematiche neurologiche in codice verde

Risultato atteso

Condivisione della propria esperienza con un evento regionale

Completamento del progetto entro l'anno 2018.

Azioni e Interventi:

Formazione del team e completamento del progetto entro l'anno 2018

3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.2.1. Tutela della salute della donna

Raccordo con la programmazione precedente:

L'AAS5 ha partecipato al Tavolo regionale "Percorso Nascita" per la definizione del protocollo regionale dei percorsi della gravidanza fisiologica.

Detto protocollo, in via di approvazione definitiva da parte del Comitato Percorso Nascita regionale, ha contenuti altamente innovativi, prefiggendosi di stabilire, tra l'altro, che il territorio (consultorio) sia la porta d'accesso privilegiata per la gravidanza fisiologica che deve essere condotta con responsabilizzazione diretta delle ostetriche.

In tal senso presso il Distretto EST, nel corso del 2017, è stata condotta una sperimentazione e organizzato un ciclo di formazione sul campo che ha coinvolto le ostetriche territoriali e ospedaliere per la condivisione di protocolli e metodologie di lavoro.

È stato, inoltre, organizzato un canale preferenziale di accesso al Consultorio Familiare per le donne, in particolare nelle fasce di età fertile, che accedono ai CAP e che portano un bisogno specifico di tipo ostetrico/ginecologico.

Relativamente all'assistenza in puerperio, i 5 Consultori familiari effettuano regolarmente visite domiciliari, in particolare per i casi critici e veicolano il messaggio dell'importanza delle vaccinazioni e dell'adozione di stili di vita sani negli Incontri di Accompagnamento alla Nascita.

Nel corso del 2017, in attesa del protocollo regionale per una definizione omogenea dei percorsi della gravidanza fisiologica, si è adottato un percorso omogeneo e condiviso tra i due punti nascita aziendali e i 5 consultori, per la presa in carico della donna alla dimissione dopo il parto (percorso puerperio attivo).

L'Attivazione del percorso "puerperio attivo" è stata completata con il supporto di agende informatizzate che permettono alle ostetriche dei Punti nascita aziendali di PN e San Vito, all'atto della dimissione della donna, di prenotare l'appuntamento per il controllo presso il Consultorio di residenza della donna; ogni Consultorio familiare rende disponibili nelle agende predisposte le giornate e gli orari di disponibilità, dedicati alla prima visita in puerperio.

Per la tutela della salute della donna in età post-fertile, sono stati tenuti incontri con la popolazione sul tema specifico. Resta la criticità di definire correttamente i canali di accesso ai servizi (ospedale e territorio).

Per il dopo-parto, in tutti i Consultori aziendali è stato realizzato un calendario per gli incontri in gravidanza e in puerperio per la promozione delle vaccinazioni e dell'adozione di stili di vita sani. Il personale dei consultori (ostetriche e altro personale sanitario) collabora attivamente con il personale del DP -SISP (assistenti sanitarie e pediatre)

Nei punti nascita aziendali questa attività viene svolta dal personale del Dipartimento Materno-Infantile (ostetriche e altro personale sanitario) al momento della dimissione.

Presso la Casa di Cura San Giorgio il messaggio dell'importanza delle vaccinazioni è veicolato dal personale del SISP (Servizio Igiene Sanità Pubblica) del Dipartimento di Prevenzione aziendale con incontri a cadenza mensile all'interno del corso di preparazione alla nascita.

Obiettivo Aziendale

1. Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica
2. Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio
3. Implementazione di percorsi aziendali per la donna in età post fertile
4. Nell'ambito dei corsi di preparazione al parto e nei centri nascita veicolare il messaggio dell'importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani

Risultato atteso

1. Evidenza dell'attivazione del percorso
2. Evidenza del servizio attraverso report con dati relativi al 2018
- 3.a. Implementazione dei percorsi aziendali
- 3.b. Report di attività
4. Evidenza della promozione delle vaccinazioni da parte delle ostetriche e delle assistenti sanitarie nei corsi di accompagnamento al parto e puerperio e nei centri nascita

Azioni ed interventi:

1. Viene garantita la partecipazione dei rappresentanti aziendali ai lavori del Comitato percorso nascita Regionale; si procederà al consolidamento del percorso sperimentale già attivato sulla gravidanza fisiologica con responsabilizzazione diretta delle ostetriche, attraverso: prosecuzione della formazione aziendale per tutti i distretti; condivisione del protocollo con tutto il personale interessato, compresi gli specialisti ginecologi convenzionati (Sumai).
2. I punti nascita, al momento della dimissione, fissano per tutte le donne l'appuntamento in CUP WEB per la "Valutazione in puerperio di mamma e neonato" da parte dell'ostetrica del Consultorio di residenza-riferimento entro 10gg dal parto.
3. Produzione di un protocollo aziendale (ospedale-territorio, compresi MMG) descrittivo dei percorsi aziendali per la donna in età post fertile (entro Giugno 2018). I Consultori riservano appuntamenti per questo target di utenza, secondo quanto previsto nel protocollo, nell'agenda CUP WEB.
4. garantire le attività attraverso la costruzione di un'agenda specifica in aderenza alle Linee Guida "Incontri di Accompagnamento alla Nascita e alla Genitorialità (che prevedono un incontro in gravidanza e un incontro in puerperio sul tema: importanza delle vaccinazioni infantili e sull'adozione di vita sani).

Linea 3.2.2 Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)**Raccordo con la programmazione precedente:**

L'AIR 2016-2018 ha favorito il raggiungimento di buoni risultati sulle problematiche connesse al diabete ed un miglioramento considerevole nei risultati relativi agli screening (PAP test e mammella) e alle vaccinazioni dell'adulto, con una partecipazione attiva dei MMG alle attività di AFT e l'adesione di circa l'80% dei MMG alle medicine di gruppo. Sul finire del 2017 sono stati superati una serie di problemi connessi alla registrazione delle informazioni relative agli stili di vita sui programmi gestionali di ogni singolo MMG, principalmente legati all'omogeneità dell'informazione riportata. Questo ha permesso ai MMG l'avvio della raccolta dati. I risultati sono in fase di elaborazione.

Obiettivo aziendale

Screening opportunistico: avvio di uno screening opportunistico su stili di vita e rischio cardiovascolare globale nelle Aziende sanitarie della regione in coordinamento con A.I.R. dei M.M.G.

Risultato atteso

Il 10% dei pazienti eleggibili di ogni M.M.G. che aderisce allo screening opportunistico è valutato per la definizione del rischio cardiovascolare. Il risultato del rischio deve essere inserito nella piattaforma regionale del rischio cardiovascolare.

Azioni e Interventi:

Analisi dati registrati nei programmi gestionali in uso dai MMG
Sulla base di quanto previsto dall'AIR 2018:
identificazione MMG che aderiscono al progetto
identificazione del campione (10%) di utenti eleggibili per ogni MMG
organizzazione di incontro formativo

3.2.3. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)	
Raccordo con la programmazione precedente	
Proseguono le attività dei programmi screening oncologico nel rispetto degli standard di qualità richiesti. Nel 2018 è prevista la riconversione del programma regionale di screening per il carcinoma della cervice con l'utilizzo dell'HPV-DNA come test primario e l'invio dei test presso il laboratorio unico individuato dalla regione.	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Raggiungere e mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 70 % per la cervice uterina, al 70 % per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto	Adesione pari al 70% per la cervice uterina, al 70% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto
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.	Percentuale di inviti inesitati <= 1,5%
- Garantire le letture dei pap test primari per gli anni 2018-2019-2020 e comunque fino a transizione del programma ultimata - Partecipare al controllo di qualità sul laboratorio unico e garantire l'accesso alla documentazione iconografica relativa all'istologia delle lesioni stesse da parte dei patologi del laboratorio unico	- Letture dei pap test primari presso le sedi di attuale competenza fino a transizione del programma ultimata - Partecipazione al controllo di qualità sul laboratorio unico.
Garantire il rispetto dei requisiti definiti dalla regione per i centri di secondo livello dello screening per il carcinoma della cervice uterina	Rispetto dei requisiti previsti dal sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di secondo livello con invio alla Direzione regionale dei dati di autovalutazione entro il 30.11.2018
Garantire il rispetto degli standard di qualità, come previsto dall'Atto d'Intesa del 18 dicembre 2014 della Conferenza Stato-Regioni sul documento recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia".	Rispetto dei requisiti previsti dal sistema regionale di verifica dei centri di senologia. con invio alla Direzione regionale dei dati di autovalutazione entro il 30.11.2018
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	Letture del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati
Garantire la corretta chiusura dell'esito dei casi di secondo livello dello screening mammografico nel G2 clinico Ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento.	percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente >= 95% percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica) < 10%
Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio assicurando di rendere definitiva la compilazione) per gli esami di 2° livello di screening Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello entro 30 giorni dalla positività del FOBT di screening in almeno uno dei centri di riferimento	Percentuale di cartelle correttamente compilate >=95% Tempo di attesa per colonscopia <=30 giorni in almeno 1 dei centri di riferimento
Azioni e Interventi:	
Partecipazione ad incontri e tavoli di lavoro promossi dalla regione Verifica del rispetto dei requisiti per i centri di secondo livello ed eventuale definizione di un piano di	

<p>adeguamento</p> <p>Monitoraggio periodico degli indicatori di qualità della refertazione della mammografia e della completezza della cartella endoscopica</p> <p>Mantenimento delle anagrafiche aggiornate mediante verifica delle lettere inesitate</p>

Linea 3.2.4 Gli screening neonatali (Programma III PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipare ai lavori (coordinati dal IRCSS Burlo) finalizzati alla diffusione e applicazione di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico e per lo screening neonatale oftalmologico con aggiornamento del PDTA.	Diffusione e applicazione in ogni punto nascita delle procedure di screening neonatale audiologico e oftalmologico
Programma di identificazione precoce della fibrosi cistica (coordinato dal IRCSS Burlo)	Partecipazione al programma di identificazione precoce della fibrosi cistica
Collaborare al programma per l'identificazione precoce dei neonati con emoglobinopatia nella popolazione a rischio. Assicurare da parte di tutti i punti nascita la regolare comunicazione a IRCSS Burlo della rilevazione del TSH neonatale.	formale adozione della procedura per emoglobinopatia e TSH in tutti i punti nascita
<p>Azioni ed interventi:</p> <p>Garantire la partecipazione ai lavori coordinati dal IRCSS Burlo Garofalo.</p> <p>Collaborare alle attività propedeutiche all'adozione della procedura regionale, per lo screening neonatale audiologico e per lo screening neonatale oftalmologico.</p> <p>I 2 punti nascita provvedono ad effettuare il ricontrollo di eventuali test positivi per ipotiroidismo e ad assicurare una regolare comunicazione con il laboratorio di Padova e l'IRCCS Burlo come da protocollo.</p>	

Linea 3.2.5 Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Le aziende sanitarie collaborano e sostengono percorsi ed azioni coerenti a diffondere in tutta la Regione il modello di Scuola che promuove la salute, che ha lo scopo di migliorare il successo scolastico e facilitare l'azione in favore della salute.	Almeno il 50% delle 42 scuole dell'area vasta pordenonese (ovvero 21 scuole) dovranno esser raggiunte dalla proposta di aderire alla rete Scuole che promuovono salute (SHE).
Sviluppo di progettualità di peer education nelle scuole della regione. Continua la diffusione e implementazione dei progetti riconducibili alle buone pratiche, quali modello What's up, Unplugged, peer education ecc	Aderiscono alla progettazione almeno 17 scuole dell'area vasta pordenonese
AAS 5: coordina le attività relative al perseguimento degli obiettivi del programma III relativamente all'obiettivo specifico di promozione della cultura della salute e sicurezza in ambito scolastico	Report alla DCS Programmi avviati o iniziative realizzate
Inserimento nella banca dati PROSA delle attività di promozione salute svolte nelle istituti scolastici	Rendicontazione delle attività svolte nelle scuole attraverso la banca dati PROSA (disponibilità dei dati)

Linea 3.2.6 Prevenzione delle dipendenze (Programma IV PRP)	
<p>Obiettivo Aziendale</p> <p>1. Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.</p> <p>2. Partecipazione al tavolo tecnico di confronto regionale con il terzo settore sui trattamenti alcolici.</p> <p>3. Promuovere e aumentare il numero di programmi terapeutico riabilitativi in misura alternativa alla detenzione per detenuti con dipendenza patologica e di messe alla prova.</p> <p>4. Partecipazione ai tavoli di monitoraggio sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.</p> <p>5. Monitoraggio degli esiti dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza.</p> <p>6. Partecipazione alla stesura del nuovo Piano d'Azione Regionale per le Dipendenze.</p> <p>7. Aumento del testing per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze alcoliche alle persone che afferiscono ai servizi per le Dipendenze.</p> <p>8. Partecipazione alla definizione di percorsi condivisi a livello regionale per le procedure legate agli accertamenti legali</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>1.1 Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze.</p> <p>1.2 Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio.</p> <p>1.3 Rendicontazione delle azioni previste dal Piano operativo GAP 2017.</p> <p>2. Partecipazione dei referenti Aziendali dei trattamenti alcolici ad almeno il 70% delle riunioni indette.</p> <p>3.1. Partecipazione alla realizzazione di una formazione a valenza regionale sulle misure alternative e messe alla prova.</p> <p>3.2. Aumento delle misure alternative e messe alla prova</p> <p>4. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.</p> <p>5. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi all'esito dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza.</p> <p>6. Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette.</p> <p>7. Almeno il 20% di testati sui testabili.</p> <p>8. Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette.</p>
<p>Azioni e interventi</p> <p>1.1) Partecipazione della direzione del Dipartimento dipendenze agli incontri periodici previsti.</p> <p>1.2) Tutti gli operatori del dipartimento inseriscono i dati nel sistema informatico. Ogni 4 mesi verrà fatto un report dei dati per monitorare il corretto inserimento degli stessi per i flussi informativi ministeriali (SIND).</p> <p>1.3) Il Direttore del dipartimento con la stretta collaborazione della Referente del DGA (Disturbi del Gioco d'Azzardo)e dell'amministrativa provvederà ogni 4 mesi alla rendicontazione delle azioni del piano regionale GAP 2017- 2018 sia da un punto di vista della loro esecuzione, sia da un punto di vista economico.</p> <p>2) Partecipazione del Referente per i programmi alcolici del dipartimento dipendenze agli incontri periodici del tavolo regionale .</p> <p>3.1) Almeno un operatore dell'equipe che si occupa di carcere partecipa alla realizzazione della formazione a valenza regionale sulle misure alternative alla pena e almeno un operatore per equipe territoriale partecipa alla formazione.</p> <p>3.2) Ogni equipe si preoccuperà di formulare un programma terapeutico alternativo alla detenzione per i soggetti che ne abbiano i requisiti e lo documenterà con apposita scheda. Ove l'Ufficio per l'Esecuzione delle Pene Esterne(UEPE) ritenga di inserire nella proposta di programma di messa alla prova di un soggetto, un intervento del dipartimento dipendenze verrà effettuato e monitorato attraverso apposita documentazione.</p> <p>4) Partecipazione di almeno una Assistente sociale al tavolo di monitoraggio sugli strumenti terapeutico</p>	

- riabilitativi e di reinserimento sociale. Identificazione di almeno 3 indicatori di outcome .
- 5) Report rispetto agli indicatori di outcome identificati al tavolo di coordinamento regionale.
 - 6) Partecipazione della direzione del Dipartimento dipendenze , del referente per i programmi alcolologici e del referente del DGA agli incontri per la stesura del nuovo Piano di Azione Regionale delle Dipendenze (PAR)
 - 7) Programmare ed effettuare il prelievo per il testing ai soggetti in carico per problemi alcol correlati.

Linea 3.2.7 Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)

Raccordo con la programmazione precedente:

Nell'ambito della prevenzione nella salute, della promozione dell'invecchiamento attivo e di corretti stili di vita in conformità al Piano Regionale per la prevenzione del FVG 2014-2018, alle Linee di gestione del SSR 2017 e al PAL 2017 dell'AAS5, il Servizio di Riabilitazione Territoriale (SRT) dei Distretti con il Servizio di Promozione alla Salute hanno provveduto nel 2017 ad avviare un programma di Attività Fisica Adattata (AFA), intesa come attività di gruppo non sanitaria, coordinata e controllata dall'Azienda Sanitaria ed attuata a livello distrettuale con la collaborazione di palestre convenzionate e dei medici curanti. Nel corso del 2017 sono stati complessivamente attivati 16 corsi AFA di cui: 4 corsi presso il Distretto Urbano, 5 corsi presso il Distretto Ovest, 3 presso il Distretto Sud, 4 presso il Distretto Nord. Presso il Distretto Est sono stati realizzati incontri propedeutici all'avvio dell'attività che è prossima. Si è mantenuta l'attività dei gruppi di cammino.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<ul style="list-style-type: none"> - Sviluppo di progetti di attività fisica rivolti alla popolazione adulta - Realizzazione di progetti di promozione attività fisica adattata - Diffusione delle opportunità di attività fisica presenti sul territorio attraverso il sito regionale https://invecchiamentoattivo.regione.fvg.it/ 	<ul style="list-style-type: none"> - Report su quanto realizzato - Almeno 1 iniziativa/progetto - Presenza, sul sito, delle attività realizzate in collaborazione con le associazioni

Azioni ed interventi:

- Mantenimento dell'attività dei gruppi di cammino.
- Costituzione entro marzo 2018 di un gruppo AFA aziendale per uniformare i percorsi
- Mantenimento dell'attività AFA e avvio di almeno 2 nuovi corsi aziendali in comuni dove non è ancora presente.
- Avvio dell'AFA presso il Distretto Est.
- Avvio di almeno un progetto specifico aziendale (es. AFA Respiratoria in Sacile)
- Revisione del catalogo aziendale offerta "attività fisica" esistente e diffusione attraverso azioni mirate (coinvolgimento MMG e associazioni)

Linea 3.2.8 Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
I referenti individuati (PRP) partecipano e sostengono le attività che andranno a delinarsi (formazione dei moltiplicatori, diffusione delle iniziative) per la prevenzione degli incidenti stradali	Report sulla partecipazione dei referenti alle attività e sulle iniziative promosse localmente

Azioni ed interventi:

Sviluppo di iniziative di comunicazione e informazione alla popolazione

Linea 3.2.9 Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)	
Obiettivo aziendale - Continuare nell'attività di sensibilizzazione della popolazione nella prevenzione degli incidenti domestici - Proseguire la rilevazione attraverso la check-list dei rischi nelle abitazioni con analisi dei risultati	Risultato atteso - Report congiunto di monitoraggio relativo alle attività previste dal Programma VII PRP inviato alla DCS - Almeno 50 abitazioni valutate
Azioni ed interventi: Proseguimento delle attività già avviate nel 2017	

Linea 3.2.10 Miglioramento della qualità nelle attività del dipartimento di prevenzione con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo (Programma VIII PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
partecipazione alla IV fase del progetto "Prodotti Finiti FVG" che prevede la stesura delle schede di prodotto (comprendenti la flow chart) con le metodiche e gli strumenti predisposti nell'ambito del progetto di ricerca	presenza (al 31/12/2018) di almeno 90 schede di prodotto correttamente elaborate e vistate dal responsabile scientifico del progetto (report della DCS)
attuazione Delibera 2520 del 14 dicembre 2017 (modifica regolamento emanato con Decr.Pres.Reg. 144/2015) su servizi residenziali e semi-residenziali per anziani	attività di vigilanza e controllo su almeno il 30% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza.
SPSAL: verificare l'omogeneità dell'applicazione in ambito regionale delle procedure di vigilanza in edilizia e prosecuzione della diffusione delle stesse ai portatori di interesse	Partecipazione ai lavori del GRE Report elaborato da parte del GRE sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in edilizia in regione. Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro sicuro in edilizia
SPSAL: partecipare ad azioni di verifica della omogeneità dell'applicazione in ambito regionale delle procedure di vigilanza in agricoltura e prosecuzione della diffusione delle stesse ai portatori di interesse	Partecipazione ai lavori del GRA Report elaborato da parte del GRA sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in agricoltura in regione. Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro sicuro in agricoltura
SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	almeno 14 auditor ufficiali formati
Realizzazione di un corso di sostegno alle capacità organizzativo-gestionali delle risorse umane per dirigenti, coordinatori e P.O. dei Dipartimenti di Prevenzione	Corso realizzato partecipazione dei Dipartimenti certificata da AAS5
SPSAL: partecipare attivamente al programma regionale di audit, scegliendo il comparto di interesse a seconda della specificità territoriale.	Operatori formati secondo le indicazioni del PRP, individuati a livello regionale
Diffusione delle Linee guida regionali per la prevenzione dei rischi in campo estetico e del Protocollo operativo regionale di controllo per le pratiche estetiche	Evidenza della pubblicazione sul sito aziendale istituzionale dei documenti approvati dalla Regione

Attuazione del Protocollo operativo regionale di controllo per le pratiche estetiche	<p>Effettuare i controlli di tutte le nuove SCIA di tatuatore e piercer</p> <p>Effettuare i controlli di 1 ogni 5 delle nuove SCIA presentate per estetista</p> <p>Effettuare i controlli di 1 ogni 10 delle nuove SCIA presentate per acconciatore</p>
<p>Azioni e Interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interventi coerenti con gli obiettivi ed i risultati attesi - Redazione e divulgazione attraverso portale web aziendale del Piano di vigilanza annuale in Edilizia - Rilascio del verbale di accesso ispettivo nei cantieri secondo indicazioni del Gruppo Regionale Edilizia 	

Linea 3.2.11 Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio (Programma IX PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale	<p>5% delle aziende vigilate.</p> <p>Edilizia: l'attività di vigilanza nei cantieri deve essere finalizzata al raggiungimento del 12% dei cantieri notificati l'anno precedente. In caso di significative variazioni incrementali, si dovrà raggiungere almeno il numero dei cantieri vigilati nell'anno 2017.</p> <p>Agricoltura: vigilare 30 aziende agricole (Report di attività alla DCS)</p>
Realizzare almeno un incontro informativo/formativo rivolto ai soggetti della prevenzione operanti nel settore edile e agricolo	Report di attività alla DCS con descrizione evento formativo, numero di operatori formati suddivisi per categoria (vedi 3.2.10 GRE e GRA)
<p>Azioni e Interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sviluppare un sistema di vigilanza nei cantieri che tenga conto della distribuzione geografica, finalizzato all'analisi per fase di sviluppo del cantiere e che ponga attenzione degli aspetti organizzativi della prevenzione. - Sviluppare una azione di sostegno dell'applicazione della normativa regionale sulla prevenzione delle cadute dall'alto (L.R. 24 del 2015) attraverso la realizzazione di 10 interventi finalizzati alla verifica dell'applicazione di tale norma nel territorio di competenza dell'Aas5. - Garantire le attività di vigilanza integrata con la Direzione Territoriale del Lavoro secondo gli accordi pattuiti con la locale direzione 	

Linea n 3.2.12 Emersione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Realizzare in modo coordinato, 2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione, finalizzati ad una maggiore conoscenza della corretta valutazione dei rischi, al reinserimento dei soggetti patologici e all'appropriatezza e qualità delle segnalazioni di malattia professionale.	Collabora a 1 corso accreditato o 1 iniziativa di sensibilizzazione
Partecipare all'avvio dell'applicazione del metodo OCCAM (pag.90 PRP)	Analisi OCCAM su una neoplasia professionale (a livello regionale)
Proseguire in ogni azienda il programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolge i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici..." del PRP.	Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale Adozione di regolamento regionale sul fumo Offerta di percorsi per smettere di fumare
Azioni e Interventi: Realizzazione di 1 corso o 1 iniziativa di sensibilizzazione a Pordenone La continuazione del progetto per gli operatori della S.C. Medicina Interna dell'Ospedale di Pordenone, che continueranno ad essere sottoposti a screening sulla salute motoria, effettuando sedute di ginnastica semplice e con cadenza annuale verranno somministrati i test di elasticità, anche al gruppo controllo. Ampliamento dello studio ad un nuovo gruppo di lavoratori (S.S. 118 centrale operativa) con le stesse modalità del progetto precedente: il primo gruppo effettuerà sedute di ginnastica semplice con una cadenza minima di tre giorni alla settimana; il secondo fungerà da gruppo di controllo. Ampliamento dell'utilizzo della palestra aziendale per offrire ai lavoratori opportunità di attività fisica guidata, specificamente rivolta alla riduzione dei rischi da movimentazione manuale dei carichi e da stress lavoro-correlato.	

Linea n 3.2.13 Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza (Programma XI PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Alimentare le banche dati Informo e Malprof e coordinarsi per la stesura di un report regionale	Report congiunto di attività inviato alla DCS
Sviluppo di sistemi informativi rivolta alla dematerializzazione delle comunicazioni obbligatorie	Studio di fattibilità e prima applicazione delle procedure per l'informatizzazione delle notifiche ex art.99 del D.Lgs 81/08
Inviare i dati di attività dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro delle aziende alla regione per trasmissione al comitato interregionale di coordinamento	Dati inviati alla DCS
Monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito database	il 75% delle verifiche effettuate da ogni azienda sanitaria è inserito nel data base aziendale
Restituzione, a carico dell'IRCCS Burlo Garofolo, dei risultati della rilevazione 2017 del Progetto Okkio alla Salute ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende	almeno 1 incontro Report alla DCS
raccolta dati periodica del progetto HBSC nelle scuole del Friuli	collaborazione all'effettuazione dello studio Report alla DCS
Studi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento	dare continuità allo studio di sorveglianza PASSI e iniziare PASSI d'Argento

Linea n 3.2.14 Ambiente e salute, facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio, secondo il modello della salute in tutte le politiche (Programma XII PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione attiva alle attività del "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali " di cui al Decreto n°630/SPS del 12.08.15 finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali e della "Cabina di Regia" di cui al Decreto n° 695/SPS del 19.05.2017.	Evidenza di partecipazione al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali " e alla "Cabina di Regia".
Stesura del programma di controllo regionale per garantire la tutela della salute della popolazione dalle sostanze radioattive presenti nelle acque destinate al consumo umano secondo quanto previsto dal Decreto del 2.08.2017. Valutazione preliminare dei dati disponibili di concerto con ARPA FVG e con gli Enti Gestori. Avvio del monitoraggio.	Partecipazione alla stesura del programma di controllo regionale con evidenza dell'invio dei dati richiesti dalla Regione. Effettuazione dei campionamenti previsti.
Conclusione, da parte degli operatori sanitari individuati come formatori, del percorso di formazione iniziato nel corso dell'ultimo trimestre del 2017 nell'ambito del progetto CCM 2015 "EpiAmbNet" (Rete nazionale di epidemiologia ambientale, valutazione impatto integrato sull'ambiente e salute, formazione e comunicazione) del Ministero della Salute. Nel corso del secondo semestre dovranno essere stabiliti gli obiettivi didattici ed i contenuti dei percorsi formativi che verranno realizzati a livello regionale nel 2019 e che saranno destinati ai MMG, PLS e gli altri operatori del Dipartimento di Prevenzione.	Garantire la partecipazione degli operatori sanitari individuati come formatori ai moduli formativi previsti dal progetto CCM 2015 "EpiAmbNet" per il primo semestre del 2018. Condividere a livello regionale la proposta formativa per il 2019.
Sorveglianza delle acque potabili. Mappatura dei pozzi privati utilizzati nell'ambito delle imprese alimentari.	Dovranno essere mappati, secondo un report fornito dalla Direzione Salute, i pozzi che approvvigionano gli stabilimenti riconosciuti (Reg. 852/853), le imprese alimentari che utilizzano l'acqua come ingrediente principale e quelli che approvvigionano fasce sensibili della popolazione (scuole, asili, ecc.).
-Raccogliere i dati relativi ai mesoteliomi degli ex esposti e inviare al COR assicurando la trasmissione delle schede ReNaM -Trasmettere i dati sui soggetti attualmente esposti alla DCS e al CRUA in base alle relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica utilizzando il MeLa Amianto.	dati inviati al COR -schede ReNaM trasmesse -dati sui soggetti attualmente esposti trasmessi alla DCS e al CRUA
Controlli coerenti con il piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate.	almeno 1 controllo

Linea n 3.2.15 - Miglioramento sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Adottare e applicare le Linee guida regionali per il controllo della tubercolosi e realizzare la formazione degli operatori	Assicurare la partecipazione ad un evento regionale 1 iniziativa formativa/informativa in ogni Azienda
Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate e quelle di nuova introduzione (rotavirus ed herpes zoster)	Miglioramento delle coperture vaccinali
Assicurare, accertato l'inadempimento dell'obbligo vaccinale, l'avvio della procedura per il recupero della vaccinazione.	Recepimento procedura per la gestione dei soggetti inadempienti.
Avvio di un processo di accreditamento dei servizi vaccinali	evidenza di avvio del processo
Adottare e applicare il piano regionale di sorveglianza e risposta alle arbovirosi trasmesse da zanzare	Assicurare da parte di ogni azienda la partecipazione multiprofessionale all'aggiornamento del Piano regionale coordinato dalla Direzione centrale
Sono individuati il coordinatore regionale medico e veterinario e viene costituito il gruppo tecnico regionale (GTR) per l'implementazione del PNCAR. Il GTR identifica le modalità di implementazione delle azioni e costruisce il sistema di monitoraggio del PNCAR a livello regionale	I due coordinatori regionali e il gruppo tecnico designati definiscono modalità azioni regionali identificate nel PNCRA 2018 (output: documento tecnico) e sviluppano il sistema monitoraggio del PNCAR a livello regionale.
Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	indicatori regionali monitorati
Veterinari: censimento dei laboratori privati coinvolti nel monitoraggio e sorveglianza dell'AMR (entro il 2018).	realizzare il censimento dei laboratori privati che eseguono esami batteriologici e test di farmacosenibilità.
Veterinari: Adesione al Sistema Informativo Nazionale per la completa digitalizzazione della gestione del medicinale veterinario e della ricetta elettronica (entro il 2018)	Aderire al Sistema Informativo Nazionale per la tracciabilità del farmaco per quanto di loro competenza
Veterinari: progressiva integrazione delle aziende zootecniche al sistema informatico di supporto all'attività di classificazione delle aziende sulla base di indicatori di rischio (entro il 2018)	Assicurare che le aziende zootecniche siano progressivamente integrate nel sistema informatico di supporto all'attività di classificazione delle aziende sulla base di indicatori di rischio
Veterinari: Condivisione delle Linee guida nazionali per la corretta gestione degli allevamenti di animali da reddito al fine di ridurre le prescrizioni di antimicrobici e prevenire il rischio di antibiotico-resistenza	Adottare delle Linee guida nazionali disponibili per la corretta gestione degli allevamenti di animali al fine di ridurre le prescrizioni di antimicrobici e prevenire il rischio di antibiotico-resistenza
Veterinari: Recepimento check-list ed esecuzione di audit secondo le procedure consolidate (entro il 2018).	Le AAS recepiscono ed adottano le check-list per l'esecuzione secondo le procedure consolidate. Sarà realizzata la programmazione regionale 2018-2019 per identificare il numero di allevamenti zootecnici (bovini, suini, pollame e pesci, esclusi i familiari) da sottoporre a valutazione di rischio in base alle check-list. Nel 2018 realizzare e registrare in SICER il controllo ufficiale di farmacovigilanza sulla base della programmazione regionale.

Linea n 3.2.15 - Miglioramento sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP)
Azioni e Interventi: Tutte le reazioni avverse sono rilevate come da decreto AIFA.

Linea n 3.2.16 - Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP)	
Raccordo con la programmazione precedente: Le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali, nei confronti dei cittadini stranieri presenti sul territorio provinciale non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, sono svolte in conformità alle disposizioni nazionali e regionali in materia di assistenza sanitaria alla popolazione immigrata (Accordo Stato – Regioni n. 255/CSR/20.12.2012 – DGR. 1147 del 28.6.2013 – Decreto aziendale n. 403 dell'11.12.2014 - L.R. 31/2015).	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare settimanalmente i dati di attività	Report mensile
Garantire in ogni azienda sanitaria la possibilità di accesso ad un ambulatorio per cure primarie per i soggetti non in regola con le norme sul soggiorno, con l'individuazione di un percorso facilitato rispetto al rilascio del codice STP/ENI (Straniero Temporaneamente Presente/Europeo Non Iscritto);	In ogni azienda è presente un ambulatorio
Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	In ogni azienda almeno il 25% di medici prescrittori formati
Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci
In applicazione del Piano generale regionale di risposta alle emergenze, definire e formalizzare l'unità di crisi aziendale	Dare evidenza della formalizzazione dell'unità di crisi aziendale e delle procedure conseguenti, in applicazione del Piano generale.
Azioni e Interventi: Rinnovo convenzione aziendale per un ambulatorio di cure primarie per i soggetti non in regola con le norme sul soggiorno con la Caritas. Redazione di un documento descrittivo della procedura facilitante il rilascio della tessera STP/ENI. A livello aziendale almeno un incontro tra referenti Dipartimento d'Emergenza e Assistenza Primaria per un esame congiunto di criticità e proposte di soluzioni nei percorsi di cura delle emergenze	

Linea n 3.2.17 - Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	80% operatori dedicati formati in ogni Azienda
Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione	100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro un mese dalla dimissione e dalla seconda vaccinazione
Monitorare le gare di appalto di PA e Enti già mappate nel 2016 e fornire il proprio contributo nelle gare d'appalto in corso nel 2018 per favorire il maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta	Contributo al 5% delle gare d'appalto
Realizzare corsi di formazione in ogni azienda su stili alimentari salutari per operatori sanitari della prevenzione, delle cure primarie e degli ospedali, anche integrati con le proposte dei programmi I e X	Un corso di formazione
Realizzare un secondo corso di formazione, a valenza regionale con la condivisione e il contributo di tutte le Aziende Sanitarie, rivolto a formatori di GDO, Ristorazione Collettiva e Pubblica sui temi del maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, la dovuta attenzione ai soggetti allergici e intolleranti attraverso la corretta applicazione del Reg.CE 1169/2011	Partecipazione alla realizzazione del corso regionale Report che evidenzi la diffusione dei contenuti nel territorio aziendale

Linea n 3.2.18 - Sicurezza alimentare e di salute e benessere animale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Effettuare il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in BDN.
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 2017	Come da Prisan regionale VET. Origine Animale): n. 493 interventi ispettivi programmati per il 2018; n. 16 audit programmati per il 2018 Campionamento come da PRISAN n. 55 valutazioni del rischio programmate n. 20 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni. SIAN: n. 760 interventi ispettivi programmati per il 2018; N. 10 Audit Campionamento come da PRISAN Valutazione rischio 100% delle attività controllate n. 20 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni Adesione alle indicazioni regionali.
Attuazione dell'ultimo anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura.	Garantire l'informazione capillare e la formazione sul territorio, informando le Aziende del Settore Alimentare della conclusione del Progetto e delle possibili evoluzioni delle PPL. Stesura di una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale. carni suine e avicunicole. La relazione dovrà altresì riportare il dettaglio delle attività eseguite carni di specie diverse prodotti lattiero caseari di malga vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...
Garantire la funzionalità del sistema informativo Sicer per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e SIAN.	Piena funzionalità del sistema informatico Sicer al 31 dicembre 2018.
Procedere nelle attività del Piano regionale di monitoraggio e controllo della Malattia di Aujeszky dei suini, al fine di richiedere l'accreditamento per Regione indenne.	n. 76 allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine di richiedere lo status di Regione indenne.
Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	Effettuare gli interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PRISAN 2018
Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.	Raggiungimento del 3% dei controlli come richiesto da LEA Ministeriali.
Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	Effettuare il 100% dei controlli sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.
Applicazione piano vaccinale blue tongue	100% entro 31 dicembre 2018 al fine di ottenere nuovamente l'indennità.

3.3 ASSISTENZA DISTRETTUALE

3.3.1. Assistenza primaria	
Raccordo con la programmazione precedente: L'AIR 2016-2018 ha visto una buona partecipazione dei MMG ed il raggiungimento di ottimi risultati. Tutti i MMG hanno aderito alle AFT (12 in tutto il territorio della AAS5). Circa l'80% dei MMG ha aderito alle medicine di gruppo. Sono stati avviati due CAP (Cordenons e San Vito al T.).	
Obiettivo Aziendale 1. Completamento dell'attuazione di quanto previsto dalla legge regionale 17/2014 per l'assistenza medica primaria, in coerenza con l'AIR 2016-2018 2. Attività sperimentale dello psicologo e eventuali altre figure nel CAP. 3. Avvio della sperimentazione del Fascicolo sanitario elettronico	Risultato atteso 1. Assistenza medica primaria riorganizzata in ogni Azienda in coerenza con le disposizioni regionali 2. Evidenza dell'attività effettuata dallo psicologo nel CAP 3. Almeno il 15% dei MMG in ogni AAS/ASUI partecipa alla sperimentazione secondo le modalità stabilite dalla Direzione centrale salute
Azioni ed interventi: <ul style="list-style-type: none">- Realizzazione di una campagna informativa, per la popolazione, sulla nuova organizzazione della medicina generale- Realizzazione e monitoraggio delle attività previste dall'AIR 2018.- Identificazione dei MMG che aderiscono alla sperimentazione relativa al fascicolo sanitario elettronico e suo monitoraggio.	

3.3.2. Accreditemento	
Obiettivo Aziendale 1. Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti. 2. Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti.	Risultato atteso 1. Gli enti del SSR mettono a disposizione i valutatori per i sopralluoghi, secondo le indicazioni della direzione centrale salute, per almeno 30 giornate. 2. L'organismo tecnicamente accreditante (OTA), con il coordinamento dei referenti dell'accREDITamento di ASUITS, AAS 2 e EGAS che hanno partecipato al corso di formazione organizzato dall'AGENAS, predispone la documentazione di competenza necessaria per conseguire l'accREDITamento nazionale.
Azioni e interventi L'AAS5 ha contribuito al percorso regionale dell'Organismo Tecnicamente AccredITante (OTA), attraverso la revisione del documento regionale e con la messa a disposizione del proprio personale che sarà coinvolto nei processi indicati dalla Regione. In data 12.1.18 la Commissione Regionale costituita dai Risk Manager delle Aziende Sanitarie, dagli IRCCS e dalle Strutture Private Accreditate ha conferito al dr. Kette, Risk Manager dell'AAS5, il ruolo di Vice-Presidente dell'OTA.	

3.3.3. Odontoiatria sociale	
<p>Raccordo con la programmazione precedente:</p> <p>Nell'organizzazione aziendale è stata data attuazione alla revisione del programma regionale di odontoiatria sociale definita con DGR n.1681/2017 e Decreto del Direttore Centrale n. 1241/SPS del 19/9/2017 che aggiorna la DGR n.1060/2016, la DGR n.1905/2016 e DGR n.1571/2017. È stata programmata l'attivazione e riorganizzazione di nuove postazioni ambulatoriali nell'Istituto Penitenziario di Pordenone e nel Distretto di San Vito, sono state recuperate le risorse e attrezzature provenienti dalla chiusura dell'ambulatorio di Prata.</p> <p>È stato effettuato un programma di informazione sui servizi di odontoiatria sociale offerti ad utenti, operatori e associazioni. Sono stati effettuati periodici incontri di monitoraggio delle attività.</p> <p>È stata data risposta a tutti i richiedenti tramite un call center dedicato ed è stata programmata l'adozione di un nuovo programma gestionale dedicato nel 2018 e la gestione uniforme delle agende .</p> <p>La percentuale di visite odontostomatologiche programmate è rimasta al 38% del totale delle prestazioni erogate.</p>	
<p>Obiettivo Aziendale</p> <p>1.Aumento delle prestazioni LEA erogate</p> <p>2.Prestazioni non LEA erogate</p> <p>3.Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>1. Media aziendale di almeno 1,6 prestazioni/ora per odontoiatra</p> <p>2. n.200 casi di terapia ortodontica e n. 500 pazienti con almeno un'arcata edentula riabilitati con protesi totali, nelle sedi attivate in Regione.</p> <p>3. non superiore al 40% del totale delle prestazioni erogate (sono escluse le visite del pronto soccorso odontostomatologico).</p>
<p>Azioni ed interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adozione del nuovo programma informatico gestionale - Monitoraggio trimestrale della produttività oraria e dei volumi di attività - Attivazione dell'ambulatorio odontoiatrico in carcere - Riorganizzazione dell'attività odontoiatrica in funzione delle modifiche territoriali distrettuali - Almeno un incontro aziendale di informazione sull'accesso all'odontoiatria sociale con i principali stakeholder interessati 	

3.3.4. Riabilitazione	
Raccordo con la programmazione precedente:	
<p>Nel corso del 2017 sono state attivate le azioni propedeutiche all' attivazione del GIN secondo quanto indicato dalla DGR 817 del 03.05.2017. A dicembre dello scorso anno non risultava ancora approvato lo specifico PDTA regionale per la presa in carico dei pazienti con sclerosi multipla. Nel corso del 2017 sono inoltre proseguite le azioni connesse con l'applicazione del PDTA ictus; in particolare si sono consolidate le modalità di presa in carico e i percorsi dei pazienti con problematiche motorie, cognitive e logopediche.</p> <p>Nel corso del 2017 si è provveduto a dare sostegno tecnico all'UTI delle Valli e delle Dolomiti Friulane nell'aggiudicazione della gara per la locazione dell'impianto di fisioterapia in acqua di proprietà del Comune di Maniago e ad autorizzare all'utilizzo della struttura da parte della Società Maniago Nuoto srl.</p>	
<p>Obiettivo Aziendale</p> <p>1. Attivazione a livello aziendale della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica.</p> <p>2. Attivazione a livello aziendale del PDTA per la sclerosi multipla.</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>1. In ogni AAS e ASUI è attivato un gruppo integrato neuromuscolare (GIN) con la finalità della presa in carico della persona con malattia neuromuscolare nell'ambito territoriale di competenza.</p> <p>2. Entro il primo semestre 2018 i pazienti con sclerosi multipla sono presi in carico con le modalità previste dal PDTA.</p>
<p>Azioni ed interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Completare il percorso di attivazione del GIN aziendale. - Dare avvio al processo di presa in carico multi professionale e multidisciplinare delle persone con malattia neuromuscolare, SLA e Sclerosi Multipla. - Avviare azioni di monitoraggio per assicurare percorsi diagnostico terapeutici che garantiscano una forte integrazione tra i diversi livelli della rete e con i medici di medicina generale. - Proseguire le azioni connesse all'applicazione del PDTA Ictus. - Consolidare le modalità di presa in carico e definizione dei percorsi dei pazienti con problematiche motorie, cognitive e logopediche. - Definire un algoritmo di percorso per la gestione del paziente con problematiche logopediche, anche nell'ottica di integrazione con le strutture del privato accreditato. - Sostenere l'applicazione dei PDTA con percorsi formativi dedicati sia agli aspetti clinici che a quelli organizzativi. - Sostenere il percorso di accreditamento e convenzionamento per le prestazioni di riabilitazione dell'impianto di fisioterapia in acqua di Maniago. 	

3.3.5. Superamento della contenzione	
<p>Obiettivo Aziendale</p> <p>Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Produzione di un report di monitoraggio del fenomeno della contenzione in tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali secondo quanto disposto nella DGR 1904/2016</p>
<p>Azioni e interventi</p> <p>Indagine a campione in tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali secondo quanto disposto nella DGR 1904/2016</p>	

3.3.6. Diabete	
Raccordo programmazione precedente	
<p>Sono proseguite nel corso del 2017 le attività dell’AIR legate al miglioramento della qualità dell’assistenza alle persone affette da diabete. I dati, preliminari, dimostrano anche per il 2017, una buona adesione al progetto con coinvolgimento di un alto numero di utenti.</p> <p>Il 30/3/2017 si è svolto l’incontro formativo sul documento regionale di gestione integrata ospedale-territorio con la partecipazione di tutti i MMG dell’AAS5 oltre a personale infermieristico dei Distretti ; inoltre è stato condiviso il percorso di accesso alla SSD di Diabetologia di PN definendo in dettaglio i Criteri delle Priorità Urgente, B (breve) D (differita) e P (programmata). Gli stessi criteri sono stati condivisi anche con il Gruppo di Lavoro dei MMG istituito dall’Ordine dei Medici della Provincia di PN.</p> <p>Nel 2017 è stato prodotto ed inviato alle Direzioni Sanitarie il Documento Regionale “<i>Linee di indirizzo regionali per la Gestione dell’Iperglicemia e del Diabete in Ospedale</i>” (Delibera n° 1572 del 22.8.2017).</p>	
Obiettivo Aziendale 1. Gestione integrata del diabete in coerenza con la DGR 1676/2015 2. Diabete in ospedale (DGR 1572/2017): a- Implementazione del programma regionale per la formazione del personale ospedaliero; b- organizzazione dei team ospedalieri.	Risultato atteso 1. Presentazione report dati attività 2017-2018 con evidenza di miglioramento (report MMG) 2. Effettuazione degli eventi formativi in ogni azienda; costituzione e organizzazione dei team ospedalieri.
Azioni e interventi <ul style="list-style-type: none"> - Prosecuzione delle attività AIR 2016-2018 relative alla gestione ed al controllo del diabete da parte dei MMG. - Avvio del percorso formativo per il personale ospedaliero. - Definizione delle modalità di individuazione dei componenti dei team ospedalieri. 	

3.3.7. Cronicità	
Raccordo con la programmazione precedente	
<p>Nel corso del 2017 è stato prodotto un PDTA sullo scompenso cardiaco attraverso incontri di consenso e condivisione con gli specialisti cardiologi di San Vito-Spilimbergo, della Medicina di S Vito e gli MMG (anche nel contesto degli obiettivi AIR della MMG 2017). Il protocollo è stato testato negli ultimi mesi dell’anno su alcuni pazienti afferenti al CAP di San Vito al Tagliamento (Distretto est).</p>	
Obiettivo Aziendale Implementare i PDTA sullo scompenso cardiaco	Risultato atteso 1. Evidenza dell’implementazione del PDTA sullo scompenso cardiaco in ogni Azienda attraverso reportistica di dati di attività 2. Estensione dell’applicazione del PDTA ad almeno un 1 CAP attivato in altro distretto (distretto del Sile) con reportistica dei dati di attività
Azioni e Interventi: <ul style="list-style-type: none"> - Presentazione del PDTA - Svolgimento di attività formative ad hoc 	

3.3.8. Assistenza protesica	
Raccordo con la programmazione precedente: Nell'ottica di integrazione e miglioramento dei percorsi prescrittivi, autorizzativi e di fornitura di protesi e ausili, nel corso del 2017 sono stati avviati incontri tra personale dedicato dei distretti e specialisti prescrittori aziendali, in particolare con i referenti delle strutture di medicina fisica e riabilitazione. All'interno degli incontri è stato approfondito anche il tema dei percorsi riabilitativi per pazienti afferenti alle strutture ex-art.26 (ad es. Ospizio Marino di Grado).	
Obiettivo Aziendale Partecipazione ai lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica e alla formazione dei professionisti sanitari.	Risultato atteso Attuazione delle nuove modalità di erogazione dell'assistenza protesica, compresi i percorsi semplificati stabiliti dalle nuove linee guida regionali.
Azioni ed interventi: <ul style="list-style-type: none"> - Prosecuzione dei lavori del gruppo aziendale per i percorsi riabilitativi e di assistenza protesica. - Definizione dei percorsi prescrittivi e autorizzativi sulla base delle linee guida regionali. - Adozione di procedure condivise per il miglioramento dei percorsi riabilitativi ospedale-territorio. 	

Linea n. 3.3.9 Assistenza domiciliare	
Raccordo con la programmazione precedente Nel corso del 2017 è stato incrementato il valore dell'indicatore domiciliare definito dal Ministero della Salute è il CIA (coefficiente d'intensità assistenziale), che ha un valore soglia a livello nazionale di > 1,8%. Il valore medio aziendale raggiunto è pari 3,74 (media regione FVG 3.12) La valutazione riguarda la presa in carico distrettuale di persone con età superiore ai 65 anni valutati con VMD Valgraf e con il Piano assistenziale e una frequenza media di accessi tale da avere un valore superiore 0,14	
Obiettivo aziendale: Incrementare gli indici di copertura assistenziale di presa incarico distrettuale di utenti over 64 anni, mantenere il valore CIA raggiunto e garantire i flussi ministeriale SIAD (corretti in tempi e modalità)	Risultato atteso: CIA valore >= a 3.7% popolazione > 64 anni Copertura assistenziale >= 4% over 64 anni
Azioni ed interventi: Analisi delle modalità operative in essere per la valutazione dei casi e inserimento dei dati di attività domiciliare	

3.4 ASSISTENZA FARMACEUTICA

Assistenza farmaceutica	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tetti Spesa Farmaceutica	
Spesa farmaceutica	Rispetto dei tetti fissati per la - Farmaceutica ospedaliera (comprensiva anche della spesa per i farmaci di fascia A erogati direttamente e in distribuzione per conto): 6,89% del FSR - Farmaceutica territoriale (contenente la sola spesa farmaceutica convenzionata): 7,96% del FSN
Prescrittori	
1. Individuazione di specifici obiettivi per i prescrittori sia a livello territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) che ospedaliero correlati ad indicatori di risultato da collegare alla programmazione per budget. Effettuazione di un monitoraggio periodico sull'utilizzo delle categorie di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriata favorendo l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia, redigendo un report semestrale con evidenza delle azioni intraprese nel corso del primo e secondo semestre da inviare alla DCS sia con riferimento alle iniziative di audit e feedback che alle iniziative più significative adottate (in particolare oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intravitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti).	1. a. Definizione di indicatori di budget specifici per i diversi prescrittori in collaborazione con la SOC Programmazione e Controllo. b. Predisposizione e definizione dei report definiti per le diverse categorie di prescrittori
Prescrizione medicinali a brevetto scaduto	
3. In ambito territoriale la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS) e riportati nella Tabella n. 1 delle Linee per la gestione del SSR – anno 2018, dovrà tendere ai valori target indicati.	3. Promozione dell'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto nell'ambito della medicina generale e/o nell'ambito della medicina specialistica/ospedaliera tramite riunioni di approfondimento e/o invio di reportistica di monitoraggio.
Biosimilari	
4. Nell'ambito delle categorie di medicinali per le quali è disponibile l'alternativa biosimile, le Aziende invieranno uno specifico report semestrale alla DCS sulle attività svolte.	4. Report semestrale dell'utilizzo di farmaci biosimilari in tutti gli ambiti in cui è prevista l'introduzione di nuovi biosimilari.
Percentuali utilizzo medicinali brevetto scaduto	
5. Oltre alla promozione d'uso di medicinali a brevetto scaduto a livello territoriale, dovranno essere valutate a campione, in tempistiche e reparti	5. Esecuzione delle analisi a campione secondo le indicazioni della DCS.

che saranno comunicati dalla direzione centrale, le % percentuali di utilizzo di queste categorie di medicinali e le % di prescrizioni in dimissione o dopo visita ambulatoriale.	
Distribuzione diretta farmaci alto costo	
6. Nell'ambito della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo, definizione di idonei percorsi che consentano la verifica dell'appropriatezza d'uso anche da parte delle AAS e ASUI di residenza del paziente.	6. Richiesta di dati ai centri prescrittori extra-aziendali per i trattamenti con farmaci ad alto costo avviati agli assistiti dell'AAS5.
Distribuzione diretta 1° ciclo terapia	
7. A seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale dovrà essere assicurata l'erogazione del I ciclo di terapia in distribuzione diretta. A tal fine l'azienda invierà alla DCS due relazioni semestrali sull'attività svolta, indicando i risultati raggiunti. L'attività di distribuzione diretta continua ad essere garantita nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare presso tutte le strutture.	7.a. Prosecuzione dell'attività di distribuzione diretta in primo ciclo e nelle strutture territoriali. 7.b. Invio alla DCS di due relazioni semestrali sull'attività svolta in merito al I ciclo di terapia, indicando i risultati raggiunti.
Distribuzione per conto	
9. Per i medicinali DPC per i quali si rilevi un elevato ricorso alla non sostituibilità da parte del prescrittore, attuare specifici approfondimenti con i prescrittori, dando evidenza alla direzione centrale dei monitoraggi effettuati e delle azioni adottate. In data 12 gennaio 2018 è stato ratificato, con DGR n. 12/2018, il nuovo accordo sulla DPC; le aziende provvedono all'adozione degli atti conseguenti.	9. Monitoraggio del ricorso alla non sostituibilità per i farmaci in DPC e adozione di azioni di approfondimento con i prescrittori in caso di particolari criticità.
Medicinali registro AIFA	
10. Evidenza del rispetto delle indicazioni prefissate nella prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro. A tal fine potranno essere programmata analisi a campione da parte della direzione centrale.	10. Analisi delle eventuali criticità nella gestione dei registri e attività di sensibilizzazione alla risoluzione dei problemi.
Farmacovigilanza	
11. Sul tema della farmacovigilanza continuano le attività già avviate a livello regionale dalla Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia. Sarà avviata una specifica progettualità sui temi relativi ai medicinali per il trattamento di malattie rare, anche coinvolgendo il coordinamento regionale e la rete delle malattie rare. Inoltre in corso d'anno, anche	11. Partecipazione alle progettualità e alle attività formative organizzate dalla DCS.

<p>tramite un nuovo di accordo di collaborazione/convenzione con le due Aziende sanitarie universitarie integrate e con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie e gli IRCCS sarà avviata una specifica progettualità pluriennale nell'ambito delle aree di attività stabilite dalla DGR 1365/2015 volta a favorire un uso sicuro appropriato dei farmaci a livello ospedaliero e nella continuità ospedale-territorio. Il percorso formativo a distanza (FAD) avviato a fine 2017 sull'utilizzo della nuova piattaforma nazionale Vigifarmaco ed altre tematiche di farmacovigilanza resterà disponibile in più moduli formativi anche per il 2018.</p>	
<p>Appropriatezza uso dispositivi assistenza integrativa</p>	
<p>12. Potenziare il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa al fine di porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti. Dovranno, inoltre, essere avviate a livello aziendale o in collaborazione tra aziende iniziative che prevedano differenti modalità di erogazione/distribuzione dell'assistenza integrativa. In particolare, per quanto riguarda l'erogazione di ausili di assistenza protesica, favorire la distribuzione diretta e prevedere, relativamente agli ausili per diabetici modalità di erogazione vantaggiose per l'SSR (es. diretta, accordi con le farmacie).</p>	<p>12. Monitoraggio periodico dell'utilizzo di dispositivi per l'assistenza integrativa e valutazione di modalità di erogazione alternative ed economicamente vantaggiose per gli ausili per diabetici.</p>
<p>Aziende con logistica centralizzata</p>	
<p>14. Garantire la copertura delle prescrizioni personalizzate da parte dei medici dipendenti da AAS5 con iter elettronico tramite PSM per il 90% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale, al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da EGAS.</p>	<p>14. Prosecuzione dell'attività di promozione/assistenza nell'utilizzo delle prescrizioni informatizzate in particolare negli ambiti di scarso utilizzo.</p>
<p>Prescrizione informatizzata piani terapeutici</p>	
<p>15. Dovrà essere garantito il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 50% dei nuovi pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive, prevedendo azioni mirate di sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento nelle categorie di medicinali per i quali si osserva un ricorso prevalente al PT cartaceo (es. antidiabetici). Le Aziende assicurano inoltre il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA,</p>	<p>15. Monitoraggio del ricorso alla prescrizione informatizzata tramite PSM-PT per i nuovi pazienti e implementazione progressiva del sistema informatizzato.</p>

favorendo l'implementazione di tale sistema informatizzato.	
Flussi informativi	
16. 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.	16. Mantenimento dell'implementazione e controllo dei flussi informativi.
17. Sempre con riferimento ai flussi informativi, dare riscontro agli eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni.	17. Effettuazione di approfondimenti eventualmente richiesti dalla DCS
<p>Azioni e interventi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. a. Definizione di indicatori di budget specifici per i diversi prescrittori in collaborazione con la SOC Programmazione e Controllo. b. Predisposizione e definizione dei report definiti per le diverse categorie di prescrittori 3. Promozione dell'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto nell'ambito della medicina generale e/o nell'ambito della medicina specialistica/ospedaliera tramite riunioni di approfondimento e/o invio di reportistica di monitoraggio. 4. Report semestrale dell'utilizzo di farmaci biosimilari in tutti gli ambiti in cui è prevista l'introduzione di nuovi biosimilari. 5. Esecuzione delle analisi a campione secondo le indicazioni della DCS. 6. Richiesta di dati ai centri prescrittori extra-aziendali per i trattamenti con farmaci ad alto costo avviati agli assistiti dell'AAS5. 7. a. Prosecuzione dell'attività di distribuzione diretta in primo ciclo e nelle strutture territoriali. b. Invio alla DCS di due relazioni semestrali sull'attività svolta in merito al I ciclo di terapia, indicando i risultati raggiunti. 9. Monitoraggio del ricorso alla non sostituibilità per i farmaci in DPC e adozione di azioni di approfondimento con i prescrittori in caso di particolari criticità. 10. Analisi delle eventuali criticità nella gestione dei registri e attività di sensibilizzazione alla risoluzione dei problemi. 11. Partecipazione alle progettualità e alle attività formative organizzate dalla DCS. 12. Monitoraggio periodico dell'utilizzo di dispositivi per l'assistenza integrativa e valutazione di modalità di erogazione alternative ed economicamente vantaggiose per gli ausili per diabetici. 13. 14. Prosecuzione dell'attività di promozione/assistenza nell'utilizzo delle prescrizioni informatizzate in particolare negli ambiti di scarso utilizzo. 15. Monitoraggio del ricorso alla prescrizione informatizzata tramite PSM-PT per i nuovi pazienti e implementazione progressiva del sistema informatizzato. 16. Mantenimento dell'implementazione e controllo dei flussi informativi. 17. Effettuazione di approfondimenti eventualmente richiesti dalla DCS 	

3.5 ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

Premessa generale

Le Linee di Gestione per il PAL 2018 individuano una nuova ed importante dimensione operativa per l'area della integrazione sociosanitaria, sia per effetto di alcune modifiche legislative (LR 31/2017, di modifica della LR 17/2014) sia per una specifica attenzione della competente Direzione regionale per l'integrazione sociosanitaria, di recente istituzione, su alcune materie ed indirizzi di rilievo.

La Direzione dei Servizi sociosanitari aziendale si trova così a collaborare nella Direzione strategica aziendale sia per la continuità dei servizi in favore delle persone con disabilità (ai sensi della delega attribuita alla AAS5 dalla locale conferenza dei Sindaci per effetto della LR 41/96) sia come luogo di promozione e raccordo delle attività delle altre attività che le Linee di gestione regionali hanno inserito in questa sezione.

Per l'area dei servizi per le persone con disabilità, il tema decisamente più di rilievo sarà lo sviluppo nel 2018 ed a seguire di attività, servizi innovativi, sistemi alternativi alle tradizionali risposte per i disabili stabilito a fine 2017 dalla Conferenza dei Sindaci con la previsione di un triennio di lavoro per la costruzione non tanto di più servizi, quanto un vero e proprio sistema integrato, con una particolare modalità di accesso e valutazione delle transizioni e la collaborazione sinergica con tutti i servizi aziendali ed i Servizi sociali dei Comuni.

Traccia importante e significativa del complesso dei lavori che si vogliono realizzare nell'area della disabilità è il DPR 12/10/2017 relativo a "Il Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità in attuazione della legislazione nazionale e internazionale ai sensi dell'art. 3, comma 5, della legge 3 marzo 2009, n. 18.

L'area relativa alle persone anziane ed alla non autosufficienza darà seguito e continuità alle importanti modifiche nel settore previste dalla amministrazione regionale, con attenzione anche, tenuto conto delle proposte dell' "abitare possibile" e della "domiciliarità innovativa" per immaginare soluzioni organizzative e strutturali territoriali, intermedie tra il domicilio e l'istituzionalizzazione.

Per l'area dei bambini e ragazzi, si andrà a rivedere l'intero sistema di valutazione e presa incarico integrata, alla luce anche dei nuovi LEA e tenuto anche conto della significativa situazione di sofferenza delle famiglie e delle comunità locali.

L'integrazione sociosanitaria e la programmazione integrata	
<p>Raccordo con la programmazione precedente: In attesa della definizione di linee di indirizzo regionali della programmazione sociale dei Piani di Zona, sono proseguiti nel 2017, senza soluzione di continuità rispetto alle annualità precedenti, i lavori della Cabina di Regia che ha tra gli obiettivi anche il raccordo delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali del territorio della AAS5.</p> <p>Il lavoro della Cabina di Regia ha portato alla definizione ad inizio 2017 di alcune azioni prioritarie (tutela infanzia ed adolescenza, integrazione lavorativa e sviluppo di comunità, implementazione della domiciliarità) che dopo la validazione da parte della Conferenza dei Sindaci sono state riprese del Piano Attuativo Annuale 2017-2018, approvato nelle sedi di gestione dei Servizi sociali dei Comuni secondo le Linee guida regionali per la predisposizione dei Piani di Zona.</p>	
<p>Obiettivo Aziendale Dare continuità alle azioni di integrazione sociale e sociosanitaria</p>	<p>Risultato atteso</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evidenza di report delle sedute periodiche della Cabina di Regia 2. Evidenza di report relativi alla partecipazione ad iniziative per la programmazione sociosanitaria e sociale regionale 3. Evidenza di ogni protocollo o intesa che saranno adottati dalla Cabina a valere da un punto di vista operativo sull'intero territorio provinciale.
<p>Azioni ed interventi: Nel corso del 2018 proseguono con periodicità (almeno una riunione ogni bimestre) gli incontri della Cabina di Regia, formata da Direzione dei Servizi sociosanitari, DSM, DAPA, Dipendenze, Dip. Prevenzione, Distretti sanitari e Servizi sociali dei Comuni, raccordando PAL, PDZ e Piani delle Unioni. I report delle sedute e tutta la documentazione elaborata vengono validati anche dalla Direzione aziendale, previo passaggio nella Conferenza dei Sindaci.</p>	

3.5.1. Anziani non autosufficienza	
Obiettivo Aziendale Processo di riclassificazione delle strutture residenziali per anziani già funzionanti	Risultato atteso 1. Supportare la Regione nella valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori delle strutture residenziali ai fini del rilascio del parere di ammissibilità della domanda. 2. Rilasciare le nuove autorizzazioni all'esercizio entro 90 giorni dalla formulazione del parere di ammissibilità della domanda da parte della Regione. 3. Avviare un percorso di accompagnamento alle Residenze per anziani ri-autorizzate all'esercizio, per il monitoraggio e la verifica degli adempimenti e adeguamenti previsti per il livello di nuova classificazione rilasciato.
Sistema di VMD Val.Graf. FVG	1. Valutare, mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato. 2. La VMD deve essere effettuata da un'équipe multiprofessionale sanitaria e sociale del distretto e dell'ambito di riferimento dell'utente.
Nuovi convenzionamenti	Stipulazione degli accordi contrattuali per l'assegnazione di posti aggiuntivi secondo le indicazioni e i criteri di priorità che verranno definiti e comunicati dalla Regione (+11 p.l. alla Casa di riposo di Clauzetto).
Introduzione nuovo sistema di finanziamento Per l'anno 2018, in fase di avvio del nuovo sistema di finanziamento, sono previste le seguenti regole transitorie: 1. Contributo abbattimento retta 2. Riconoscimento oneri sanitari attraverso convenzionamento	1. AAS5 riconosce agli anziani non autosufficienti che occupano un posto letto convenzionato il contributo per l'abbattimento della retta nella misura prevista dalla normativa ad oggi vigente, sia per la quota fissa (€ 16,60 die/pl convenzionato in Residenze protette e ad utenza diversificata; € 13,28 die/pl convenzionato in Residenza polifunzionale di fascia A) che per la quota variabile legata all'ISEE (cfr. DGR 1282/2010). 2. entro il 30.06.2018 a seguito delle indicazioni della regione, AAS5 provvederà a definire le condizioni amministrative e organizzative per adottare il modello tipo di convenzione, subordinatamente all'invio da parte della Regione dello schema tipo. I nuovi rapporti convenzionali dovranno prevedere il rimborso sulla base della nuova impostazione fornita dalle linee guida regionali e sulla base dei finanziamenti già assicurati alle strutture per garantire adeguati livelli assistenziali.
Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani	1. Mantenimento delle attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni precedenti e realizzazione di almeno due visite di

	<p>audit approfondite (a livello aziendale).</p> <p>2. Redigere e trasmettere alla Direzione Centrale Salute entro il primo semestre del 2018, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente.</p>
Flussi e sistemi informativi	<p>1. Monitoraggio dell'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf,-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG delle strutture residenziali che verranno ri-autorizzate per non autosufficienti a seguito del processo di riclassificazione</p> <p>2. Dotazione di una Lista Unica d'Attesa (LUA) nella quale inserire le persone anziane che richiedono un inserimento presso una Residenza per anziani non autosufficienti e per le quali il Distretto ha verificato l'appropriatezza della richiesta. <u>I criteri per la determinazione dei punteggi per l'inserimento in graduatoria vengono definiti dalla Regione.</u></p> <p>3. Assolvere i debiti informativi verso la Regione sulla base delle richieste e indicazioni fornite dalle Regione stessa</p>
<p>Azioni ed interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evidenza di report di monitoraggio e promozione della qualità. - Organizzazione e realizzazione di almeno 2 audit. <p>Relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità realizzate nell'anno precedente.</p>	

Sperimentazioni “Abitare Possibile” e “Domiciliarità innovativa”	
<p>Raccordo con la programmazione precedente: L’AAS5 è stata coinvolta nella elaborazione congiunta con alcuni Ambiti Distrettuali di alcune proposte progettuali sull’ “abitare possibile e domiciliarità innovativa” di cui alla DGR 671/2015. Le nuove indicazioni regionali di prestano ad una ripresa delle riflessioni aziendali che tengono in particolare considerazione ogni soluzione possibile alternativa alle forme tradizionali della residenzialità (sia per le persone anziane che le persone con disabilità).</p>	
<p>Obiettivo Aziendale Avviare delle sperimentazioni sull’ “abitare possibile” e “Domiciliarità innovativa”</p>	<p>Risultato atteso</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. AAS5 sostiene e incentiva lo sviluppo delle sperimentazioni “Abitare possibile” e “Domiciliarità innovativa” di cui alla DGR 671/2015 e DGR 2089/2017 attivate nel proprio territorio aziendale, anche con il coinvolgimento programmatico della Cabina di Regia del PdZ ed i “Tavoli Casa” delle UTI. 2. l’AAS5, in particolare, <ol style="list-style-type: none"> 2.1) definisce, in accordo con gli enti locali del territorio, un programma di revisione della rete di offerta dei servizi residenziali rivolti alla popolazione anziana non autosufficiente 2.2) sperimenta modalità innovative di integrazione socio-sanitaria nell’attuazione dei nuovi LEA per quanto riguarda le cure domiciliari.
<p>Azioni ed interventi: L’AAS5 partecipa con propri referenti (Direzione dei Servizi socio-sanitari e Direzione Dipartimento Assistenza Primaria Aziendale (DAPA) al tavolo locale, promosso con il Comune di Pordenone, di analisi delle soluzioni più appropriate per la realizzazione di un sistema di interventi residenziali e domiciliari per le persone anziane collegato anche alle disposizioni dei LEA per quanto riguarda la domiciliarità.</p>	

Sperimentazione screening popolazione anziana fragile e servizio telesoccorso.	
Raccordo con la programmazione precedente: I MMG della AAS5, nell'ambito delle attività previste dall'AIR 2016-2018, hanno elaborato nel 2016 un programma di screening della popolazione anziana in condizioni di fragilità. Questo programma è stato implementato nel corso del 2017.	
Obiettivo Aziendale Partecipare alla definizione di un protocollo di intervento per lo screening della popolazione anziana in condizione di fragilità	Risultato atteso In base alle indicazioni e programmi che verranno definiti dalla Regione, AAS5: 1) entro il 31/3/2018 individua e comunica alla DCS il nominativo e recapito del Referente aziendale per la partecipazione; 2) partecipa alla: a) revisione delle modalità di presa in carico delle persone per le quali attivare il servizio di telesoccorso; b) definizione di un protocollo di intervento per lo screening della popolazione anziana in condizione di fragilità da realizzarsi in via sperimentale in Azienda
Azioni ed interventi: Analisi dei risultati conseguiti con il progetto anziani fragili attivato in AAS5. Entro il 31 marzo 2018 individuazione e comunicazione alla Direzione centrale competente (Servizio integrazione sociosanitaria) del nominativo e del recapito di un referente per la sperimentazione.	
Rete per la presa in carico dell'anziano fragile	
Obiettivo Aziendale Definizione di modalità di presa in carico e di trattamento dell'anziano fragile in tutti i setting assistenziali (ospedale, cure intermedie, servizi residenziali e semiresidenziali e domicilio) Identificazione di modelli organizzativi e percorsi integrati in grado di garantire la continuità tra i vari setting. Definizione di modalità di monitoraggio degli esiti attraverso strumenti di valutazione multidimensionali e criteri validati.	Risultato atteso Contribuire alla realizzazione del modello di rete integrata attraverso la partecipazione di professionisti esperti al tavolo di lavoro regionale permanente sull'anziano fragile, coordinato da un rappresentante della DCS
Azioni ed interventi: Partecipazione alle attività del tavolo regionale	
Piano demenze	
Obiettivo Aziendale Partecipare all'attuazione del "Piano nazionale demenze" di cui all'Accordo n. 135 del 30/10/2014	Risultato atteso In base alle indicazioni e programmi che verranno definiti dalla Regione, AAS5: 1. entro il 31/3/2018 individua e comunica alla DCS il nominativo e recapito del Referente aziendale per la partecipazione; 2. Partecipa all'attuazione del "Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze" (accordo n. 135 del 30 ottobre 2014).
Azioni ed interventi: Entro il 31 marzo 2018 ogni azienda individua e comunica alla Direzione centrale il nominativo e recapito di un referente sulla tematica	

3.5.2 Disabilità	
Raccordo con la programmazione precedente: L'AAS5 con propri referenti ha partecipato anche nel 2017 ai lavori del tavolo regionale sulla disabilità, promosso dalla DSC che ha visto tra gli esiti anche l'elaborazione di uno strumento per la valutazione delle persone con disabilità omogeneo a livello regionale, oltre che la puntuale ricognizione di tutti i servizi ed interventi per la disabilità a livello territoriale e quindi regionale.	
Obiettivo Aziendale 1. Completare l'attività di valutazione delle condizioni di vita (in particolare per le problematiche di tipo sanitario) già avviata nel 2017 per gli utenti in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali. 2. Sperimentare in alcuni setting residenziali specifici le disposizioni ministeriali in materia di finanziamento e compartecipazione alla spesa. 3. Sostenerne un maggior coinvolgimento dei DSM e dei servizi territoriali in genere nella valutazione e presa in carico delle persone adulte con disabilità intellettive o disturbi dello spettro dell'autismo. 4. Valutare l'opportunità di reinserire i disabili ad oggi accolti in strutture fuori Regione nel contesto dei servizi offerti dal territorio regionale, attraverso l'utilizzo della quota di risorse prevista nella mobilità interregionale.	Risultato atteso 1. AAS5 provvede alla valutazione per gli aspetti sanitari di almeno l'60% degli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità, secondo le modalità approvate dalla Regione. 2. Sperimentazione tariffaria in applicazione del DPCM 12 gennaio 2017 nelle strutture operanti in convenzione ex art. 26 L. 833/78 per la gestione dei servizi socio-assistenziali residenziali e semiresidenziali per disabili gravi e gravissimi di cui all'articolo 9 comma 18 della legge regionale 4 agosto 2017, n. 31. 3. Formalizzazione di un accordo con gli Enti gestori dei servizi, che espliciti le modalità di coinvolgimento dei DSM nella valutazione e presa in carico delle persone adulte con disabilità intellettiva o disturbi dello spettro dell'autismo. 4. L'EMDH valuta i criteri di appropriatezza per il reinserimento dei disabili ad oggi accolti in strutture fuori Regione nel contesto dei servizi offerti dal territorio regionale
Azioni ed interventi: 1) Prosecuzione del percorso di valutazione avviato nel corso del 2017, con somministrazione delle schede dello strumento adottato a livello regionale sia per la parte sociale che sociosanitaria e sanitaria. 2) La sperimentazione si realizzerà anche in altri setting tenuto conto degli indirizzi in tema di compartecipazione degli utenti al costo dei servizi assunti dalla Conferenza dei Sindaci dell'AAS con l'Atto -di Delega 2018-2020. 3) Nel corso del 2018 si attuerà, anche con percorsi di formazione sul campo, la collaborazione tra Direzione dei Servizi sociosanitari e DSM per quanto riguarda l'analisi delle persone adulte con disabilità intellettiva e comorbidità psichiatrica. 4) L'EMDH valuterà i criteri di appropriatezza per il reinserimento dei disabili ad oggi accolti in strutture fuori Regione nel contesto dei servizi offerti dal territorio regionale, attraverso l'utilizzo della quota di risorse prevista nella mobilità interregionale. In esecuzione dell'Atto di Delega 2018-2020 approvato dalla Conferenza dei Sindaci dell'AAS5 il 27/12/17, si darà seguito alla realizzazione di un processo articolato sulle transizioni delle persone con disturbi neuropsichici (anche in presenza di comorbidità con disabilità intellettiva) dalla NPIA e/o PLS ai servizi per l'età adulta (DSM, MMG, Direzione dei servizi sociosanitari – area disabilità)	

Fondo gravissimi**Raccordo con la programmazione precedente:**

In data 21/3/2017, raccolte le varie informazioni da parte dei Distretti sociosanitari e Dipartimenti, è stato inviato il materiale richiesto, a seguito delle disposizioni contenute nel decreto interministeriale di ripartizione del Fondo nazionale non autosufficienze 2016 (art. 3), con l'analisi delle voci di dettaglio previste dal decreto DPReg 247/2009:

Riferimento	Criterio A	Criterio B	Criterio D	Criterio E	Criterio G	Totale
Distretto Nord	15	6	2	49	10	82
Distretto Sud	1	6	2	38	7	54
Distretto Est	1	0	0	23	6	30
Distretto Ovest	3	4	5	61	21	94
Distretto Urbano	5	3	5	30	23	66
TOTALE DISTRETTI	25	19	14	201	67	326

Criterio A: persone in coma

Criterio B: persone con ventilazione assistita a domicilio

Criterio D: persone con lesioni spinali C1-C5

Criterio E: persone con patologia neurologica

Criterio G. persone con grave disabilità comportamentale e Disturbi Spettro Autistico

Obiettivo Aziendale

Continuare nella attività di accertamento e segnalazione ai sensi del DPreg. 247/2009

Risultato atteso

AAS5, con la collaborazione tra Distretti sanitari e Servizi sociali dei Comuni, garantisce l'attività di accertamento e segnalazione dei casi di gravissima disabilità da fornire alla DCS secondo le indicazioni del vigente regolamento regionale in materia.

Azioni ed interventi:

Continuità nella rilevazione delle situazioni secondo i criteri indicati dalla normativa di riferimento regionale e nazionale anche con l'obiettivo di dettagliare ed arricchire ulteriormente il profilo di salute delle comunità locali dei Distretti della AAS5.

Ricognizione delle situazioni "gravissime" che non rientrano nei criteri regionali.

Fondo SLA	
Raccordo con la programmazione precedente: Sono proseguite, nel corso del 2017, le valutazioni da parte del personale Distrettuale di tutti i casi noti in accordo con la SC aziendale di Neurologia, identificata tra i presidi certificatori regionali, e con l'Hospice di San Vito al Tagliamento. Il Servizio professionale di Riabilitazione ha garantito le azioni di raccordo con l'Area Welfare e l'inserimento dei dati nel sistema informativo regionale che sostiene le valutazioni. Le valutazioni di fine dicembre hanno interessato complessivamente 16 persone; 11 sono stati casi segnalati (10 quelli in continuità). I casi valutati e non segnalati sono stati 5.	
Obiettivo Aziendale Continuare nella attività di valutazione, raccolta di documentazione e segnalazione indicate nel Regolamento di cui alla DGR 1692/2000.	Risultato atteso AAS5 provvede a continuare le attività di valutazione, raccolta di documentazione e segnalazione dei nuovi casi di SLA e dei casi per i quali si è riscontrato un aggravamento, fornendo all'Ente delegato (Area Welfare) tutta la documentazione necessaria alla valutazione selettiva.
Azioni ed interventi: Proseguire con le valutazioni quadrimestrali di tutti i casi noti garantendo la presa in carico distrettuale in base all'intensità dei bisogni, in accordo con la Neurologia di Pordenone e l'Hospice di S.Vito al Tagliamento. Garantire la trasmissione delle informazioni all'Area Welfare secondo quanto previsto dal regolamento regionale. Proseguire la collaborazione con l'Associazione AISLA FVG per la segnalazione e presa in carico di nuovi casi.	

Vigilanza servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone con disabilità	
Raccordo con la programmazione precedente: Nel corso del 2017, secondo alcune scadenze prefissate ad inizio anno, sono stati condotti dei sopralluoghi di vigilanza e controllo nelle strutture per persone con disabilità sia a gestione diretta che in convenzione.	
Obiettivo Aziendale Proseguire nella attività di vigilanza dei servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone con disabilità, nelle more dell'emanazione del sistema regionale di regolamentazione degli stessi	Risultato atteso AAS5 effettua l'attività di vigilanza e controllo su almeno il 30% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza.
Azioni ed interventi: Entro giugno 2018 e novembre 2018, con sistema a campione e visite senza preavviso, la Direzione dei Servizi sociosanitari (anche in collaborazione con altri Servizi ed uffici aziendali) effettuerà i controlli secondo schemi e check-list adottati allo scopo.	

Dopo di noi	
Raccordo con la programmazione precedente: Il sistema di servizi per le persone con disabilità della provincia di Pordenone hanno già in atto e da diversi anni (in alcuni casi circa 16 anni) esperienze di vita indipendente per persone con disabilità innovative ed alternative a tradizionali forme di residenzialità. Le indicazioni della Legge 112/2016 e successivo decreto ministeriale di attuazione, oltre alle disposizioni della Giunta regionale, sono state recepite nel territorio di competenza elaborando non tanto una serie di progetti, quanto piuttosto un “piano locale per l’abitare sociale” che intende realizzare soluzioni ed interventi diffusi, ma coordinati tra loro, in favore dei beneficiari delle disposizioni normative.	
Obiettivo Aziendale Partecipare attivamente alla realizzazione di quando disposto dalla Regione in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare con la DGR n. 1331 /2017.	Risultato atteso AAS5 partecipa attivamente alla definizione dei percorsi relativi all’abitare inclusivo, in base alle indicazioni regionali.
Azioni ed interventi: L’AAS5, in quanto Ente gestore di servizi per la disabilità ai sensi della LR 41/96 su delega della Conferenza dei Sindaci – Atto di Delega 2018-2020 – è assegnataria di specifici fondi per le azioni di cui alla Legge 112/2016 e DGR 1331/2017. Entro febbraio 2018 si darà avvio al “piano locale per l’abitare sociale” approvato dalla Conferenza dei Sindaci a fine 2017 in esecuzioni delle disposizioni di cui alla legge 112/2016 e DGR 1331/2017 e che declina le linee di indirizzo regionali secondo alcuni macro settori di intervento: <ol style="list-style-type: none"> 1) Percorsi programmati di uscita dal nucleo familiare (anche soggiorni) 2) Percorsi programmati per la de istituzionalizzazione 3) Interventi di supporto alla domiciliarità 4) Programmi di accrescimento, abilitazione, competenze, tirocini 5) Interventi di permanenza temporanea in soluzione abitativa extrafamiliare 6) Interventi di realizzazione di soluzioni abitative innovative 	

Autismo	
Raccordo con la programmazione precedente L’AAS5 è presente nel Tavolo regionale sui disturbi dello spettro autistico con più referenti (DSM, NPIA, Direzione servizi sociosanitari).	
Obiettivo Aziendale Partecipazione dei referenti aziendali al Tavolo tecnico sull’autismo	Risultato atteso Evidenza partecipazione
Azioni ed interventi: <ol style="list-style-type: none"> 1) Partecipazione con propri referenti agli incontri del tavolo regionale sui disturbi dello spettro autistico in età evolutiva. 2) Partecipazione con propri referenti agli incontri del tavolo regionale sui disturbi dello spettro autistico in età adulta, come stabilito nella seduta del 23/12/2017. 3) Adozione a livello aziendale delle linee di indirizzo, buone prassi, indicazioni sperimentali ed innovative che potranno derivare dai lavori dei Tavoli regionali citati. 	

3.5.3 Minori	
Raccordo con la programmazione precedente:	
<p>Sin dall'avvio della programmazione dei Piani di Zona 2013-2015 e i primi PAA, con la conseguente costituzione della Cabina di Regia del PdZ (composta da: Direzione Aziendale, Dipartimenti sociosanitari, Distretti e Servizi sociali dei Comuni della provincia di Pordenone), le modalità di lavoro si sono concentrate su alcune particolari aree di intervento tra cui quella dell'infanzia ed adolescenza, con la costituzione di un Tavolo territoriale ad hoc.</p> <p>È risultato altamente critico il processo di presa in carico dei minori, soprattutto di adolescenti con problematiche socio-sanitarie, che richiedono l'accoglienza in strutture residenziali, particolarmente aggravato dall'assenza in regione di comunità di tipo terapeutico.</p> <p>Sommando gli inserimenti dei servizi specialistici aziendali e dei Servizi sociali dei Comuni, il numero di minori dall'area vasta pordenonese inseriti in comunità fuori Regione è il più alto dell'intero territorio regionale (nel 2016, 51 situazioni su 133 totali di tutta la regione, con un aumento della parte sanitaria aziendale da 13 situazioni nel 2016 a 18 nel 2017).</p> <p>Va ricordato comunque che in assenza di gravi disfunzioni personali, sociali e sociosanitarie, gli interventi riabilitativi e terapeutici anche multidisciplinari ed intensi tendono a mantenere il minore in difficoltà quanto più possibile nei propri ambienti di vita. L'intero processo di approccio a tali situazioni sarà oggetto di revisione, condivisione ed implementazione al fine di evitare possibili disomogeneità operative tra servizi e nei vari contesti territoriali.</p>	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<p>1. Sperimentare i profili di bisogno per la valutazione dei minori presi in carico, revisione e validazione degli stessi e individuazione di strumenti appropriati per valutare tali profili.</p> <p>2. Sperimentare profili di intervento adottando metodologie condivise di approccio ai minori e alle famiglie multiproblematiche</p> <p>3. Rivedere e validare i requisiti di qualità previsti dalle linee di indirizzo regionali per i servizi residenziali che in regione accoglieranno i minori allontanati dalla famiglia di origine anche attraverso la realizzazione di specifiche attività di verifica e controllo presso le stesse strutture.</p>	<p>1. Evidenza dell'acquisizione/condivisione di strumenti appropriati per la valutazione dei profili di bisogno dei minori presi in carico.</p> <p>2.1 Rivisitazione delle modalità attuative degli interventi a favore dei minori e delle famiglie multiproblematiche in relazione ai LEA di cui al D.P.C.M. 12/01/2017. Evidenza dell'avvio di un processo di condivisione metodologica</p> <p>2.2 rivisitazione dei modelli organizzativi ad alta integrazione sociosanitaria in atto (UVMF,gruppi di lavoro...)in stretto raccordo con i Servizi sociali dei Comuni del territorio. Evidenza della rivisitazione dei modelli in atto.</p> <p>3.1. Riduzione del 50% della media degli ultimi tre anni del numero di minori inseriti in strutture residenziali di accoglienza con sede fuori regione;</p> <p>3.2. Riportare il 10% dei minori inseriti in comunità fuori regione nelle comunità regionali;</p> <p>3.3 Introdurre il budget personalizzato, quale strumento funzionale alla realizzazione di percorsi di presa in carico dei minori, in seguito all'adozione delle nuove Linee di indirizzo regionali.</p>

Azioni ed interventi:

1. Analisi condivisa delle situazioni di minori attualmente ospiti di comunità terapeutiche extraregionali, con priorità alle situazioni che nel corso del 2018 raggiungeranno la maggiore età, tramite presentazione dei casi a cura dei rispettivi case manager della NPIA per la discussione, progressiva presa in carico e costruzione di un progetto individuale condiviso da parte dei CSM competenti (il DSM si rende allo scopo disponibile all'illustrazione del modello di intervento per Budget di Salute).

2. Formazione sul campo integrata e condivisa tra servizi (Consultori, Dipendenze, Salute Mentale, Neuropsichiatria Infantile) sulla metodologia di approccio alle famiglie multiproblematiche e definizione dei bisogni, metodologia degli interventi e revisione degli stessi con requisiti di qualità.

3. Condivisione delle metodologie di approccio alla multiproblematicità e ai minori tra Servizi aziendali e Area minori e famiglie delle UTI per la presa in carico integrata dei minori, attraverso la riattivazione dei lavori del tavolo minori con i seguenti obiettivi in particolare:

- a. analisi degli inserimenti in comunità CTRP/CER/Educative dell'ultimo triennio;
- b. individuazione dei nuovi bisogni per attivare successivamente incontri con probabili soggetti gestori di strutture per minori (evidenza degli incontri e dei risultati ottenuti);
- c. definizione di un protocollo con i criteri di inserimento dei minori presso comunità terapeutiche (di varia intensità) sulla base della normativa nazionale (LEA) con evidenza di un documento.
- d. definizione di un modello organizzativo ad alta integrazione sociosanitaria condiviso.

3.5.4. Salute mentale	
Raccordo con la programmazione precedente: Dal 2016 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. Nel 2017 è iniziato un percorso formativo per l'integrazione tra le cure primarie ed il DSM. La NPIA ha sviluppato l'avvio di un Centro diurno.	
<p>Obiettivo Aziendale</p> <p><u>Età adulta</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Migliorare l'integrazione tra cure primarie e specialistiche con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali comuni 2. Definire un percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta <p><u>Età evolutiva</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Attivare le NPIA aziendali in coerenza con i provvedimenti aziendali 2. Avvio delle attività dei Centri diurni NPIA 3. Dopo acquisizione del nuovo gestionale per la salute mentale età adulta ed età evolutiva, e in seguito alla validazione delle funzionalità del gestionale da parte di una Azienda pilota: predisposizione di percorsi codificati e concordati tra le varie strutture coinvolte (Servizi NPIA, PS/Medicina d'Urgenza, reparti di Pediatria, DSM, servizi per le dipendenze, servizi di Emergenza Urgenza) con indicazione di: <ul style="list-style-type: none"> - reparto di accoglienza, - percorso diagnostico terapeutico e di continuità assistenziale con le NPIA territoriali, - responsabilità di presa in carico, - modalità di interazione tra DSM e NPIA nel caso di minori in età adolescenziale 	<p>Risultato atteso</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evidenza di percorsi integrati tra cure primarie e DSM e di interventi formativi 2. Evidenza di percorso aziendale congiunto NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure <ol style="list-style-type: none"> 1. NPIA attivate nelle Aziende 2. Evidenza avvio attività 3. Evidenza dei percorsi formalizzati
Azioni ed interventi: <u>Età adulta:</u> prosecuzione del percorso formativo per l'integrazione tra cure primarie e DSM iniziato nel 2017; condivisione ed applicazione di un protocollo per la fase di transizione delle cure tra NPI e DSM . <u>Età evolutiva:</u> partecipazione di operatori dei CSM e della funzione Disturbi Comportamentali in Adolescenza della SSD del DSM alla organizzazione delle NPIA. Condivisione ed applicazione del documento "raccomandazioni per la definizione dei percorsi di cura delle persone con esordio psicotico o ad alto rischio di psicosi".	

3.5.5. Disturbi del comportamento alimentare	
Raccordo con la programmazione precedente: Nel 2017 è stato stilato un progetto (protocollo) condiviso tra CDA, NPI e Pediatria di Pordenone per la definizione della presa in carico dei DCA adulti e minori distinta per i diversi livelli di intensità (ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale) e dell'organizzazione di attività per post-acuti minori, presso la Pediatria di Pordenone attraverso la realizzazione di un Centro Diurno, in linea con le recenti linee guida ministeriali L'operatività delle attività ambulatoriali è a pieno regime con il completamento della relativa équipe. Con il 2018 inizia l'operatività del Centro Diurno presso la Pediatria dell'OC di Pordenone. I report di attività vengono regolarmente inviati.	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none"> 1. Messa a regime degli ambulatori DCA con la disponibilità di equipe funzionale (DGR 668/2017) 2. Operatività dei Centri Diurni presso ASUITS/Burlo/AAS2 (previo Accordo), ASUIUD, AAS5 3. Operatività dell'Osservatorio epidemiologico 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Operatività degli ambulatori DCA presso ogni Azienda con disponibilità di equipe funzionale 2. Evidenza dell'operatività dei Centri diurni attraverso invio di report di attività 3. Reportistica inviata in DC da parte di Burlo Garofolo per i minori e di ASUIUD per gli adulti
Azioni ed interventi: Operatività dell'ambulatorio DCA presso AAS5 Continuità dell'operatività del Centro Diurno presso la Pediatria dell'Ospedale di Pordenone Evidenza della reportistica di attività	

3.5.6 Cure palliative e terapia del dolore

Raccordo con la programmazione precedente:

I pazienti in carico dalla rete di cure palliative sono sia in fase terminale di malattia (prognosi a meno di 3 mesi) sia pazienti in fase avanzata di malattia che stanno ancora seguendo con l'oncologo una linea di chemioterapia palliativa (prognosi di oltre 6 mesi e minore necessità di intensità assistenziale), sia pazienti in simultaneous care che presentano sintomi da trattare ed una prognosi negativa a lungo termine (segnalati sia dall'oncologo che dal MMG) e che quasi sempre richiedono minore intensità assistenziale.

Inoltre sono seguiti a domicilio quei pazienti per i quali il MMG richiede la consulenza del servizio.

Gli utenti in carico nella rete delle cure palliative, a domicilio, richiedono differenti gradi di intensità assistenziale rappresentata nella tabella riportata di seguito.

Da gennaio 2017 è stato attivato un codice ulteriore per identificare gli utenti che in ADI sono seguiti e inseriti nella rete delle cure palliative.

Sono inoltre considerati gli accessi dei clinici a domicilio registrati con G2 clinico.

UTENTI A DOMICILIO RETE CURE PALLIATIVE – 1° semestre 2017

(non sono stati considerati i casi con durata periodo di assistenza 0 giorni)

LIVELLO ASSISTENZIALE	CASI	% CASI
LIVELLO RICHIESTO $\geq 0,5$	101	38,11%
LIVELLO SECONDO (0,31-0,49)	51	19,25%
LIVELLO PRIMO (0,14-0,30)	74	27,92%
LIVELLO ZERO (0-0,13)	39	14,72%
TOTALE	265	100,00%

Obiettivo Aziendale

ASSISTENZA H12 7 su 7: sono garantite Cure Palliative domiciliari 5 giorni su 7, dalle 9 alle 17, attraverso l'erogazione diretta degli operatori dell'équipe e con reperibilità medico 7 giorni su 7 dalle 8 alle 20 (consulenza telefonica agli assistiti e/o ai Medici dei servizi di continuità assistenziale)

L'accesso alla rete delle cure palliative è effettuato con i criteri approvati dal coordinamento regionale

Gli accessi di assistenza domiciliare per cure palliative sono registrati nel sistema informativo con codifica ICD9

Adottare come indicatore della tempistica di presa in carico dalla rete di cure palliative il numero di pazienti presi in carico in base al tempo intercorso tra il momento della segnalazione e la presa in carico:

- Entro 1 giorno dalla segnalazione
- Tra 1 e 2 giorni dalla segnalazione
- Tra 2 e 3 giorni dalla segnalazione
- Oltre 3 giorni dalla segnalazione

CIA (coefficiente di intensità assistenziale) dell'assistenza domiciliare a favore dei pazienti terminali presi in carico dalla rete delle cure palliative

Risultato atteso

Assistenza garantita H12 7 giorni su 7

Entro il primo semestre 2018, verranno adottati i criteri di accesso alla rete delle cure palliative approvati dal coordinamento regionale

Gli accessi domiciliari per cure palliative riportano sempre, oltre la codifica della malattia principale, la codifica V 66.7 (cure palliative)

La sommatoria dei malati presi in carico entro 1 giorno, entro 2 giorni ed entro 3 giorni deve essere superiore o uguale all'80%

Mantenimento dei parametri anno 2017

<p>Percentuale di malati oncologici deceduti fuori dall'ospedale</p> <p>Criteri di priorità della visita algologica</p> <p>Entro il 2018 il sottogruppo di terapia antalgica del coordinamento regionale presenta una proposta di codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica uniforme su tutto il territorio regionale.</p> <p>Monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali</p> <p>Attivazione della reperibilità algologica nelle ASUI e AAS sedi di centro hub</p>	<p>Uguale o superiore al 50%</p> <p>Entro il primo semestre 2018, verranno adottati i criteri di priorità della visita algologica</p> <p>Partecipare con propri Referenti all'elaborazione della proposta</p> <p>Trasmissione report alla DCS</p> <p>Entro il 2018 i centri hub assicurano reperibilità algologica H24 7 giorni su 7</p>
<p>Azioni ed interventi:</p> <p>Mantenimento delle attività H12 7 giorni su 7</p> <p>Incontri formativi con gli UDMG</p> <p>Comunicazione e informazione della nuova codifica per gli accessi domiciliari per cure palliative (codifica V 66.7)</p> <p>Nel corso del 2017 sono state eseguite le attività finalizzate al monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni di terapia del dolore. in attesa della definizione regionale della nuova codifica delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero, sono state definite le agende informatizzate per la gestione delle prestazioni di terapia antalgica nel setting ambulatoriale.</p>	

3.5.7. Consulori familiari	
Raccordo con la programmazione precedente: vedi linea 3.2.1 Tutela della salute della donna	
Obiettivo Aziendale Implementare il percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica Implementare l'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio in tutte le Aziende Implementare percorsi aziendali per la donna in età post fertile	Risultato atteso Evidenza dell'attivazione del percorso Evidenza del servizio attraverso report con dati relativi al 2018 Evidenza dei percorsi attraverso report di attività
Azioni ed interventi: - Viene garantita la partecipazione dei rappresentanti aziendali ai lavori del Comitato percorso nascita Regionale; si procederà al consolidamento del percorso sperimentale già attivato sulla gravidanza fisiologica con responsabilizzazione diretta delle ostetriche, attraverso: prosecuzione della formazione aziendale per tutti i distretti; condivisione del protocollo con tutto il personale interessato, compresi gli specialisti ginecologi convenzionati (Sumai). - I punti nascita, al momento della dimissione, fissano per tutte le donne l'appuntamento in CUP WEB per la "Valutazione in puerperio di mamma e neonato" da parte dell'ostetrica del Consultorio di residenza-riferimento - Produzione di un protocollo aziendale (ospedale-territorio, compresi MMG) descrittivo dei percorsi aziendali per la donna in età post fertile (entro Giugno 2018). I Consulori riservano appuntamenti per questo target di utenza, secondo quanto previsto nel protocollo, nell'agenda CUP WEB.	

3.5.8 Sanità penitenziaria	
Raccordo con la programmazione precedente: Dal 2014 l'erogazione della assistenza sanitaria a favore dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari è transitata dall'amministrazione penitenziaria all'azienda sanitaria. La regione ha individuato in capo al Distretto sanitario competente per territorio la gestione e la referenza per la sanità penitenziaria. Tuttavia nei primi 3 anni la sanità penitenziaria è stata governata dalla Direzione Sanitaria per meglio favorire il trasferimento di funzioni e l'integrazione con servizi aziendali già attivi in carcere (DSM, DDD, DP) e in considerazione di un possibile trasferimento della sede del carcere ad altro Distretto (che però si realizzerà in tempi estremamente più lunghi di quanto inizialmente previsto). Nel corso del 2018 si completerà il passaggio di tutte le funzioni vicariate dalla direzione sanitaria al Distretto Noncello, come previsto da atto aziendale.	
Obiettivo Aziendale Dare continuità ai lavori dell'Osservatorio regionale per la sanità penitenziaria	Risultato atteso AAS5 partecipa con propri Referenti ai lavori dell'Osservatorio
Azioni ed interventi: Completare il passaggio delle funzioni di sanità penitenziaria al Distretto Noncello. Garantire la partecipazione agli incontri dell'Osservatorio regionale permanente della sanità penitenziaria. Applicazione del protocollo per la prevenzione dei suicidi nel carcere. Riorganizzazione dell'assistenza primaria e specialistica nel carcere.	

3.5.9. Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari	
Raccordo con la programmazione precedente: 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. È stato dato avvio alla progettazione della struttura Nell'ottobre 2016 è stato consegnato in Direzione Centrale il progetto "nuova REMS/ CSM 24h di Maniago". Con decreto 348 del 17.06.2016 è stata attribuita al responsabile della SS del DSM di Spilimbergo tra le altre la funzione di gestione della REMS di Maniago.	
Obiettivo Aziendale Dare continuità al programma di superamento degli OPG	Risultato atteso Proseguimento dell'attività REMS.
Azioni ed interventi: La REMS provvisoria di Maniago prosegue regolarmente la sua attività. Il progetto di edificazione della REMS definitiva sta attraversando l'iter amministrativo previsto.	

3.5.10. Dipendenze si rinvia alla linea 3.2.6

3.6 PROGETTI CLINICO ASSISTENZIALI

Linea 3.6.1. Insufficienze d'organo e trapianti	
<u>Raccordo con la programmazione precedente</u>	
<p><u>Cuore</u> Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni) - nella provincia di Pordenone nel 2017 è 188,76 per 100.000 residenti (valore medio regionale 2017 di 214,43 – fonte Bersaglio)</p>	
<p><u>Rene</u> I pazienti in emodialisi su totale pazienti trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale. Al 31.12.2017 in provincia di Pordenone - 181 pazienti in emodialisi/400 totali = 45,25% (valore regionale 2016 55,71%).</p>	
<p><u>Pancreas</u> Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti Nel 2017 in provincia di Pordenone : 29.89 per 1.000.000 residenti (valore medio regionale 2017 di 30,08 x milione – fonte Bersaglio).</p>	
<p><u>Polmone</u> Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni) Nel 2017 in provincia di Pordenone: 39.53 per 100.000 residenti (valore medio regionale 2017 del 66,99 per 100.000 residenti – fonte Bersaglio).</p>	
<p><u>Occhi</u> Dal 1.01.2017 al 31.08.2017 13 prelievo di cornee da donatore a cuore fermo e 7 prelievi di cornee da donatore multi organo. Nel 2017 risultano 79 trapianti di cornea</p>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<u>Cuore</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1 Avvio dei lavori della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito. 2 Riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni, portandolo sotto il valore di 200
<u>Rene</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1 Mantenimento dei pazienti in emodialisi al di sotto del 50% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale). 2 Evidenza della presenza dei dati a sistema (G2) propedeutici al monitoraggio dei tempi di iscrizione in lista di trapianto in accordo con quanto definito nel PDTA trapianto di rene 3 Potenziamento del programma Trapianti di rene con riduzione dei Tempi di iscrizione in lista (differenza tra inserimento in donor manager T3 e raccolta del consenso all'avvio dell'iter per l'inserimento in lista T0 < 6 mesi almeno nel 75% dei casi che hanno dato il consenso)
<u>Fegato</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1 Formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale a valenza regionale. 2 Individuazione e segnalazione pazienti per la iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD, di almeno 10 pazienti nell'anno 2018.
<u>Pancreas</u>	Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo al di sotto di 28 casi per milione di residenti.
<u>Polmone</u>	1 Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo al di sotto del 52 per 100.000 residenti di 50-74 anni.

	<p>2 Formazione di 3 infermieri per ogni distretto sanitario per la gestione integrata con le Pneumologie di riferimento dell'ossigenoterapia domiciliare e realizzazione di almeno un intervento formativo aperto anche al personale di AAS2 e AAS3</p> <p>3 Formazione di 2 fisioterapisti per distretto, da parte delle Pneumologie di riferimento, finalizzata alla riabilitazione respiratoria ambulatoriale e domiciliare e realizzazione di almeno un intervento formativo aperto anche al personale di AAS2 e AAS3</p> <p>4 Attivazione di un team multiprofessionale dedicato alla riabilitazione respiratoria per pazienti ricoverati</p>
Occhi	<p>1 Potenziamento dei volumi di donazione cornee (+10% delle donazioni 2017)</p> <p>2 Aumento del numero di trapianti di cornea (almeno 110 in regione)</p>
Donazione d'organi	<p>1 Formalizzazione del protocollo per prelievo d'organi da paziente con accertamento del decesso con criteri cardiologici.</p> <p>2 Formalizzazione del protocollo per la donazione multi-tessuto.</p>

Linea 3.6.2. Emergenza urgenza	
<u>Raccordo con la programmazione precedente</u>	
<u>Trauma</u>	
L'indicatore da Piano Nazionale Esiti: Percentuale di pazienti con età > 65 anni con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48h nel 2017 è stata pari al 76,9%, presso l'Ospedale di Pordenone, mentre nell'Ospedale di San Vito/Spilimbergo detta percentuale si attesta al 61,9%	
<u>Pronto soccorso ed emergenza urgenza</u>	
L'indicatore (Bersaglio C16.2) riguarda la percentuale di pazienti con codice verde visitati entro un'ora. Nel 2017 il dato aziendale è stato del 57,6%, presso l'Ospedale di Pordenone, mentre nell'Ospedale di San Vito/Spilimbergo detta percentuale si attesta al 70,06%. (media regionale 2016 del 64,06% - fonte Bersaglio)	
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. Nel 2017 il dato aziendale è stato del 80,57%, presso l'Ospedale di Pordenone, mentre nell'Ospedale di San Vito/Spilimbergo detta percentuale si attesta al 73,5%. (media regionale 2016 del 76,82% - fonte Bersaglio)	
<u>Ictus</u>	
Al 30.11.2017 sono state effettuate 75 trombolisi.	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<u>Ictus</u>	<p>1. Mantenimento dell'attività di trombolisi endovenosa/ endoarteriosa a 65 casi/anno presso AAS5</p> <p>2. Misurazione dei tempi intercorrenti fra <i>triage in pronto soccorso</i>, <i>alertamento-TAC</i> e <i>TAC-trombolisi venosa</i> (implementazione dei campi informatici necessari a elaborare i dati specifici) con riduzione del 20% tempo complessivo <i>triage in pronto soccorso- trombolisi</i> per le strutture che hanno tempi > 1 ora; l'obiettivo è raggiunto anche per riduzioni percentuali inferiori purché il risultato sia < 1 ora.</p> <p>3. Presenza nella documentazione clinica della scala Barthel Index e della Rankin Scale modificata, compilata all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale (almeno l'85% degli episodi di ricovero con DRG 14 o codici ICD-9-CM relativa a: 430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3 (afasia)). Qualora sia attivo lo strumento informatico l'Azienda è tenuta all'uso dello stesso anche ai fini del</p>

	<p>monitoraggio del dato richiesto, diversamente l'Azienda è tenuta alla trasmissione alla DCS di un report per ogni semestre condotto su un campione di cartelle cliniche.</p> <p>4. Comunicazione alla cittadinanza: produzione di un opuscolo/volantino da mettere a disposizione nelle sale d'attesa dei MMG e degli ambulatori specialistici per informare la popolazione sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi gli interventi terapeutici in caso di ictus.</p>
<u>Emergenze cardiologiche</u>	<p>1. Avvio dei lavori della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito.</p> <p>2. Misurazione del tempo intercorrente fra l'effettuazione dell'ECG sul territorio e l'inizio della procedura in emodinamica (implementazione dei campi informatici necessari a elaborare i dati specifici).</p> <p>3. Comunicazione alla cittadinanza: produzione di un opuscolo/volantino da mettere a disposizione nelle sale d'attesa dei MMG e degli ambulatori specialistici per informare la popolazione sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi gli interventi terapeutici in caso di infarto</p>
<u>Trauma</u>	<p>1. Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero.</p> <p>2. Riduzione del 20% dei tempi di trattamento di tutta la traumatologia (differenza fra giorno/ora di ricovero e giorno/ora di intervento – rapporto tra 2017 e 2018).</p> <p>3. Formalizzazione della rete trauma</p>
<u>Pronto soccorso ed emergenza urgenza</u>	<p>1. Aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub)</p> <p>2. Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub)</p> <p>3. Revisione e confronto interaziendali della gestione clinica per 5 eventi patologici acuti frequenti.</p>
<u>Centrale operativa 118</u>	<p>1. Utilizzo del dispatch almeno nel 75% degli interventi di soccorso.</p> <p>2. Monitoraggio dei tempi della SORES (attesa per la risposta, invio mezzo di soccorso, arrivo mezzo di soccorso e comunicazione dei dati rilevati al CREU)</p> <p>3. Monitoraggio di conformità dei mezzi di soccorso con report da presentare al CREU entro l'ultima riunione del 2018</p> <p>4. Monitoraggio della formazione delle figure professionali, anche degli Enti in convenzione, sulla base dei profili di competenze individuati. Per il 2018, monitoraggio delle competenze degli infermieri che prestano servizio nelle ambulanze ALS e dei medici che prestano servizio in automedica e in elisoccorso con report da presentare al CREU entro settembre 2018.</p> <p>5. Uniformità delle procedure di soccorso su tutto il territorio regionale tramite parere del CREU e diffusione successiva alle AAS/ASUI</p>

Linea n. 3.6.3 Reti di patologia	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Malattie rare	<ol style="list-style-type: none"> 1. Produrre entro il 31 dicembre 2018 almeno 1 percorso assistenziale, oltre a quello previsto per il 2017; 2. Alimentare il registro regionale di cui al DM 279/2001 (aggiornamento dati del registro con inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2018 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema)
Malattie reumatiche	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoraggio dell'applicazione dei percorsi assistenziali già formalizzati; 2. Evidenza, nel sito aziendale dei medici reumatologi aggregati alle medicine interne e di quelli appartenenti ai servizi 3. Elaborazione dei percorsi assistenziali per l'artrite psoriasica e per l'artrite reumatoide. 4. Imputazione, su un'apposita scheda in G2 clinico, delle informazioni richieste all'atto della prescrizione dei farmaci biologici, secondo le indicazioni fornite dalla DCS.
Insufficienza cardiaca cronica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avvio dei lavori della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito.

Linea 3.6.4. Materno-infantile	
Raccordo con la programmazione precedente Parti con taglio cesareo (indicatore Bersaglio): nel 2017: 15,9% (valore medio regionale 2017 pari a 16,01% - fonte Bersaglio). Parti indotti farmacologicamente: nel 2017: 23,46% (valore medio regionale 2017 pari a 19,2% - fonte Bersaglio).	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Riorganizzazione delle attività in ambito pediatrico	Si rinvia al capitolo introduttivo punto 7. I PROGETTI DI COLLABORAZIONE INTERAZIENDALI
<u>Gestione gravidanza fisiologica</u> Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica	Evidenza dell'attivazione del percorso
<u>Riduzione parti cesarei depurati (NTSV)</u>	Mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totali dei parti depurati
<u>Riduzione parti indotti farmacologicamente</u>	I parti indotti farmacologicamente devono essere ridotti al di sotto del 22%
Azioni e interventi Accordo con IRCCS "Burlo Garofolo" I punti nascita, al momento della dimissione, fissano (consegnandone la data) per tutte le donne l'appuntamento in CUP WEB per la "Valutazione in puerperio di mamma e neonato" da parte dell'ostetrica del Consultorio di residenza-riferimento entro 10gg dal parto.	

Linea 3.6.5 Sangue ed emocomponenti	
Raccordo con la programmazione precedente Al 22/12/2017 sono state raccolte 13.508 unità di sangue intero per l'autosufficienza Regionale e Nazionale e 6.953 Litri di plasma per il frazionamento industriale.	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Contributo all'autosufficienza regionale e nazionale	-Partecipazione alle attività di raccolta sangue e plasma destinato al frazionamento industriale. (pari a 26.500 kg in regione, con un contributo non inferiore alla percentuale di popolazione attiva alla donazione (18-66 anni))
Sicurezza ed appropriatezza trasfusionale	- Partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza trasfusionale. - Mantenimento della attività del Cobus
Azioni e Interventi: Partecipazione alle attività regionali Riorganizzazione delle attività di raccolta in coerenza alle indicazioni del Coordinamento Regionale Evidenza dell'attività di autovalutazione.	

Linea 3.6.6. Erogazione livelli di assistenza	
Raccordo con la programmazione precedente	
<u>Tasso di ospedalizzazione</u>	
Stima 2017= 125 per mille	
<u>Ricoveri in Day Hospital medico con finalità diagnostica</u>	
Questo indicatore (Bersaglio) riguarda la percentuale di ricoveri in Day Hospital medico con finalità diagnostica, distinto per gli adulti e per i pediatrici.	
<u>Dati 2017</u> : 18,66% per gli adulti e 66,29% per i pediatrici.	
(valore medio regionale del 2017 di 28,51% per gli adulti e 54,24% per i pediatrici - fonte Bersaglio)	
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).	
<u>Ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni</u>	
L'indicatore riguarda la percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni.	
<u>Dati 2017</u> : 2,69 %	
(valore medio regionale 2017 di 4,81% - fonte Bersaglio).	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Monitoraggio coordinato degli indicatori per valutare efficienza ed efficacia della cure	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riduzione del tasso di ospedalizzazione al 122,5 x mille 2. Riduzione dei numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 28% per gli adulti e del 42% per i pediatrici 3. Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni portandola al di sotto del 4% 4. Recupero di almeno il 25% della fuga extra-regionale di ricovero e di specialistica ambulatoriale rispetto ai dati 2015

Linea 3.6.7 Rete Cure Sicure FVG	
Obiettivo aziendale Strutturazione Rete Cure Sicure	Risultato atteso <ul style="list-style-type: none"> - completamento della formazione dei <i>link professional</i>; - valutazione semestrale, tramite indicatori clinici - pubblicazione delle informazioni, relativamente alla relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto; pubblicazione nel sito internet aziendale dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, gestione e prevenzione del rischio sanitario); - prosecuzione delle linee di lavoro per garantire la sicurezza ed appropriatezza nell'uso del farmaco: - prosecuzione delle attività atte al controllo e prevenzione delle infezioni e progetto regionale di <i>antimicrobial stewardship</i>: - diffusione dei dati sullo stato nutrizionale emersi dalla <i>survey</i> 2017 e implementazione di strategie condivise sulla nutrizione e sull'idratazione dei pazienti; - effettuazione dell'autovalutazione CARMINA e miglioramento di un'area attraverso l'implementazione di un almeno uno standard minimo; - prosecuzione delle attività di <i>empowerment</i> dei pazienti sulle tematiche del rischio mediante la valutazione dell'utilizzo del modulo di "<i>integrazione della lettera di dimissione</i>" e avvio di azioni di miglioramento. <p>Consumo di guanti chirurgici e NON chirurgici in lattice : raggiungere un rapporto dei guanti NON chirurgici lattice/nitrile o vinile inferiore al 15%. Per quanto riguarda i guanti chirurgici per l'anno 2018 il rapporto lattice/latex-free dovrà essere al massimo del 30%.</p>
Azioni e Interventi: Partecipazione ai tavoli regionali Avvio e/o prosecuzione delle attività relative alle diverse linee di intervento	

Linea 3.6.8 Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	
Obiettivo aziendale Strutturazione Rete HPH	Risultato atteso <ul style="list-style-type: none"> - Individuare un Coordinatore HPH, che farà anche parte del Comitato HPH regionale (entro febbraio) - Attivare il Comitato guida aziendale (entro novembre)
Azioni e Interventi: Partecipazione ai tavoli regionali	

3.7 RAPPORTO CON I CITTADINI

Linea n. 3.7.1 Tempi di attesa

<p>Raccordo con la programmazione precedente</p> <p>Si rinvia al capitolo introduttivo punto 3. DIPARTIMENTO ASSISTENZA OSPEDALIERA (DAO) – Tempi di attesa</p>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Rispettare i tempi d’attesa per la specialistica ambulatoriale e i ricoveri per interventi chirurgici programmati (<i>Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d’attesa</i>).</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Specialistica ambulatoriale: Assicurare il rispetto dei tempi d’attesa per le % di casi indicate priorità B >95% priorità D >90% priorità P > 85%</p> <p>Ricoveri per interventi: priorità A 95% priorità B, C, D 90%</p>
<p>1. Monitorare i tempi d’attesa</p> <p>2. Configurare le agende dell’AAS5 e delle strutture private accreditate presenti sul suo territorio per la prenotazioni on-line.</p> <p>3. Rispettare il rapporto tra attività libero professionale e istituzionale.</p> <p>4. Sospensione ALPI</p> <p>5. Informatizzare e rendere disponibili a sistema CUP regionale le agende delle prestazioni ambulatoriali.</p> <p>6. Rendicontazione finanziamento attribuito con la legge 7/2009</p>	<p>1. L’Azienda rispetta i tempi per la trasmissione dei monitoraggi regionali e ministeriali (attività istituzionale ed ALPI).</p> <p>2. Le agende sono adeguate alla prenotazione on-line</p> <p>3. Il rapporto tra i volumi erogati è costantemente monitorato in relazione al rispetto dei tempi d’attesa garantiti per l’attività istituzionale.</p> <p>4. a) L’Azienda sospende l’attività intra-moenia ai medici delle strutture che non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni specialistiche libero professionali. b) L’Azienda definisce i criteri in base ai quali sospendere l’attività intra-moenia ai medici delle strutture che non rispettano i valori soglia indicati per gli interventi chirurgici</p> <p>5. Le agende delle prestazioni ambulatoriali sono informatizzate e disponibili a sistema CUP regionale.</p> <p>6. L’azienda rendiconta alla DCS le modalità di utilizzo del finanziamento attribuito con la legge 7/2009</p>
<p>Azioni e interventi</p> <p>Si rinvia al capitolo introduttivo punto 3. DIPARTIMENTO ASSISTENZA OSPEDALIERA (DAO) – Tempi di attesa</p>	

Linea n. 3.7.3 Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver <u>Raccordo con la programmazione precedente</u>	
Si rinvia al capitolo introduttivo punto 3. DIPARTIMENTO ASSISTENZA OSPEDALIERA (DAO) – Rapporto con i cittadini	
Obiettivo aziendale: Abolizione delle limitazioni non motivatamente necessarie (es. effettiva necessità di isolamento) per i care-giver indicati dai pazienti degenti presso le degenze intensive e semi-intensive	Risultato atteso: Nei reparti di TI e TSI è consentita la presenza dei care-giver durante il ricovero.
Azioni e Interventi: Mantenimento delle modalità operative messe in atto nel 2017 e confronto con l'equipe interessata per un aumento delle fasce orarie di accesso del care-giver.	

Linea n. 3.7.4 Presenza del care-giver in corso di visita nei reparti di degenza <u>Raccordo con la programmazione precedente</u>	
Si rinvia al capitolo introduttivo punto 3. DIPARTIMENTO ASSISTENZA OSPEDALIERA (DAO) – Rapporto con i cittadini	
Obiettivo aziendale Possibilità dei pazienti di avere accanto il care-giver al momento della visita medica o dell'esecuzione delle procedure assistenziali.	Risultato atteso Presso le degenze ordinarie i pazienti possono avere accanto a sé un care-giver al momento della visita medica o dell'esecuzione delle procedure assistenziali
Azioni e Interventi: Mantenimento delle modalità operative messe in atto nel 2017	

Linea n. 3.7.5 Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico (recall) <u>Raccordo con la programmazione precedente</u>	
Si rinvia al capitolo introduttivo punto 3. DIPARTIMENTO ASSISTENZA OSPEDALIERA (DAO) – Rapporto con i cittadini	
Obiettivo aziendale Verifica del grado di soddisfazione del cittadino dopo intervento chirurgico programmato	Risultato atteso Somministrazione, entro 5 gg dalla dimissione, ai pazienti dimessi dopo un intervento di chirurgia programmata e svolta in ricovero ordinario, del questionario già utilizzato nel 2017.
Azioni e Interventi: Mantenimento delle modalità operative messe in atto nel 2017	

Linea n. 3.7.6 Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente Raccordo con la programmazione precedente	
Si rinvia al capitolo introduttivo punto 3. DIPARTIMENTO ASSISTENZA OSPEDALIERA (DAO) – Rapporto con i cittadini	
Obiettivo aziendale Informazione del paziente sul medico che ha la responsabilità della gestione del suo ricovero	Risultato atteso I paziente vengono informati sul nominativo del medico responsabile della gestione del loro caso.
Azioni e Interventi: Mantenimento delle modalità operative messe in atto nel 2017	

Linea 3.7.7 Privacy	
Obiettivo aziendale Snellimento delle procedure nel rispetto della privacy. Attivazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE).	Risultato atteso: Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
Azioni e interventi Viene garantita la partecipazione ai tavoli regionali	

Linea 3.7.8 Comitato di Partecipazione Aziendale	
Raccordo con la programmazione precedente: Nel 2016, con Decreto n. 632/2016 è stato costituito il Comitato aziendale di partecipazione, informazione e coinvolgimento dei cittadini nei percorsi di cura, individuato quale strumento per coinvolgere in modo strutturato i cittadini, anche mediante le organizzazioni dei rappresentati, con la finalità di aumentare la consapevolezza, la responsabilità e il controllo della salute individuale e della comunità. Il documento sottolinea il ruolo del cittadino quale titolare del diritto alla tutela della salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie ed assistenziali e nella fruizione dei servizi stessi. A tal fine viene favorita la partecipazione dell'utente, singolo o tramite le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti, alle fasi di programmazione delle attività, valutazione della qualità dei servizi e tutela dei diritti degli utenti. La L.R. 17/2014 all'art.19 definisce i Distretti il centro di "governo" che raccoglie la domanda di salute e di cura dei cittadini.	
Obiettivo aziendale Attuare le indicazioni delle Linee di gestione 2018 attraverso l'individuazione di metodi di condivisione dell'esperienza dei cittadini nei percorsi assistenziali. Prosecuzione dell'attività di coinvolgimento e collaborazione con le Associazioni di utenti e di volontariato nella valutazione dell'esito delle cure.	Risultato atteso Condividere con le Associazioni il metodo di applicazione e monitoraggio dei PDTA. Favorire ed incrementare l'adesione dei MMG per la condivisione di proposte di miglioramento sulla qualità delle cure.
Azioni e interventi - Definire un processo di valutazione condivisa, tra Azienda e Associazioni di riferimento, per verificare il grado di applicazione dei Protocolli Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA). Nel 2018 il processo sarà sperimentato analizzando due PDTA: Malattie Infiammatorie croniche dell'intestino, della Sclerosi Laterale Amiotrofica e delle malattie neurodegenerative. - Attivare un processo di analisi condivisa dei servizi territoriali per la salute dei cittadini nell'ottica del miglioramento organizzativo e relazionale attraverso l'assunzione di impegni reciproci tra AAS5 Medici di Medicina Generale e Cittadini/Utenti/Associazioni.	

4. FLUSSI INFORMATIVI E VALUTAZIONI

Linea n. 4 Flussi informativi e valutazioni	
Obiettivo aziendale: 1. Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) 2. Obblighi informativi e qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali 3. Flussi Ministeriali 4. Programmi di sorveglianza: OKkio alla Salute, HBSC, PASSI, PASSI d'ARGENTO, Obesità in Gravidanza (vedi al capitolo 3.2)	Risultato atteso: 1. La percentuale di SDO archiviate deve essere in media nell'arco dell'anno maggiore o uguale al 98% dei dimessi; Le richieste di apertura delle SDO archiviate non deve superare il 3% delle SDO archiviate. Le anomalie in merito alla qualità della compilazione non devono superare in media il 10% 2. Individuazione del referente aziendale per ogni obbligo informativo; Garanzia della corretta alimentazione dei dati 3. Corretta alimentazione e rispetto dei tempi di invio di tutti i flussi ministeriali di competenza aziendale 4. Proseguimento dei programmi
Azioni ed interventi: Individuazione del referente aziendale per ogni obbligo informativo Proseguimento dei programmi di sorveglianza regionale	

5. IL SISTEMA INFORMATIVO

5. Il sistema informativo	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Servizi on-line per i cittadini	<p>Procedere al consolidamento dei servizi on line per i cittadini con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - potenziamento dell'infrastruttura del servizio di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali con l'uso della ricetta dematerializzata e MIR (medici in rete), nell'ottica della riduzione del tempo di accesso e degli spostamenti dei cittadini; - l'ulteriore estensione del servizio referti on-line per le prestazioni sottoscritte digitalmente; - la consultazione liste d'attesa di tutte le prestazioni erogate, indicando la prima data utile; - lo sviluppo di tecnologie mobility app per i principali servizi on-line sviluppati; - l'estensione della prescrizione specialistica dematerializzata; - la collaborazione allo sviluppo dei temi chiave previsti dalla cd "Sanità digitale" implementando soluzioni informatiche per l'integrazione socio-sanitaria e la continuità della cura; - la collaborazione all'implementazione di soluzioni per la gestione del farmaco all'adesione terapeutica.
Prosecuzione delle attività già avviate	<p>Proseguire nelle attività già avviate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sicurezza fisica e logica/funzionale - sistemi di governo, in particolare con lo sviluppo ed il miglioramento degli strumenti di governo dei fattori produttivi ospedalieri - ricetta dematerializzata da estendere, oltre che alla farmaceutica, anche alla specialistica ambulatoriale, per i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta e gli specialisti convenzionati e dipendenti del Servizio sanitario regionale - Interventi sull'intero sistema ICT del SSR per gli adeguamenti previsti dalla L.R. 17/2014 - avvio della nuova cartella clinica informatizzata con immediata sospensione delle iniziative autonome di implementazione e/o sviluppo delle attuali - revisione/rinnovo del sistema ASCOT e software collegati per la gestione delle attività amministrative - acquisizione di ulteriori licenze con completamento i tutte le aziende dell'implementazione del sistema per la gestione della farmacoterapia
Obbligo dell'utilizzo della firma digitale	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione di indicatori di budget specifici per i diversi prescrittori.

Funzioni rivolte al sistema informativo regionale	
<p>a. Sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. cartella integrata clinico assistenziale: avviamento dell'implementazione presso il sito pilota individuato nell'AAS5. In seguito all'aggiudicazione della gara in corso. 2. potenziamento ed estensione delle integrazioni dei sistemi clinico sanitari. 3. Normalizzazione della gestione delle credenziali e attivazione sistema Single Sign on 4. Aggiudicazione e avvio implementazione della piattaforma per la gestione della ricerca clinica 	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
<p>b. Sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza primaria</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Piattaforma di connessione con la medicina generale 2. Attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico secondo quanto previsto dalla normativa privacy. 3. Avviamento del nuovo sistema di iscrizione ai MMG 4. Pianificazione delle attività di rinnovamento del sistema SIASI 	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
<p>c. Rivisitazione delle procedure gestionali ed amministrative al fine dell'adeguamento alla normativa vigente</p>	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
<p>d. Potenziamento dell'infrastruttura per la Continuità Operativa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Potenziamento delle reti geografiche e locali 2. Razionalizzazione dei data center aziendali 	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
<p>e. Sistema direzione aziendale</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Governo del personale 2. Governo logistico 	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
<p>f. Sistema direzionale regionale</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Data Warehouse gestionale 2. Sviluppo del registro regionale dei dispositivi medici impiantabili. 	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale

5.1. Sistema PACS regionale	
Sistema PACS regionale	<p>a. Estensione sistema PACS ad altre discipline:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Completamento della messa a regime nel settore dell'endoscopia digestiva. - Proseguimento dell'estensione all'intero ambito dell'endoscopia ambulatoriale (broncoscopia, cistoscopia, colposcopia, ...). <p>b. Consultazione/visualizzazione di referti e immagini <u>in situazione emergenziale inter-aziendale</u>;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prosecuzione della messa a regime del caso d'uso negli ambiti clinici previsti dalla programmazione sanitaria regionale. <p>c. Referto multimediale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - collaudo presso un sito pilota della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale in Radiologia - avvio della fase di implementazione della soluzione a livello regionale - estensione agli altri settori clinici in cui è attivo il sistema PACS regionale. <p>d. Potenziamento e ottimizzazione del sistema PACS regionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - potenziamento delle funzionalità elaborative con moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici, secondo motivate richieste aziendali e in coerenza con il progetto regionale di sviluppo dei sistemi informativi ospedalieri.

5.2. Fascicolo sanitario elettronico (FSE)	
Fascicolo sanitario elettronico (FSE) l'implementazione del FSE al 15% della popolazione con un programma da definirsi operativamente entro marzo 2018	- Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
<p>Azioni e interventi</p> <p>1. Servizi on-line per i cittadini</p> <ul style="list-style-type: none"> - è garantita la collaborazione in funzione degli strumenti informatici regionali che saranno messi a disposizione dal SISR <p>2. Prosecuzione delle attività già avviate</p> <ul style="list-style-type: none"> - è garantita la collaborazione in funzione degli strumenti informatici regionali che saranno messi a disposizione dal SISR in particolare il completamento di quanto previsto dalla LR. 17 del 2014 e gli aspetti di sicurezza fisica e logica/funzionale relativa a Data Center, LAN, Infrastruttura di dominio – Asset management e Security. <p>3. Obbligo dell'utilizzo della firma digitale</p> <ul style="list-style-type: none"> - mantenimento dello strumento di firma digitale per applicazioni G2Clinico (referto ambulatoriale e lettera di dimissione di reparto) <p>Funzioni rivolte al sistema informativo regionale</p> <ul style="list-style-type: none"> - viene garantita la partecipazione ai tavoli regionali <p>Sistema PACS regionale</p> <ul style="list-style-type: none"> - viene garantita la partecipazione ai tavoli regionali <p>Fascicolo sanitario elettronico (FSE)</p> <ul style="list-style-type: none"> - viene garantita la partecipazione ai tavoli regionali 	

ADDENDUM: I PROGETTI AZIENDALI

I diversi centri di responsabilità hanno proposto alla Direzione strategica i progetti sotto elencati, la maggior parte dei quali può essere realizzata a isorisorse.

Le proposte saranno oggetto di valutazione e, qualora positivamente accolte, rientreranno negli obiettivi negoziati a budget.

PROGETTI TECNOSTRUTTURE DIREZIONALI			
Linea	Progetto	Obiettivo	Struttura proponente
Linea 3.7 Rapporto con i cittadini	Portare a regime il progetto di comunicazione istituzionale aziendale	Costruire un modello di comunicazione aziendale per sostenere l'informazione, la trasparenza delle attività, la conoscenza dei servizi, la partecipazione e la promozione della salute fisica e psichica	SOC Approvvigionamenti e gestione contratti fornitura beni e servizi
Linea 3.6.4 Materno Infantile e percorso nascita	Gestire il percorso nascita dedicato alle gestanti della BASE USAF di Aviano che accedono ai presidi ospedalieri aziendali	Definire il percorso clinico assistenziale delle gestanti e dei neonati provenienti dalla BASE USAF, con identificazione delle risorse strutturali, tecnologiche e professionali per garantirlo. Definire gli strumenti amministrativi per la sua applicazione.	DMO Pordenone

PROGETTI DAO			
Linea	Progetto	Obiettivo	Struttura proponente
Linea 3.2.1 Tutela della salute della donna	Ospedale amico del bambino. Parto cesareo “dolce”	Nuovo approccio al parto chirurgico con attenzione alla triade madre-neonato-padre	SOC di Ostetricia e ginecologia PN
Linea	Attività di formazione ed aggiornamento indirizzate alla sensibilizzazione sui temi della medicina di genere	Sviluppare e diffondere le conoscenze pertinenti le medicina di genere in una logica inter-dipartimentale	Dipartimento di fisiopatologia cardio-cerebro-vascolare
Linea 3.1.6 Reti di patologia	Istituire un team unico tra Pordenone e S. Vito per la diagnosi ed il trattamento dei difetti della parete addominale, minori e maggiori	Rendere unico l’approccio all’ernie di parete addominale a livello aziendale	SOC Chirurgia PN SOC Chirurgia SV
Linea 3.1.6 Reti di patologia	Istituire un team unico tra Pordenone e S. Vito per la diagnosi ed il trattamento delle neoplasie della mammella	Garantire il servizio ambulatoriale nelle due sedi. Concentrare gli interventi di chirurgia oncologica senologica nella sede di Pordenone	SOC Chirurgia PN SOC Chirurgia SV
Linea 3.1.6 Reti di patologia	Utilizzare nuovi sistemi di comunicazione	Allestire una sala attrezzata per gestire teleconferenze cliniche e riunioni operative a distanza.	SOC Cardiologia PN
Linea 3.1.6 Reti di patologia	Definire e condividere percorsi di cura in cardio-oncologia	Strutturare un PDTA per condividere le strategie diagnostico-terapeutiche e il follow-up nei soggetti affetti da patologie neoplastiche portatori anche di patologie di pertinenza cardiologica	Dipartimento di fisiopatologia cardio-cerebro-vascolare
Linea 3.1.6 Reti di patologia	Individuare e condividere i criteri di invio alla riabilitazione cardiologica ambulatoriale	Produrre documento condiviso per uniformare e applicare i criteri di invio al percorso riabilitativo ambulatoriale	Dipartimento di fisiopatologia cardio-cerebro-vascolare
Linea 3.2.1 Tutela della salute della donna	Ambulatorio per l’endometriosi	Ridurre il ritardo diagnostico Strutturare il team multidisciplinare per la diagnosi, la terapia, il follow-up, il supporto psicologico delle donne con endometriosi	SOC di Ostetricia e ginecologia PN
Linea 3.2.1 Tutela della salute della donna	Implementare l’attività ostetrico-ginecologica presso la sede di Spilimbergo	Attivare l’attività ambulatoriale di ginecologia ed ostetricia e di “isteroscopia in office” presso la sede di Spilimbergo	SOC di Ostetrica e ginecologia SV

PROGETTI DAO			
Linea	Progetto	Obiettivo	Struttura proponente
Linea 3.2.1 Tutela della salute della donna	Sviluppare il PD della donna in età fertile con endometriosi	Promuovere la diagnosi precoce e migliorare la qualità diagnostica in pazienti con diagnosi di endometriosi in attesa di intervento utilizzando la RMN con tecnica dedicata	SOC Radiologia PN
Linea 3.2.3 Screening oncologici	Strutturare lo screening del carcinoma squamoso del canale anale nei soggetti a rischio	Favorire la diagnosi precoce della patologia sull'intero territorio regionale	SOC Chirurgia SV
Linea 3.2.6 Dipendenze	Sviluppare e applicare il percorso per la presa in carico delle richieste dell'Autorità giudiziaria correlate all'accertamento della dipendenza da sostanze	Garantire le determinazioni analitiche laboratoristiche Garantire le valutazioni medico legali nei casi richiesti	Dipartimento Medicina dei Servizi Dipartimento di Prevenzione
Linea 3.3.6 Diabete	PDTA per i bambini ed adolescenti (<18 aa) affetti da Diabete Mellito Tipo 1 (DMT1)	Definire e attuare il PDTA dei bambini con DMT1	SOC di Pediatria e Neonatologia PN
Linea 3.3.6 Diabete	Consolidare la Rete diabetologica aziendale	Implementare percorsi omogenei di accesso alle strutture specialistiche Implementare sistema Server Farm Regionale anche a Pordenone e Sacile	SSD Endocrinologia e malattie del metabolismo
Linea 3.6 Progetti clinico assistenziali	Ridefinire il PDTA patologia vascolare carotidea e piede diabetico	Applicare il PDTA per la terapia medica delle vasculopatie arti inferiori, piede diabetico e TSA in collaborazione con la struttura di Chirurgia Vascolare	SOC Medicina Interna PN e SV SSD Chirurgia vascolare SSD Endocrinologia e malattie del metabolismo
Linea 3.6.2 Emergenza urgenza	Uniformare l'assistenza per le emergenze-urgenze sul territorio dell'AAS5	Incrementare appropriatezza e migliorare gli esiti per le patologiche cardiologiche con outcome tempo dipendente	SOC Cardiologia PN
Linea 3.6.3 Reti di Patologia	Definire e applicare il PDTA della gonalgia non traumatica	Incrementare l'appropriatezza del trattamento della patologia	SOC Medicina Interna PN
Linea 3.6.3 Reti di patologia	Migliorare la gestione clinica delle persone con asma grave	Attivare l'ambulatorio per le persone con Asma grave	SOC Pneumologia

PROGETTI DAO			
Linea	Progetto	Obiettivo	Struttura proponente
Linea 3.6.3 Reti di patologia	Migliorare la gestione dei pazienti pneumologici ricoverati	Attivare un team multiprofessionale dedicato alla riabilitazione respiratoria per pazienti ricoverati	SOC Pneumologia
Linea 3.6.3 Reti di patologia	Percorso scompenso cardiaco: revisione del PDTA cure palliative cardiologiche	Revisione del PDTA cure palliative cardiologiche	Dipartimento di fisiopatologia cardio-cerebro-vascolare SOC Rete cure intermedie - palliative ed Hospice
Linea 3.6.4 Materno Infantile e percorso nascita	Sostegno elaborazione del lutto in area pediatrica	Strutturare un team per aiutare gli operatori coinvolti ad elaborare l'esperienza vissuta e per accompagnare le famiglie dei bambini deceduti	SOC di Pediatria e Neonatologia PN
Linea 3.6.4 Materno-infantile e percorso nascita	Individuare il percorso per assicurare l'accesso alla diagnostica genetica pre-impianto (PGD)	Attivare la procedura diagnostica preimpianto per la valutazione delle anomalie genetiche e cromosomiche negli embrioni prima del loro trasferimento in utero in coppie ad elevato rischio procreativo	SOC Chirurgia e Medicina della Fertilità
Linea 3.6.6 Erogazione dei livelli di assistenza	PDTA oftalmopatia correlata a malattia di Basedow-Graves	Coinvolgere i MMG per la gestione del paziente con oftalmopatia	SSD Endocrinologia e malattie del metabolismo
Linea 3.6.6 Erogazione dei livelli di assistenza	Individuare pacchetti di prestazioni per la diagnostica endocrinologica	Avviare il Day Service endocrinologico	SSD Endocrinologia e malattie del metabolismo
Linea 3.6.6 Erogazione dei livelli di assistenza	Trattare in modo appropriato la patologia tiroidea	Implementare la diagnostica ecografica interventistica per i noduli e cisti tiroidee	SSD Endocrinologia e malattie del metabolismo
Linea 3.6.6 Erogazione dei livelli di assistenza	Strutturare il PDTA per il paziente epatopatico	Migliorare i percorsi ambulatoriali Migliorare l'appropriatezza prescrittiva Ridurre i tempi di attesa	SOC Medicina Interna PN
Linea 3.6.6 Erogazione livelli di assistenza	Avviare e consolidare nuova modalità di erogazione delle prestazioni (Day Service diagnostici)	Riorganizzazione dell'offerta per esami TC in pazienti in attesa di intervento chirurgico e di RMN encefalo e midollo in pazienti con sospetta sclerosi multipla	SOC Radiologia PN
Linea 3.6.7 Rete cure sicure FVG	Comunicare in tempo reale alert organisms, ceppi MDR ed emocolture positive	Migliorare la comunicazione di eventi infettivi critici nel territorio/strutture dell'Azienda	SOC Microbiologia e Virologia

PROGETTI DAO			
Linea	Progetto	Obiettivo	Struttura proponente
	(Critical real time warnings)		
Linea 3.6.7 Rete cure sicure FVG	Organizzare e automatizzare la fase pre-analitica dei test di laboratorio	Ridurre l'errore nella fase pre-analitica attraverso la predisposizione di sistemi automatici di preparazione del set di contenitori per il prelievo.	SOC Laboratorio analisi
Linea 3.7 Rapporti con il cittadino	Condurre l'indagine sulla qualità di accoglienza, comunicazione e preparazione delle persone che accedono agli ambulatori di endoscopia	Migliorare il rapporto con l'utenza e la qualità dei servizi	SOC Chirurgia SV
Linea 5 Il sistema informativo	Implementare il ricorso alla "Radiologia domiciliare"	Sviluppare percorsi diagnostici che assicurino l'integrazione, la continuità e la prossimità della presa in carico dei problemi di salute dei cittadini	SOC Radiologia PN
Linea 5 Il sistema informativo	Gestione flussi utenza nella fase pre-analitica dei test di laboratorio	Migliorare dell'accesso diretto mediante prenotazione attraverso applicativi informatici delle prestazioni di laboratorio	SOC Laboratorio analisi
Linea 5.1 Sistema PACS Regionale	Garantire la messa in rete delle indagini endoscopiche	Acquisire e trasmettere in diretta immagini endoscopiche con possibilità di training sul campo del medico endoscopista che opera a Spilimbergo Formazione e training del personale del Servizio di Endoscopia digestiva dell'ospedale di Spilimbergo	SOC Gastroenterologia

PROGETTI DAPA			
Linea	Progetto	Obiettivo	Struttura proponente
3.6.1 Assistenza ospedaliera prelievo di cornee	Definire e applicare il percorso condiviso tra territorio e ospedale per il prelievo di cornee di pazienti ricoverati in Hospice.	Avvio dell'attività con almeno 5 prelievi di cornee	SOC Rete cure intermedie - palliative ed Hospice
Linea 3.2.6 Dipendenze	Avviare la formazione su ICF dipendenze	Fare una formazione specifica per acquisire uno strumento validato e confrontabile nel tempo.	Dipartimento delle dipendenze
Linea 3.2.6 Dipendenze	Monitorare e favorire l'accesso ai programmi terapeutici alternativi alla detenzione in carcere	Elaborare e applicare strumenti di valutazione e monitoraggio dei programmi	Dipartimento delle dipendenze
Linea 3.3 Assistenza distrettuale	Completare la riorganizzazione del POPS di Maniago	Attuare gli interventi edili impiantistici previsti	Distretto delle Dolomiti Friulane
Linea 3.3 Assistenza distrettuale	Rilevare e monitorare gli eventi avversi in assistenza domiciliare	Definire un sistema di monitoraggio e valutazione degli eventi avversi avvenuti in sede di assistenza domiciliare.	Distretti aziendali
Linea 3.3 Assistenza distrettuale	Riorganizzare i Distretti aziendali coerentemente con la nuova definizione territoriale delle UTI	Garantire il processo di riorganizzazione dei distretti coerentemente con la nuova definizione territoriale delle UTI	Distretti aziendali
Linea 3.5.4 Salute mentale	Migliorare la presa in carico delle persone affette da autismo	Integrazione delle attività cliniche rivolte all'autismo inserendo l'educatore professionale per attività dirette e indirette con i pazienti, per il parent training e il teacher training	SOC NPI

PROGETTI DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE			
Linea	Progetto	Obiettivo	Struttura proponente
Linea 3.5.4 Salute mentale	Definire i percorsi di cura per gli esordi psicotici	Condividere e applicare le raccomandazioni per la definizione dei percorsi di cura delle persone con esordio psicotico o ad alto rischio di psicosi	DSM, NPI, DD, Distretti
Linea 3.5.4 Salute mentale	Implementare le attività del centro diurno NPIA	Strutturare interventi educativi di tipo intensivi e proposte laboratoriali integrate con soggetti esterni	SOC NPI DSM

PROGETTI DIREZIONE SOCIO SANITARIA			
Linea	Progetto	Obiettivo	Struttura proponente
Linea 3.5.2 Assistenza socio sanitaria/disabilità	Costruire percorsi dedicati ai portatori di disabilità per favorire l'accesso alle cure	Avviare presso il PopS di Sacile il "D.A.M.A." (Disable Advanced Medical Assistance)	Direzione dei servizi socio sanitari
Linea 3.5.2 Assistenza socio sanitaria/disabilità	Avviare il sistema integrato locale per le persone con disabilità	Avviare il sistema articolato e coordinato di interventi e servizi definiti dall'atto di delega dei Sindaci	Direzione dei servizi socio sanitari
Linea 3.5.2 Assistenza socio sanitaria/disabilità	Attuare il Piano territoriale per l'agricoltura sociale	Sperimentare sul proprio territorio la multifunzionalità dell'agricoltura sociale a favore delle persone con disabilità	Direzione dei servizi socio sanitari
Linea 3.5.2 Assistenza socio sanitaria/minori	Riavviare il tavolo aziendale infanzia e adolescenza	Costituire un team aziendale dedicato al settore dell'infanzia ed adolescenza	Direzione dei servizi socio sanitari
Linea 3.5.2 Assistenza socio sanitaria/minori	Riavviare il tavolo territoriale comunità	Stipulare un accordo tra i servizi aziendali ed i servizi sociali dei comuni per gli inserimenti in comunità terapeutiche per i minori	Direzione dei servizi socio sanitari
Linea 3.5.2 Assistenza socio sanitaria/minori	Implementare i lavori del tavolo aziendale di sviluppo di comunità	Promuovere iniziative, eventi, progetti di welfare di comunità nei quartieri coinvolti in collaborazione con il Comune di Pordenone	Direzione dei servizi socio sanitari

6. GLI INVESTIMENTI

PREMESSA GENERALE

- come previsto dalla DGR n. 2550/2016 “L.R. 49/1996, art. 12 - Linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l’anno 2017: approvazione definitiva”, questa Azienda, con decreto del Direttore Generale n. 604 del 15.09.2017, ha adottato il programma preliminare degli investimenti 2018 e lo ha trasmesso, in pari data, al Nucleo di valutazione degli Investimenti Sanitari e Sociali per il parere di coerenza programmatica e tecnico-economica previsto dall’art. 33, comma 17, della L.R. 10.11.2015, n. 26;
- con DGR n. 1820 del 29.09.2017 “LR 49/1996, art. 16 e art. 20 programmazione degli investimenti per gli anni 2017/2019”, così come riformata dalla successiva DGR n. 2107 del 26.10.2017, sono stati programmati gli interventi di investimento degli Enti del SSR, con le seguenti finalità per quanto concerne questo Ente:

Finalità	Importo EURO
Rinnovo tecnologico	2.900.000,00
Sacile- Interventi di adeguamento edile impiantistico	4.000.000,00
Rinnovo tecnologico del Nuovo ospedale di Pordenone	7.684.335,26
Programma di odontoiatria sociale – acquisizione beni	50.000,00

- con nota prot. n. 74203 del 23.10.2017 sono stati comunicati alla Direzione Centrale Salute, Integrazione socio sanitaria, Politiche sociali e Famiglia gli interventi di investimento da attivare con le suddette risorse finanziarie;
- con DGR n. 2201 del 17.11.2017 è stato disposto di trasferire a questa Azienda l’importo di € 4.550.000,00 quale finanziamento della prima fase a valere sui seguenti esercizi:

Capitolo 4398 Esercizio 2017	Capitolo 4398 Esercizio 2018	Capitolo 4398 Esercizio 2019
€ 2.294.063,44	€ 1.649.911,52	€ 606.025,04

- è stato, altresì, precisato che il trasferimento della rimanente quota pari a € 10.084.335,26 è rinviato ad atti successivi della Giunta Regionale e comprenderà l’intervento di *Rinnovo tecnologico del Nuovo ospedale di Pordenone* pari a € 7.684.335,26 che dovrà essere successivamente dettagliato e che sarà oggetto di specifico parere del NVISS;
- con decreto n. 1673 del 24.11.2017 è stata disposta la concessione definitiva delle sopraindicate quote sugli esercizi 2017, 2018 e 2019;
- come comunicato in data 29.11.2017 con nota prot. n. 19954/P, il Nucleo di valutazione degli Investimenti Sanitari e Sociali (NVISS) ha formulato il succitato parere di coerenza programmatica e tecnico-economica previsto dall’art. 33, comma 17, della L.R. 26/2015, n. PP2018-AAS5, esprimendo parere favorevole alle proposte formulate da questa Amministrazione nel programma preliminare adottato con decreto del Direttore Generale n. 604 del 15.09.2017, con le seguenti osservazioni:
 - è stata rinviata l’espressione del parere relativamente alle seguenti proposte, che saranno oggetto di una specifica seduta del NVISS di valutazione congiunta con questa Azienda:

- ID3 “Edifici territoriali Sede Distrettuale – Azzano Decimo – Via 25 aprile n. 42 Ampliamento edificio” di importo pari ad € 850.000,00;
- ID10 “Ospedale di San Vito al Tagliamento. Lavori di accreditamento della struttura” di importo pari a € 26.355.752,00;

➤ è stata rinviata l’espressione del parere per le proposte di investimento relative all’elenco degli interventi edili impiantistici, anche già proposte nei Programmi Preliminari degli anni precedenti, per le quali non sono pervenuti i progetti di fattibilità tecnico economica ai sensi della L.R. 26/2015, art. 33, comma 2, lettera a) punto 3;

- Con decreto del Direttore Generale n. 878 del 20.12.2017 è stato approvato in via definitiva l’aggiornamento annuale 2018 del programma preliminare degli investimenti, ai sensi dell’art. 33, comma 6, della L.R. n. 26/2015. Gli investimenti inseriti nel suddetto programma preliminare non sono al momento finanziati e, anche se necessari, non possono essere inseriti nella programmazione degli investimenti;
- Con DGR n. 2667 del 28/12/2017, sono state approvate le linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario e socio sanitario regionale per il 2018 nell’ambito delle quali è previsto che “*gli Enti del SSR adottano gli atti di programmazione per l’anno 2018, secondo le disposizioni della LR 26/2015, in attuazione della citata DGR 1820/2017, come riformata dalla successiva DGR n. 2107 del 26.10.2017, sulla base delle quote finanziarie a essi trasferite con il sopracitato decreto*”.
- Con riferimento al finanziamento complessivo di € 4.550.000,00 trasferito a questa Azienda ai sensi della DGR n. 2201 del 17.11.2017 rientrante nella prima fase è stato deciso il seguente utilizzo:

Esercizio	Importo	Utilizzo
2017	€ 2.294.063,44	Rinnovo tecnologico e Programma di odontoiatria sociale – acquisizione beni (riferimento decreto del Direttore Generale n. 895 del 28.12.2017)
2018	€ 1.649.911,52	- per € 655.936,56 Rinnovo tecnologico; - per € 993.974,96 Sacile- Interventi di adeguamento edile impiantistico
2019	€ 606.025,04	Sacile- Interventi di adeguamento edile impiantistico

- Con DGR n. 561 del 15/03/2018 e successive variazioni con DGR n. 790 e n. 791 del 21/03/2018 sono state assegnate ulteriori quote di finanziamento per i seguenti investimenti:
 - Lavori per realizzazione di elisuperficie HEMS per volo notturno al servizio dell’Ospedale di Pordenone e per adeguamento elisuperficie al servizio dell’ospedale di Spilimbergo, € 140.000,00;
 - Interventi edili-impiantistici e/o acquisizioni di beni e tecnologie per CAP /Medicina di gruppo e servizi territoriali, € 800.000,00;
- Per l’inserimento dei suddetti interventi nella programmazione triennale è necessario procedere preliminarmente ad un aggiornamento del programma preliminare degli investimenti di questa Azienda, da ultimo approvato con decreto del Direttore Generale n. 878 del 20.12.2017, e all’acquisizione del parere di cui all’art. 33, comma 17, della L.R. n. 26/2015 e s.m.i.;

- sulla base delle suddette indicazioni e dell'aggiornamento di precedenti cronoprogrammi finanziari, questo Ente ha predisposto il programma degli investimenti, suddiviso nelle seguenti due sezioni, con indicazione degli interventi finanziati in programma:
 - A) investimenti edili-impiantistici;
 - B) investimenti per acquisizioni di beni mobili e tecnologici.

Viene infine riportato il programma biennale 2018-2019 degli acquisti di beni e servizi redatto ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i. con indicazione delle relative previsioni di spesa.

A) INVESTIMENTI EDILI-IMPIANTISTICI

Si premette che con la prima quota di finanziamento di € 4.550.000,00 trasferita con DGR n. 2201 del 17.11.2017 sono finanziati parzialmente, per un importo di € 1.600.000,00, i lavori di adeguamento edile-impianistico del Presidio Ospedaliero per la Salute di Sacile, per i quali è prevista una spesa complessiva di € 4.000.000,00 che, per la restante parte, sarà finanziata con la seconda fase del finanziamento previsto dalla predetta DGR. Detti lavori potranno essere inseriti nel programma degli investimenti dopo l'approvazione del progetto di fattibilità tecnica ed economica e l'esame dello stesso da parte del NVISS.

In coerenza con la tabella allegata di programmazione triennale 2018-2020 degli investimenti, si dettagliano di seguito i lavori edili-impianistici in programma.

1) **Lavori di accreditamento, III fase, II stralcio, corpo A dell'ospedale di San Vito al Tagliamento. CUP F41B16000240002.**

In relazione alla spesa complessiva finanziata di € 3.900.000,00 sono stati finora spesi € 25.122,24 per la progettazione di fattibilità tecnica ed economica, mentre per la restante parte il cronoprogramma finanziario viene così aggiornato:

Esercizio 2018	Esercizio 2019	Esercizio 2020
€ 100.000,00	€ 1.500.000,00	€ 2.274.877,76

Il progetto preliminare dell'accreditamento dell'ospedale di San Vito al Tagliamento è stato valutato favorevolmente da parte del Nucleo di Valutazione dell'Edilizia Sanitaria e Socio Assistenziale con parere consultivo n. PC 75 – p. 1078 del 30.08.2004. Tale progetto è stato aggiornato ed è stato recepito con decreto del Direttore Generale n. 282 del 26.04.2017, su richiesta del NVISS espressa nell'ambito del parere n. PC164-EDI20001-A5 del 21.12.2016. Come precisato nel sopracitato parere n. PP2018-AAS5 il NVISS valuterà in seguito il progetto preliminare generale aggiornato.

L'insieme degli interventi è stato ripartito in 4 fasi esecutive successive alla prima già eseguita alla data della progettazione preliminare iniziale e denominate II, III, IV e V fase.

La II fase è stata completata, mentre la III fase è stata avviata a seguito di una rimodulazione della progettazione precedente discussa a partire dal 2012 con la Direzione Centrale per recepire le intervenute modifiche delle linee guida regionali e dei requisiti funzionali, normativi e organizzativi.

La rivisitazione della progettazione ha anche riguardato l'utilizzo di innovative metodiche costruttive che ha consentito di rendere effettivamente percorribile l'opera di accreditamento generale mantenendo in funzione l'ospedale, soprattutto in ragione dell'introduzione delle cosiddette torri dissipative che ha permesso di ridurre le zone di interdizione dovute ai cantieri di adeguamento strutturale maggiormente impattanti.

La III fase, nella sua versione revisionata, prevede, oltre al completamento delle nuove sale endoscopiche la cui parte grezza era stata realizzata in occasione della II fase, la completa ristrutturazione ed adeguamento antisismico dell'ala sud attraverso 2 stralci funzionali:

I stralcio, già ultimato, €. 9.365.832,49, comprendente:

- piano primo con destinazioni d'uso per degenza corpo A
- piano secondo con destinazioni d'uso per degenza corpo A
- piano terra con destinazioni d'uso per degenza e ambulatori corpo A

Il stralcio, spesa prevista di €. 3.900.000, comprendente:

- piano terra con destinazioni d'uso per ambulatori, servizi corpo A e collegamenti funzionali al corpo B
- piano rialzato con destinazioni d'uso per ambulatori corpo A;
- piano terzo aree lasciate al grezzo nel corso del I stralcio.

Questo intervento è stato inserito nel programma preliminare 2016 a seguito di approvazione dello studio di fattibilità con decreto del Direttore Generale n. 697 del 30.12.2015.

La previsione di spesa complessiva indicata nel suddetto programma preliminare 2016 in € 3.600.000, è stata successivamente rivalutata in € 3.900.000, anche per l'effetto dell'aggiunta dei lavori al piano terzo.

Successivamente è stato deciso di individuare uno stralcio esecutivo del progetto relativo ai lavori previsti al piano terra per una spesa complessiva di oneri accessori (IVA, spese tecniche) quantificata in € 810.000,00, da appaltare congiuntamente ai lavori già programmati di adeguamento dei locali ad uso fisioterapia, sempre previsti al piano terra (CUP F44E16000350002), data la stretta connessione dal punto di vista tecnico e realizzativo degli interventi, al fine di dar corso ad una progettazione ed esecuzione coordinata e congiunta evitando sovrapposizioni ed interferenze.

Con decreto del Direttore generale n. 281 del 26.04.2017 è stato approvato il progetto di fattibilità tecnica ed economica dei suddetti lavori integrati relativi al piano terra, che ha ottenuto parere consultivo favorevole da parte del NVISS. E' in fase di redazione il progetto definitivo-esecutivo.

2) Lavori di collegamento orizzontale e verticale del corpo B ai piani dell'ospedale di San Vito al Tagliamento. CUP F41B17000030002.

In relazione alla spesa complessiva finanziata di € 1.500.000,00 sono stati finora spesi € 6.978,40 per la progettazione di fattibilità tecnica ed economica generale, mentre per la restante parte il cronoprogramma finanziario viene così aggiornato:

Esercizio 2018	Esercizio 2019	Esercizio 2020
€ 100.000,00	€ 400.000,00	€ 993.021,60

L'intervento in esame prevede le opere di collegamento orizzontale e verticale del corpo B ai piani dell'ospedale che, dopo l'ultimazione dei lavori nel corpo A, consentirà di rendere funzionante il nuovo sistema distributivo generale che dal nuovo ingresso unirà le aree funzionali dell'ospedale. Il nuovo ingresso insieme allo spazio creato dalla corte coperta di progetto costituirà l'area smistamento maxi emergenze come previsto dal piano d'emergenza interno per massiccio afflusso di feriti (P.E.I.M.A.F.). Il piano infatti prevede che il presidio ospedaliero sia dotato in caso di massiccio afflusso di feriti (ad esempio a causa di eventi calamitosi) di un'area per accettare i feriti, differenziare gli ambulatori per codice rosso/giallo e bianco/verde, stabilire percorsi di entrata e uscita dei feriti dal Pronto Soccorso, pertanto si individua in quest'area che sarà baricentrica al sistema distributivo e facilmente accessibile. La nuova HALL si svilupperà a doppia altezza: piano terra e piano ammezzato, l'intervento è compatibile con l'attuale organizzazione funzionale che prevede lungo il perimetro dell'attuale chiostro prevalentemente corridoi di distribuzione. Sia dal punto di vista impiantistico che di prevenzione incendi il progetto si pone in continuità rispetto alle scelte effettuate con le progettazioni precedenti.

Questi lavori verranno appaltati congiuntamente a quelli di adeguamento antisismico di elementi strutturali dell'edificio principale dell'ospedale di San Vito al Tagliamento, relativamente ai quali con decreto del Direttore Infrastrutture e Territorio n. 10256/TERINF del 15.12.2017 è stato concesso un finanziamento di € 2.869.935,31 a seguito dell'Ordinanza del Capo Dipartimento della Protezione Civile n. 171 del 19 giugno 2014, data la loro stretta interconnessione dal punto di vista strutturale ed impiantistico.

3) Presidi ospedalieri di Pordenone, San Vito al Tagliamento e Spilimbergo. Lavori di manutenzione straordinaria per la messa a norma di impianti elettrici. CUP F74E16000510002.

Il cronoprogramma finanziario della spesa complessiva prevista di € 200.000,00 viene così aggiornato:

Esercizio 2018	Esercizio 2019	Esercizio 2020
€ 200.000,00	€ 0,00	€ 0,00

In funzione delle priorità emerse in fase di progettazione, è stato deciso di comprendere nel progetto una serie di interventi finalizzati principalmente al miglioramento della termoregolazione nelle camere di degenza dell'ospedale di Pordenone e all'implementazione dell'illuminazione a led presso gli ospedali di Pordenone, San Vito al Tagliamento e Spilimbergo.

E' stato approvato il progetto esecutivo dei lavori ed è stata avviata la procedura di affidamento dei lavori, la cui esecuzione è prevista nel corso del 2018.

4) Presidi ospedalieri di Pordenone, San Vito al Tagliamento e Spilimbergo. Lavori di manutenzione straordinaria per la messa a norma di impianti meccanici. CUP F74E16000520002.

Il cronoprogramma finanziario della spesa complessiva prevista di € 200.000,00 viene così aggiornato:

Esercizio 2018	Esercizio 2019	Esercizio 2020
€ 200.000,00	€ 0,00	€ 0,00

In funzione delle priorità emerse in fase di progettazione, è stato deciso di comprendere nel progetto una serie di interventi di manutenzione straordinaria di impianti meccanici presso gli ospedali di Spilimbergo e San Vito al Tagliamento, finalizzati alla messa in sicurezza di alcuni impianti ammalorati, alla messa in sicurezza sismica di alcune apparecchiature tecniche ed alla messa in sicurezza dei punti di approvvigionamento gas metano a servizio delle centrali tecnologiche.

E' stato approvato il progetto esecutivo dei lavori ed è stata avviata la procedura di affidamento dei lavori, la cui esecuzione è prevista nel corso del 2018.

5) Presidi ospedalieri di Pordenone, San Vito al Tagliamento e Spilimbergo. Lavori di manutenzione straordinaria per la messa a norma di strutture. CUP F74E16000530002.

In relazione alla spesa complessiva finanziata di € 200.000,00 sono stati finora spesi € 13.123,52 per la progettazione di fattibilità tecnica ed economica generale e alcuni lavori propedeutici di bonifica amianto presso il padiglione B, mentre per la restante parte il cronoprogramma finanziario viene così aggiornato:

Esercizio 2018	Esercizio 2019	Esercizio 2020
€ 186.876,48	€ 0,00	€ 0,00

A seguito di un'analisi dei fabbisogni è stato deciso di comprendere nel progetto una serie di lavorazioni di adeguamento funzionale di alcuni locali a seguito di mutate esigenze di utilizzo espresse dalle competenti Strutture sanitarie, presso locali ubicati al Padiglione "B" – 1° piano - mediante ampliamento dell'attuale ambulatorio chirurgico-endoscopico presso "l'Unità Operativa di Fisiopatologia Respiratoria" con inglobamento di un locale limitrofo attualmente adibito a studio medico e presso il Padiglione "A" – 2° piano - area Chirurgia.

I lavori sono stati suddivisi in due stralci esecutivi in considerazione delle diverse tempistiche di intervento collegate anche ad alcune bonifiche di materiali contenenti amianto presenti nelle aree di lavoro. Il primo stralcio riguarda l'area del padiglione B, il secondo quella del padiglione A.

E' stato approvato il progetto di fattibilità tecnica ed economica generale e il progetto esecutivo del 1° stralcio i cui lavori sono in corso.

Si prevede di concludere tutti i lavori in corso d'anno.

6) Lavori di adeguamento a normativa di prevenzione incendi presso l'ospedale di Spilimbergo. CUP F74E17000110001.

Con decreto del Direttore Generale n. 762 del 10.11.2017 sono stati recepiti e trasmessi al NVISS i progetti generali di fattibilità tecnica ed economica dei lavori necessari per il completo adeguamento ai requisiti antincendio previsti dal D.M. 19/03/2015 degli ospedali di Spilimbergo e di San Vito al Tagliamento, per una spesa complessiva prevista, rispettivamente, di € 4.296.593,20 e di € 6.385.739,00.

Nell'ambito dei suddetti interventi di adeguamento è stata al momento finanziata con i fondi di seguito elencati una spesa di € 472.556,80 destinata a lavori presso l'ospedale di Spilimbergo:

- € 445.684,07 con specifico contributo statale destinato alla prevenzione incendi di cui alla DGR 2184 del 18.11.2016;
- € 26.872,73 con fondi regionali.

Il cronoprogramma finanziario prevede l'utilizzo dell'intera quota di contributo regionale nel corso del 2018 per spese di progettazione.

Esercizio 2018	Esercizio 2019	Esercizio 2020
€ 26.872,73	€ 0,00	€ 0,00

7) Lavori di adeguamento antisismico di elementi strutturali dell'edificio principale ospedale di San Vito al Tagliamento. CUP F41B17000000001.

Il completamento delle opere di adeguamento antisismico delle strutture portanti dell'edificio principale dell'ospedale di San Vito al Tagliamento comprese nel progetto dei "lavori di adeguamento sismico delle strutture corpi A, B, C, D", prevede la costruzione di ulteriori tre torri "dissipative", ad integrazione del progetto del corpo A - 1° stralcio. Per la realizzazione di tale intervento è stato assegnato dalla Direzione Centrale Infrastrutture e Territorio a seguito dell'Ordinanza del Capo Dipartimento della Protezione Civile n. 171 del 19 giugno 2014, un finanziamento di € 2.869.935,31 a titolo di contributo per interventi di rafforzamento locale o miglioramento sismico o, eventualmente, di demolizione e ricostruzione su edifici ed infrastrutture di interesse strategico e/o rilevante. Il finanziamento è stato assegnato con Decreto del Vice Direttore Generale della Direzione Centrale Infrastrutture e Territorio n. 5490/TERINF del 16.11.2016 e concesso con Decreto della Direzione Centrale Infrastrutture e Territorio n. 10256/TERINF del 15.12.2017.

Il cronoprogramma finanziario relativo al suddetto finanziamento è stato così aggiornato:

Esercizio 2018	Esercizio 2019	Esercizio 2020
€ 250.000,00	€ 650.000,00	€ 1.969.935,31

E' in corso la progettazione esecutiva dell'opera nell'ambito della quale è emersa la necessità di integrare il finanziamento previsto al fine di consentire l'esecuzione di alcuni interventi complementari ritenuti

essenziali per garantire la piena funzionalità dei collegamenti delle aree di intervento con la restante struttura ospedaliera. Per l'integrazione del finanziamento si ritiene di utilizzare economie realizzatesi sul finanziamento dei lavori, già ultimati e collaudati, di adeguamento finalizzati all'accreditamento dell'ospedale di San Vito al Tagliamento: III fase, corpo A, 1° stralcio, CUP B43B10000640002.

Come in precedenza precisato in relazione all'intervento elencato al n. 2, questi lavori verranno appaltati congiuntamente a quelli di collegamento orizzontale e verticale del corpo B ai piani dell'ospedale di San Vito al Tagliamento (CUP F41B17000030002), data la loro stretta interconnessione dal punto di vista strutturale ed impiantistico.

8) lavori di riqualificazione energetica della facciata est dell'ospedale di San Vito al Tagliamento. CUP F45F17000010001.

Sono in programma lavori di riqualificazione energetica della facciata est dell'ospedale di San Vito al Tagliamento nel rispetto delle caratteristiche edilizie e dei principi informatori della facciata del corpo A recentemente ristrutturata.

Con Decreti del Direttore Generale n. 493 del 20.07.2017 e n. 763 del 10.11.2017 è stato approvato il progetto esecutivo dei lavori che ha ottenuto parere favorevole del N. VISS n. 1678 del 13.12.2017 per una spesa complessiva prevista di € 559.448,15, così finanziata:

- ✓ € 392.851,58 quota parte del contributo regionale per investimenti edili ed impiantistici di rilievo regionale 2010 (Decreto di concessione n. 1038/STI dd. 08/11/2011) concesso per i lavori di cui alla lettera a);
- ✓ € 16.133,24 con economie realizzatesi sul contributo regionale in conto capitale di rilievo aziendale 2010;
- ✓ € 70.429,94 con economie realizzatesi sul contributo regionale in conto capitale di rilievo aziendale 2011;
- ✓ € 80.033,39 con incentivi di cui al D.M. 16.02.2016.

E' in fase di avvio la procedura di affidamento dei lavori e si ritiene di utilizzare la quota suindicata di contributo di rilievo regionale 2010 di € 392.851,58 nel corso del 2018.

9) Fiume veneto - ristrutturazione locali trasformazione destinazione d'uso Centro di Assistenza Primaria – CUP J24E16000170002

Il finanziamento regionale della spesa complessiva prevista di € 280.000,00 è così ripartito:

Esercizio 2018	Esercizio 2019	Esercizio 2020
€ 100.000,00	€ 180.000,00	€ -

L'intervento prevede una nuova distribuzione degli spazi per la realizzazione di ambulatori medici/infermieristici, studi medici, sala attesa e locali accessori, con revisione impiantistica in funzione della nuova destinazione d'uso. Attualmente i locali sono utilizzati dall'Amministrazione comunale in regime di comodato e dovranno essere resi liberi quanto prima.

10) Sede distrettuale Azzano X via 25 Aprile – Opere di bonifica e risanamento fondazioni per grave ammaloramento da umidità di risalita e ampliamento edificio – CUP J41B16000130002

Nell'ambito del finanziamento regionale della spesa complessiva prevista di € 1.300.000,00, sono state già sostenute spese per complessivi €. 17.112,60, relative alla progettazione preliminare.

Il crono programma finanziario è così ripartito:

Esercizio 2018	Esercizio 2019	Esercizio 2020
€ 182.887,40	€ 450.000,00	€ 650.000,00

Al fine di garantire continuità al servizio distrettuale in condizioni di salubrità ambientale e condizioni igienico sanitarie appropriate è assolutamente necessario procedere ad interventi edili risolutivi di bonifica che permettano di avere uffici ed ambulatori con partizioni murarie in buone condizioni igienico sanitarie; dalla base della pavimentazione fino all'altezza dei serramenti finestrati esterni l'intonaco è per lo più scrostato a causa dell'umidità con diffusa presenza di funghi e muffe antiestetiche e dannose per la salute. L'intervento pertanto interesserà le opere fondazionali e murarie con l'impiego di particolari materiali isolanti da applicare successivamente alla bonifica.

Si è ritenuto opportuno, contestualmente ai lavori urgenti ed improcrastinabili di bonifica e risanamento conservativo, procedere anche ad un intervento di ampliamento dell'attuale sede distrettuale di Azzano Decimo al fine di disporre di adeguati locali per riorganizzare le varie attività distrettuali territoriali in piena coerenza con i recenti dettami regionali normativi in materia di servizi territoriali. L'intervento riguarderà la realizzazione di circa 600 mq contigui e con piena coerenza architettonico volumetrica con l'edificio esistente e comporta.

Con nota del 05.06.2017 il Presidente dell'UTI Sile e Meduna ha comunicato che l'assemblea dei Sindaci con delibera n. 15/2017 di modifica al Piano dell'Unione 2017-2019 ha inserito quale obiettivo strategico welfare l'ampliamento del distretto sanitario di Azzano Decimo tenuto conto anche della proposta di programmazione territoriale dell'ASP Mons. Cadore di Azzano Decimo che richiede un aumento dei posti letto a disposizione.

In tale nota si afferma che a tal fine il finanziamento regionale di € 1.300.000,00 potrebbe essere incrementato con la prossima legge di assestamento di altri € 850.000,00 così permettendo la realizzazione di un piano superiore ove ubicare la nuova RSA.

Tale intervento integrativo è stato inserito nel Programma Preliminare degli Investimenti 2018 e sullo stesso il NVISS ha ritenuto di rinviare l'espressione del parere ad altro successivo momento.

11) Caneva - Completa ristrutturazione di due locali da trasformare in ambulatori – CUP J48E16000380002

Il finanziamento regionale della spesa complessiva prevista di € 30.000,00 è così ripartito:

Esercizio 2018	Esercizio 2019	Esercizio 2020
€ 30.000,00	€ -	€ -

E' necessaria la completa ristrutturazione con messa a norma impiantistica di due locali da trasformare in ambulatori.

12) Vito al Tagliamento Ospedale - Padiglione vecchio - Ampliamento mediante ristrutturazione locali Centro di assistenza primaria – CUP J44E16000240002

Nell'ambito del finanziamento regionale della spesa complessiva prevista di € 230.000,00 sono state già sostenute spese per complessivi €. 47.542,57, relativi all'esecuzione di opere propedeutiche e alla progettazione.

Il crono programma finanziario è così ripartito:

Esercizio 2018	Esercizio 2019	Esercizio 2020
€ 182.457,43	€ -	€ -

L'intervento prevede una nuova distribuzione degli spazi per la realizzazione di ambulatori medici/infermieristici, studi medici, sala attesa e locali accessori, con revisione impiantistica in funzione della nuova destinazione d'uso. Attualmente i locali sono utilizzati dall'Amministrazione comunale in regime di comodato e dovranno essere resi liberi quanto prima.

13) **Roveredo in Piano - Lavori di adeguamento alla normativa di prevenzione incendi della Struttura RSA - CUP F84E17000120002**

Il finanziamento regionale della spesa complessiva prevista di € 360.000,00 è così ripartito:

Esercizio 2018	Esercizio 2019	Esercizio 2020
€ 60.000,00	€ 300.000,00	€ -

Al fine di riportare il numero di posti letto del servizio di RSA di Roveredo in Piano (PN), dagli attuali 24 ai precedenti 36, sono necessari lavori di adeguamento impiantistico e normativo/funzionale di prevenzione incendi per rendere l'edificio idoneo, secondo le norme antincendio, per RSA con più di 25 posti letto. Essendo l'edificio stesso di proprietà dell'Amministrazione Comunale di Roveredo in Piano è in fase di approvazione una convenzione tra le due Amministrazioni.

NUOVO OSPEDALE E CITTADELLA DELLA SALUTE

Per quanto riguarda l'intervento di realizzazione del nuovo ospedale e della cittadella della salute, di seguito si riassumono la situazione attuale e le attività previste per l'anno 2018.

Nel corso del 2016 la procedura di affidamento della progettazione esecutiva ed esecuzione dei lavori è stata aggiudicata in via definitiva con decreto DG AAS5 n. 404/2016 di data 20.07.2016.

A partire da ottobre 2016 sono iniziati i lavori e i servizi propedeutici all'avvio del cantiere di realizzazione dell'opera. Ad aprile 2017 sono stati consegnati è stato formalizzato l'avvio dei lavori.

Nel corso dell'anno 2017 è stata realizzata la prima parte delle opere in appalto riguardanti la costruzione di un posteggio a due livelli (interrato e terra): la fine dei lavori è avvenuta in data 30.11.2017.

L'attivazione del posteggio e la conseguente consegna delle aree ove verranno costruiti il nuovo edificio ospedaliero e la cittadella della salute è previsto per gennaio 2018.

Nel corso del 2018 i lavori proseguiranno con la verifica preventiva della presenza di ordigni bellici, gli scavi, e la costruzione dei nuovi edifici.

A dicembre 2017 sono stati redatti i documenti progettuali relativi alla redazione del master plan e dell'aggiornamento del progetto preliminare delle opere di completamento dell'ospedale e di sistemazione del comprensorio: nel corso del 2018 i contenuti di tali documenti saranno oggetto di approfondimento e approvazione al fine di avviare le successive fasi progettuali e le procedure di affidamento in tempi utili con l'attivazione del nuovo ospedale.

B) INVESTIMENTI BENI MOBILI E TECNOLOGICI

In coerenza con la tabella allegata di programmazione triennale 2018-2020 degli investimenti, si dettagliano di seguito gli acquisti di beni mobili e tecnologie in programma, con indicazione dei numeri progressivi attribuiti nei Piani Preliminari di riferimento.

Si rileva inoltre che tutte le acquisizioni assegnate al PO di Pordenone saranno utilizzate nel Nuovo Ospedale di prossima realizzazione.

ELENCO

- **Voce 4/2016 Apparecchiature per anestesia per Sale operatorie di Sacile e Pordenone**
Si rilevano due somme residue rispettivamente di €. 77.382,20 e €. 100.000 destinate al completamento delle sostituzioni di apparecchi per anestesia nelle sale operatorie. Gara EGAS in corso.
- **Voce 1/2016 Ventilatori polmonari**
Si rileva una somma residua di €. 12.259,56 destinata al completamento delle sostituzioni di ventilatori polmonari nelle aree di emergenza
- **Voce 3/2016 centrale di monitoraggio per terapia intensiva**
Si rileva una somma residua di €. 77.316,82 destinata al completamento delle sostituzioni di apparecchi per il monitoraggio dei parametri vitali. Gara EGAS in corso.
- **Voce 2/2016 monitor multiparametrici**
Si rileva una somma residua di €. 31.915,63 destinata al completamento delle sostituzioni di monitor multiparametrici di varie tipologie dichiarati "end of service" (in particolare sale operatorie dei vari P.O. e del Day Surgery di Sacile) Gara EGAS in corso
- **Voce 6/2016 monitoraggio e telemetrie per Cardiologia e Unità Coronarica**
L'importo di €. 250.000 è finalizzato alla spesa per la sostituzione di due centrali di monitoraggio ubicate in Cardiologia e UCIC che presentano tecnologia obsoleta e tasso di guasto elevato. Gara EGAS in corso.
- **Voci 14-15-16/2016 Centri di Assistenza Primaria**
Si rileva una somma residua di €. 48.820,64 destinata al completamento dell'attrezzaggio dei centri di assistenza primaria in attuazione del programma regionale.
- **Voce 8/2016 attrezzaggio nuova PMA e impianto di crio-conservazione**
Si rilevano due somme residue rispettivamente di €. 79.085,00 e €. 6.824,00 destinate al completamento dell'allestimento del nuovo centro di Procreazione assistita presso il P.O. di Sacile
- **Voce 27/2016 apparecchiature per lavaggio e disinfezione**
Si rilevano due somme residue rispettivamente di €. 14.650,20 e €. 38.037,17 destinate al completamento delle sostituzioni di autoclavi, lava strumenti e lava padelle obsolete per i vari P.O.

- **Voci 50/2016 e 28/18 postazioni di lavoro per sostituire quelle che hanno ancora winXP (1300)**
 Si rilevano due somme residue rispettivamente di €. 100.274,67 e €. 42.805,83 e una nuova quota di €. 193.000 destinate al completamento dell'aggiornamento tecnologico delle postazioni di lavoro nei vari P.O.
- **Voce 48/2016 server per nuovo dominio AAS5, file system ed integrazione NetUp, rinnovo licenze 2012**
 Si rileva una somma residua di €. 35.612,25 destinata al completamento dell'adeguamento dei domini aziendali e del sistema di archiviazione file system e NetUp . Inoltre INSIEL ha richiesto il passaggio di tutte le licenze dei server alla versione 2012.
- **Voce 32/2016 attrezzature economali per ospedali**
 Si riprogramma una somma di €. 54.900 destinate all'acquisto di attrezzature economali sostitutive di analoghe destinate al fuori uso
- **Voce 25/2016 e 15/18 defibrillatori per reparti diversi**
 Si rileva una somma residua di €. 63.340,04 e una nuova quota di €. 50.000 al fine di proseguire con il piano di rinnovo dei defibrillatori e monitor/defibrillatori che risultano "end of service" per i quali non sono più garantiti i pezzi di ricambio.
- **Voce 26/2016 e 16/2018 elettrobisturi per reparti diversi**
 Si rileva una somma residua di €. 75.772 e una nuova quota di €. 80.000 per la prosecuzione del piano di rinnovo di diversi elettrobisturi di varie fasce e tipologie che risultano "end of service" ed in utilizzo da più di 10 anni.
- **Voce 57/2016 sistema centralizzata dei servizi di gestione delle code**
 Si rileva una somma residua di €. 75.772 destinata alle esigenze di sostituzione di apparecchiature obsolete.
- **Voce 5/2017 telecomandato digitale**
 Si conferma la programmazione della quota di €. 300.000 per la sostituzione del sistema telecomandato specialistico Polystar acquisito nel 1995 per il P.O. di Pordenone, vista l'obsolescenza e appurata la necessità clinica. Procedimento di gara avviato.
- **Voce 2/17 Tomografo assiale computerizzato**
 Si conferma la programmazione della quota di €. 300.000 per l'acquisto di un nuovo sistema di tomografia assiale computerizzato in sostituzione all'attuale sistema in utilizzo presso il P.O. di Spilimbergo vista l'obsolescenza e appurata la necessità clinica.
- **Voce 1/2018 Gastroscoopi**
 Integrazione al finanziamento precedente per completamento acquisto parco gastroscopia a seguito di furto, per un importo previsto di € 200.000,00, da destinare alla Gastroenterologia del P.O. di Pordenone (Colonna endoscopica)
- **Voce 4/2018 Ausili per invalidi**
 Forniture previste dalla normativa vigente sull'invalidità civile, per un importo previsto di € 250.000,00.

- **Voce 5/2018 Allestimento nuova sede PMA Sacile**
Sostituzione e acquisizione di nuovi arredi e attrezzature economali per allestire la nuova sede di Sacile, per un importo previsto di € 55.000,00.
- **Voce 6/2018 PMA Sacile**
Acquisizione di attrezzature sanitarie (incubatore, cappe aspiranti e altre attrezzature di analoga natura), per un importo di € 30.000,00
- **Voce 7/2018 PMA Sacile**
Acquisizione di nuovi criocentinatori per allestimento sala criogenica per un importo di € 25.000,00
- **Voce 8/2018 PMA Sacile**
Acquisizione di un ecografo, in sostituzione ad un sistema obsoleto, per un importo di € 90.000,00
- **Voce 9/2018 Area Emergenza Sanitaria**
Acquisizione di n. 2 ambulanze e di n. 1 automedica, come previsto dal piano regionale per l'emergenza, per un importo di € 250.000,00
- **Voce 10/2018 Cartella informatizzata**
viene fissata una quota di € 50.000,00 per procedere urgentemente con la sostituzione della cartella specialistica informatizzata, al fine di ottemperare al requisito previsto dall'accreditamento istituzionale, intervento destinato al Dipartimento di Medicina e, nello specifico, alle Dialisi presenti nei vari presidi ospedalieri.
- **Voce 11/2018 Ginecologia del P.O. di Pordenone**
Acquisizione di un ecografo, per ottemperare agli adempimenti correlati all'accreditamento istituzionale, per un importo di € 70.000,00
- **Voce 12/2018 Distretti**
Acquisizione di arredi e attrezzature sanitarie per routinaria sostituzione e potenziamento delle attività territoriali, un importo di € 50.000,00
- **Voce 14/2018 Ecografi per reparti diversi**
viene riservata una quota aggiuntiva di € 57.936,56 per la sostituzione degli ecografi obsoletti dal punto di vista tecnologico e/o dichiarati "end of service", per continuare il programma di rinnovo tecnologico continuativo necessario al mantenimento di sicuro e idoneo parco macchine.
- **Voce 17/2018 Elettrocardiografi per reparti diversi**
viene conferita una quota di € 25.000,00 per l'acquisto in sostituzione, programma già avviato negli anni precedenti, degli elettrocardiografi dichiarati "end of service" e collegati al progetto in essere di trasmissione, archiviazione e refertazione ECG presso le Strutture Ospedaliere.
- **Voce 19/2018 Prevenzione e Protezione**
Acquisizione apparecchiature per la riduzione del rischio MMC per garantire il continuativo rinnovo degli ausili connessi al rischio per la movimentazione dei carichi, per un importo di € 50.000,00
- **Voce 20/2018 Attività ospedaliere**
Acquisizione di attrezzature sanitarie diverse, per garantire il continuativo rinnovo e potenziamento delle attrezzature sanitarie dei diversi Presidi Ospedalieri, per un importo di € 500.000,00

- **Voce 21/2018 Distretti e dipartimenti territoriali**
Acquisizione attrezzature sanitarie diverse per garantire il continuativo rinnovo e potenziamento delle attrezzature sanitarie dei diversi distretti territoriali per un importo di € 50.000,00
- **Voce 22/2018 Attività logistiche ospedaliere**
Acquisizione di attrezzature e materiali economici, funzionali alle esigenze organizzative e operative, per un importo di € 50.000,00
- **Voce 24/2018 Servizi Radiologici**
Acquisizione di un ortopantomografo digitale per sostituzione dell'apparecchiatura end of service in utilizzo presso il presidio ospedaliero di Pordenone per un importo di € 40.000,00,
- **Voci 25/2018 e 6/17 Ottiche rigide e flessibili per reparti diversi**
viene assegnata una quota di € 60.000,00 ad integrazione dei residui di €. 1.002,13 e €. 12.283,84 per l'acquisto di ottiche rigide e flessibili che presentano un elevato tasso di usura nella normale routine e quindi necessitano di sostituzioni frequenti.
- **Voce 27/2018 Attività logistiche aziendali**
Acquisizione di automezzi per il trasporto di persone e cose, per un importo di € 100.000,00
- **Voce 29/2018 Apparati rete da sostituire compresi nodi presso tutte le sedi**
viene riservata una quota di € 100.000,00 da destinare al Servizio di Ingegneria Clinica ed Informatica per l'aggiornamento degli apparati attivi di rete in modo da adeguarli ai requisiti di sicurezza informatica; intervento programmato in prosecuzione al rinnovo già avviato nell'anno 2017.
- **Voce 34/2018 Servizi Radiologici aziendali**
Acquisizione di n.1 portatile radioscopia per potenziare il parco macchine dei portatili di radioscopia del P.O. di Pordenone, per un importo di € 70.000,00
- **Voce 39/2018 Rianimazione**
Acquisizione di un compressore toracico per potenziare la dotazione già in uso e per ottimizzare la compressione e la pressione di perfusione coronarica e cerebrale durante la rianimazione cardio-polmonare per un importo di € 17.000,00
- **Voce 40/2018 Medicina di Laboratorio**
Acquisizione di piccole attrezzature di laboratorio per rinnovo o sostituzione per guasto o end of service sulle quali non è più possibile garantire riparazione in caso di rottura, pari ad € 50.000,00
- **Voce 41/2018 Microscopi da laboratorio**
viene conferita una quota di € 30.000,00 per procedere all'acquisto di microscopi da laboratorio, in sostituzione di analoghe apparecchiature dichiarate "end of service" e/o obsolescenti dal punto di vista tecnologico, destinate a servizi diversi.
- **Voce 53/2018 Attività chirurgiche**
Acquisizione di colonne laparoscopiche in sostituzione per obsolescenza tecnologica per le Sale Operatorie dei due P.O. di San Vito al Tagliamento e Pordenone, con innovazione al 3D, per un importo di € 130.000,00

- **Voce 54/2018 Elettrocardiografi per distretti**
viene conferita una quota di € 10.000,00 per procedere all'acquisto di elettrocardiografi dedicati all'avvio del nuovo progetto di trasmissione ECG per refertazione remota, in sostituzione di unità analoghe obsolete, sul territorio.
- **Voce 60/2018 Attività distrettuali**
Acquisizione di arredi e attrezzature economiche correlate alle attività territoriali, per un importo di € 50.000,00
- **Noleggi/Service**
Relativamente ad alcune tipologie di attrezzature, rientranti nel Programma Preliminare 2018 approvato con decreto 878 del 20.12.2017, e pertanto autorizzate come voci di investimento in conto capitale dal NVISS, considerata la loro peculiarità in relazione alla destinazione d'uso, nonché l'urgenza di provvederne la sostituzione, pur non rientrando nel programma finanziato degli investimenti in conto capitale, si intende procedere con acquisizioni tramite contratti di service/noleggio. In particolare trattasi delle seguenti previsioni:
 - **Apparecchiature per dialisi**, con adesione accordo quadro Consip (n. progressivo 52/2018 del Programma Preliminare 2018).
E' necessario provvedere alla sostituzione progressiva del parco macchine di dialisi per garantire idoneo rinnovo delle unità ormai tecnologicamente obsolete di tutte le Strutture di Dialisi dei vari presidi ospedalieri di AAS5. Come autorizzato dal NVISS con prot.20498/P del 07.12.2017 si intende aderire alla convenzione CONSIP, a costi stimati annui per il noleggio delle apparecchiature di circa € 200.000 (iva esclusa) per 70 apparecchiature (periodo contrattuale 5 anni).
 - **Apparecchiatura portatile per flussi laminari** per un controvalore stimato in c/c di € 80.000,00. Costo annuo del noleggio stimato in circa € 25.000 su un piano contrattuale di anni cinque.
 - **n.2 Ecocardiografi di fascia alta** destinati alle Strutture di Cardiologia (n. progressivo 58/2018 del Programma Preliminare 2018). Il rinnovo di alcuni ecografi, anche in relazione alla nuova sede del CRO di Aviano, risulta non procrastinabile al prossimo finanziamento e pertanto la proposta consiste nel noleggiare n 2 unità di fascia alta per un costo annuo stimato di € 60.000 (iva esclusa) su un piano contrattuale di 5 anni.
 - **n.1 Ecoendoscopia** per la SOC di Gastroenterologia dell'ospedale di Pordenone (n. progressivo 59/2018 del Programma Preliminare 2018). Tale investimento è un potenziamento per garantire idonea ridondanza all'unica apparecchiatura in dotazione. Costo annuo presunto del noleggio per un periodo contrattuale ipotizzato di 5 anni è pari a circa € 40.000 + iva.
 - **Acquisizione sistema di video sorveglianza** (n. progressivo 67/2018 del Programma Preliminare 2018). Trattasi di un progetto pluriennale che comporta l'adesione ad una convenzione Consip per un costo stimato di € 100.000 + iva il primo anno, e di circa € 50.000 per ciascuno dei due anni successivi, ipotizzando un periodo contrattuale di anni tre.
 - **Robot chirurgico** (n. progressivo 23/2018 del Programma Preliminare 2018). Come da relazione al NVISS allegata al Programma Preliminare del 2017- n. progressivo 1/2017), si conferma l'intento di questa Azienda a dotarsi di questa nuova metodica. In considerazione delle disponibilità economiche assegnate per il triennio 2017-2019, si è optato per l'acquisizione nella forma del noleggio per un importo stimato annuo di € 800.000 + IVA.

Gli importi sopra riportati rappresentano una stima annuale, la cui esigibilità sarà calcolata in relazione all'avvio del contratto.

L'Azienda, dove non ancora acquisito, provvederà a chiedere il parere alla DCS, prima di procedere con l'avvio delle procedure di acquisizione, così come previsto dalle linee per la gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario regionale per l'anno 2018, all'art. 6 sugli investimenti.

TECNOLOGIE INFORMATICHE E DI TELECOMUNICAZIONE

Nell'ambito del programma dell'Agenda Digitale italiana – istituita nel 2012 – è prevista una azione infrastrutturale denominata “Digital Security per la PA” per tutelare la privacy, l'integrità e la continuità dei servizi della PA.

A tale scopo con Direttiva 1 agosto 2015 del Presidente del Consiglio dei Ministri è stato affidato ad AgID (Agenzia per l'Italia Digitale) il compito di rendere disponibili "indicatori degli standard di riferimento" al fine di agevolare le Amministrazioni nel mettere in atto le opportune azioni per raggiungere i livelli standard minimi di prevenzione e reazione ad eventi cibernetici.

In attuazione di tale DPCM, AgID ha provveduto ad emanare l'elenco ufficiale delle "Misure minime per la sicurezza ICT (Information Communication Technology) delle PA" divenute di obbligatoria adozione per tutte le Amministrazioni.

Le Misure prevedono tre livelli di attuazione. Il livello minimo è quello al quale ogni pubblica amministrazione si è resa conforme entro il 31 dicembre 2017. I livelli successivi rappresentano situazioni evolutive necessarie in grado di fornire livelli di protezione più completi.

A partire dal 25 maggio 2018 avrà piena attuazione, dopo due anni dall'entrata in vigore, il regolamento generale per la protezione dei dati GDPR (General Data Protection Regulation) n. 679/2016. Il nuovo regolamento presenta un cambiamento sull'approccio della protezione dei dati ponendo l'accento sulla valutazione del rischio.

Per quanto attiene alle misure tecniche previste dal GDPR, le misure minime di sicurezza AgID (Agenzia per l'Italia Digitale) di cui sopra possono essere viste come lo strumento per dimostrare il rispetto dello stato dell'arte relative alle componenti tecnologiche/informatiche.

In generale sul tema della sicurezza informatica è assolutamente necessario (come in parte già fatto sulle misure minime di sicurezza AgID) istituire un tavolo permanente di confronto tra la Direzione Centrale Salute, i referenti dell'informatica delle Aziende Sanitarie e la società Insiel. Si tenga conto infatti che la presenza nella nostra Regione del SSISSR (Sistema Informativo Socio Sanitario Regionale) richiede un approccio comune per tutte quelle componenti trasversali o comuni gestite dalla società Insiel che non può prescindere al contempo da una forte partecipazione delle singole Aziende Sanitarie uniche a conoscere la realtà interna (applicazioni informatiche non SSISSR, rete locale, dispositivi medici in rete ecc).

Va sottolineato che il DPCM 1 agosto 2015 sopra citato, al capitolo “Misure rivolte alla amministrazione”, comma a. “il potenziamento della capacità di reazione”, recita “a ciò si deve aggiungere l'impegno, nell'ambito di ciascuna Amministrazione, a provvedere affinché, nel quadro delle pianificazioni organizzative e finanziarie di competenza, siano destinate risorse umane e finanziarie adeguate agli assetti rivolti alla funzione della sicurezza cibernetica ed alla protezione informatica.”

Dall'analisi svolta internamente sulla consistenza e sullo stato di funzionamento delle apparecchiature informatiche/telematiche (postazioni di lavoro/periferiche, dispositivi attivi di rete, dispositivi di telecomunicazione) emerge la necessità di risorse aggiuntive sia in termini di tecnologiche (HW, sonde, apparecchiature, software etc.), sia in termini di risorse umane specializzate e qualificate.

Se per l'approvvigionamento di postazioni di lavoro e periferiche in genere è oramai prassi utilizzare il mercato elettronico e le convenzioni Consip va rilevato che per le componenti umane e consulenziali di supporto specialistico, il “Piano Triennale per l'Informatica nella Pubblica amministrazione 2017–2019” realizzato da AgID e dal Team per la Trasformazione Digitale ed approvato dal Presidente del Consiglio dei Ministri in data 31 maggio 2017 identifica tra gli strumenti per l'attuazione del piano (allegato 2) le iniziative Consip tra cui merita citare le seguenti due quali più orientate alla sicurezza tra quelle indicate:

- Convenzione Servizio di Gestione e Manutenzione Sistemi Infrastrutture IP e Postazioni di Lavoro (SGM SIIP PdL) lotto 3, può essere utilizzato per l'acquisizione di figure professionali di presidio previste e denominate "Sistemista senior – Rete LAN, Sicurezza, PdL e Server" orientate alla sicurezza dell'infrastruttura.
- Accordo Quadro SPC Cloud lotto 2, detto "sicurezza" da cui si può acquistare, tra l'altro, il servizio di vulnerability assessment, il servizio di data loss/leak prevention (previsto anche dalle norme relative al trattamento dei dati personali), la gestione dei firewall e più genericamente i cosiddetti servizi professionali con l'acquisizione di figure professionali a giornata quali ad esempio lo "Specialista di tecnologia/prodotto senior" orientato ai suddetti servizi.

È urgente procedere con l'attivazione attraverso le suddette convenzioni di nuovi servizi in particolare ad esempio il supporto per la stesura di un piano triennale di miglioramento continuo della sicurezza informatica tenuto conto delle linee AgID.

Con riferimento al tema video sorveglianza si ritiene opportuno un passaggio dalla modalità di acquisizione dei sistemi in conto capitale come avvento fino ad oggi alla modalità di fornitura del servizio, considerata la complessità ed eterogenità di questo tipo di impianti che richiedono con continuità progettazione / integrazioni dell'impiantistica, servizi di installazione, configurazione, addestramento al personale per la videosorveglianza, archiviazione a norma e protocolli di gestione per l'accesso e fornitura di registrazioni verso le autorità richiedenti. Si propone di aderire a specifica convenzione: Convenzione per i Sistemi di Videosorveglianza e servizi connessi – Lotto 1, attivata dalla Consip S.p.A. il 22.03.2017, che prevede tutti i servizi suddetti. L'adesione sarà graduata per fasi nel prossimo triennio partendo dai sistemi obsoleti che necessitano urgentemente la sostituzione e successivamente integrando in unico sistema di gestione i rimanenti impianti presenti in azienda.

Si elencano di seguito le voci di spesa aggiuntiva in parte corrente riferiti ai servizi ICT per la sicurezza informatica prevedendo una quota necessaria aggiuntiva per la manutenzione ordinaria dell'infrastruttura di rete, fonia e dati.

SPESA aggiuntiva in parte corrente ICT AAS5 (sicurezza informatica)			
	2018	2019	2020
Tipo	valore IVA compresa M€	valore IVA compresa M€	valore IVA compresa M€
Convenzione Servizio di Gestione e Manutenzione Sistemi Infrastrutture IP e Postazioni di Lavoro (SGM SIIP PdL) lotto 3	0,1	0,05	0,05
Accordo Quadro SPC Cloud lotto 2, detto "sicurezza"	0,15	0,1	0,1
Sistemi di Videosorveglianza e servizi connessi -Convenzione Consip	0,1	0,05	0,05
Manutenzione ordinaria infrastruttura reti/fonia dati	0,1	0,1	0,1
TOTALE	0,45	0,3	0,3

BENI ICT

Con riferimento alla situazione del parco macchine ICT (PC, Server, periferiche) si evidenzia che su 3000 postazioni lavoro sono presenti 1300 postazioni con sistema operativo WindowsXp, non più supportato da parte di Microsoft (esponendo la nostra azienda a potenziali problemi di sicurezza informatica) e che pertanto è necessario predisporre un piano di sostituzione per il prossimo biennio, definendo le relative priorità. Il mercato offre oggi PC con processori compatibili solo con versioni di Microsoft Windows 10 e non precedenti. Siamo in attesa di aver dettagli da parte di INSIEL relativamente ai piani di adeguamento delle applicazioni SISSR a Microsoft Windows 10 e Internet Explorer 11 al fine di poter acquisire e pianificare un roll-out del parco macchine. Si ricorda che attualmente è certificata da parte di INSIEL la compatibilità delle applicazioni SISSR solo con sistema operativo Windows7 e Internet Explorer 8 o 9.

Analoghi problemi si potrebbero presentare per quanto riguarda il parco macchine dei Server, specificatamente alla necessità di adeguare alle versioni di sistemi operativi più recenti tenuto conto del contesto di mercato e alla sicurezza informatica.

Di seguito si riporta una stima del valore di sostituzione del patrimonio ICT disponibile presso l'intera azienda. Si precisa che i tempi di vita media tengono conto del ridotto ciclo di vita che questa tipologia di beni ha o per intrinseca obsolescenza tecnologica o nel caso delle reti dati la particolare usura a cui sono sottoposti questi dispositivi che operano H24, 7 su 7, 365 giorni all'anno.

VALORE PATRIMONIO ICT AAS5 (valore di sostituzione stimato)				
Tipo	Quantità	valore sostituzione M€	vita media (anni)	costo annuale sostituzione M€
Postazioni di lavori informatizzate, sw di base e periferiche	3000	3,0	5	0,60
Server e sw di base	50	0,2	5	0,04
Rete dati (parte attiva)	-	2	6	0,33
Centrali telefoniche e telefonia	-	1,8	8	0,23
TOTALE		7,0		1,2

Si consideri che l'insufficienza di investimenti in conto capitale dedicate all'ICT ha prodotto un aumento dell'età media sitasso di questo tipo di apparati che si ripercuote nei costi di manutenzione e nella qualità generale del servizio erogato.

Investimenti ICT nel prossimo triennio

Di seguito si elencano le necessità di investimento previste nel prossimo triennio tenuto conto delle esigenze ordinarie che del piano di adeguamento di sicurezza informatica (AgID e GDPR) e dei principali progetti strategici (riforme sanitarie e cartella clinica elettronica).

INVESTIMENTI in C.C. ICT AAS5			
	2018	2019	2020
Tipo	Quantità/valore IVA compresa M€	Quantità/valore IVA compresa M€	Quantità/valore IVA compresa M€
Adeguamento postazioni di lavori informatizzate	500/0,3	500/0,3	500/0,3
Pc portatili	50/0,03	50/0,03	50/0,03
Server infrastruttura (dominio, dati,back-up) e licenze server e licenze Cal	-/0,16	-/0,1	-/0,1
Wi.Fi. aziendale: adeguamento infrastruttura ed estensione sedi	-/0,14	-/0,1	-/0,1
Licenze office standard e professional: adeguamento e rinnovo	840/0,295	500/0,175	500/0,175
Stampanti laser BN A4	200/0,02	200/0,02	200/0,02

Stampanti laser colori A4	25/0,01	25/0,01	25/0,01
Stampanti laser BN A3	25/0,02	25/0,02	25/0,02
Stampanti laser colori A3	25/0,02	25/0,02	25/0,02
Stampanti multifunzione	20/0,01	20/0,01	20/0,01
Stampanti etichette	50/0,075	50/0,075	50/0,075
Stampanti braccialetti	10/0,005	10/0,005	10/0,005
Stampanti sacche sangue	10/0,01	10/0,01	10/0,01
Lettori codice a barre	50/0,0125	50/0,0125	50/0,0125
Rete dati (parte attiva)	-/0,2	-/0,2	-/0,2
Centrali telefoniche aziendali	-/0,3	-/0,1	-/0,1
Centrali telefoniche CAP e integrazione con infrastruttura aziendale centrale	-/0,18	-/0,20	-/0,20
Postazioni telefoniche IP/Digitali, integrazione sistema aziendale e implementazione sistema risponditore e segreteria centralizzato (IVR)	-/0,08	-/0,08	-/0,04
Sistema di gestione 116117 – centrale e software		-/0,15	-/0,01
Sistema centralizzato gestione code	-/0,15	-/0,05	-/0,01
Adeguamento misure minime sicurezza (AgID): software per la sicurezza informatica e nuovo GDPR	-/0,07	-/0,1	-/0,1
Adeguamento misure minime sicurezza (AgID): controllo accesso alla rete protocollo 802.1x	-/0,05	-/0,01	/0,01
Adeguamento misure minime sicurezza (AgID): software per la gestione utenti e credenziali d'accesso IAM	-/0,03	-/0,01	-/0,01
Infrastruttura per Cartella Clinica Elettronica		-/1	-/0,5
TOTALE	2,2	2,8	2,1

7. GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

A. Considerazioni generali

La programmazione della manovra del personale dipendente dell'A.A.S. n. 5 "Friuli Occidentale" - è inquadrabile nell'ambito delle disposizioni contenute nella D.G.R. n. 2667 del 28.12.2017 recante "LR 49/199, art. 12: linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2018. Approvazione preliminare" disposizioni che si inquadrano a valle dell'ampio processo di riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale disposto con legge regionale n. 17 del 16 ottobre 2014 e della vigente normativa nazionale sul personale che impone una gestione delle risorse umane efficiente che valorizzi le competenze in modo adeguato alla *mission aziendale* e garantisca la tutela e la salvaguardia della salute dei lavoratori realizzando conseguentemente l'ottimizzazione delle risorse finanziarie assorbite.

Ciò premesso la manovra del personale di questa Azienda risulta inevitabilmente caratterizzata e influenzata dalle suddette previsioni normative regionali, e, in particolare, dalla prosecuzione del percorso di attuazione dell'Atto aziendale adottato con decreto n. 100 del 01.03.2016 nonché dalla realizzazione delle progettualità stabilite a livello regionale.

B. Vincoli operativi

Le Linee di gestione regionali hanno confermato anche per l'anno 2018 la possibilità per le Aziende ed Enti del SSR, nell'ambito dell'autonoma responsabilità delle direzioni aziendali, di procedere ad assunzioni di personale senza la preventiva autorizzazione regionale, previa definizione in via previsionale e in termini quali-quantitativi, del fabbisogno di personale necessario al funzionamento delle strutture e alla realizzazione delle progettualità stabilite a livello regionale. Sempre nell'ambito dell'autonoma responsabilità gestionale delle singole aziende e nel rispetto dell'equilibrio di bilancio 2018 ed in proiezione negli anni successivi, è prevista la possibilità di scostarsi, in corso d'anno, dal dato previsionale per far fronte con tempestività a criticità operative inerenti il mantenimento dei livelli assistenziali e/o la garanzia dell'erogazione di servizi all'utenza, o indispensabili al funzionamento dell'Azienda.

C. Dotazione organica

a) Stato dell'arte

La manovra sul personale anno 2017, rispettosa del vincolo economico di riduzione della spesa dell'1% rispetto al 2012 previsto dalla precedente D.G.R. 2550 del 23.12.2016, chiude complessivamente con un incremento di organico di n. 20 unità come risulta dettagliatamente riportato nella tabella :

area	ruolo	rapporto	profilo	2013		2014		2015	2016	2017	
				AOSMA	ASS6	AOSMA	ASS6	AAS5	AAS5	AAS5	
med/vet	sanitario	dipendenza		451	97	456	94	547	562	569	
dirigenti		dipendenza		24	39	23	39	62	60	58	
comparto		dipendenza		1439	538	1422	526	1945	1956	1974	
		somministrato	infermieri		6	0	10	0	34	31	12
		somministrato	tecn. Radiologia		0	0	0	0	2	2	1
dirigenti	tecnico	dipendenza		2	2	2	2	4	4	4	
comparto		dipendenza		245	84	230	80	288	274	257	
		dipendenza	oss		383	95	401	91	513	531	592
		somministrato	coll.tecn.prof		0		0	0	0	2	1
		somministrato	op.tecnici		4	0	4	0	9	9	11
		somministrato	oss/aus		6	0	10	0	20	12	0
dirigenti	prof	dipendenza		4	2	5	2	6	8	7	
comparto		dipendenza	religioso		1	0	0	0	0	0	0
dirigenti	amm	dipendenza		9	7	9	6	13	14	14	
comparto		dipendenza		203	131	198	126	309	310	306	
		somministrato	assistente amm.vo		0	0	0	0	1	1	
		somministrato	coad.amm.vo		22	0	21	0	21	20	9
				2799	995	2791	966				
				3794		3757		3773	3796	3816	

Come si evince dalla tabella il personale con contratto di somministrazione lavoro risulta in diminuzione di oltre 40 unità rispetto al 31.12.2016. Si è registrato un decremento di circa una trentina di unità rispetto alle figure di tipo assistenziale (infermieri e oss) grazie all'instaurazione di rapporti di lavoro dipendente a vario titolo per effetto della disponibilità di graduatoria concorsuale/avviso per infermieri e oss nonché di una decina di figure amministrative a seguito di una revisione delle funzioni di front office nella sede ospedaliera di San Vito e nel Punto di primo intervento di Sacile. Questa sperimentazione organizzativa delle funzioni di front office troverà il suo completamento nel corso del corrente anno quando verrà definito un piano riorganizzativo dell'attività degli sportelli per prestazioni ambulatoriali e di laboratorio di San Vito al Tagliamento e Sacile.

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

Per quanto riguarda il personale amministrativo e tecnico si è proceduto, tra l'altro, all'acquisizione rispettivamente di n. 3 e n. 1 unità di personale appartenente alle categorie protette per ottemperare alla quota d'obbligo nell'ambito della nuova convenzione sottoscritta tra l'ex Ass6 e la Direzione Centrale lavoro, formazione, istruzione, pari opportunità, politiche giovanili, ricerca e università, Collocamento Mirato nel corso del 2017 e relativa al periodo 2017/2021.

Personale assegnato per i servizi socio assistenziali in delega

L'organico dell'A.A.S. 5 è integrato dal personale assegnato ai servizi socio-assistenziali in delega quantificato al 31.12.2017 in n. 74 unità.

Nel corso del 2017 si è provveduto all'acquisizione, tramite utilizzo di graduatoria di altra AAS regionale, di n. 1 unità di Assistente sociale a tempo determinato e per la durata di mesi 12 nonché alla proroga delle n. 3 figure di insegnanti educatori a tempo determinato assunte nel 2016 e dedicate allo svolgimento delle attività di cui alla Convenzione tra la Regione autonoma Friuli Venezia Giulia e l'AAS5 quale Ente gestore dei Servizi di integrazione lavorativa per l'attivazione degli strumenti personalizzati di integrazione lavorativa ai sensi della Delibera di Giunta Regionale n. 2430 del 4.12.2015 a cui l'Azienda ha aderito con decreto n. 652 del 14.12.2015 e che evidenzia specifico contributo per la copertura del costo degli operatori dedicati a tali attività. Con decreto n. 640 del 29.11.2016 l'Azienda ha provveduto alla proroga della Convenzione a valere per il biennio 2017-2018. Si è altresì provveduto ad attivare specifica

procedura di mobilità compartimentale e intercompartimentale per l'acquisizione di una ulteriore unità di Assistente sociale a tempo indeterminato, che potrà concretizzarsi nel corso del 2018 compatibilmente con i vincoli nazionali e regionali in tema di personale.

b) Manovra 2018

Nel corso del 2018 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 programmate nel corso del 2017 e non ancora completate (sia con riferimento al personale della dirigenza che al comparto);
- successivamente il reclutamento proseguirà nel 2018 per fronteggiare sia cessazioni di personale ad oggi note per l'anno 2018, che le eventuali ulteriori cessazioni non prevedibili in fase di programmazione annuale che potranno perfezionarsi nel corso dell'anno 2018 relative a personale sanitario, sia del comparto che dirigenza, e a personale tecnico limitatamente alla figura dell'Operatore Socio Sanitario. Nei primi mesi del 2018 si procederà, a seguito dell'espletamento di procedura concorsuale regionale da parte di EGAS, con l'assunzione di una decina di unità di assistente amministrativo necessarie ad integrare il personale amministrativo che nel corso degli ultimi anni ha avuto una sostanziale diminuzione.

In considerazione della rilevanza della manovra complessiva prevista per l'anno 2018 l'Azienda provvederà ad una costante attività di monitoraggio al fine di assicurare il rispetto dei vincoli regionali e assolverà gli obblighi informativi nei confronti della DCSISSPSF nei termini di cui alle indicazioni che verranno appositamente fornite.

2) scoperture L. 68/1999 e s.m.i.:

L'Azienda, con nota prot. n. 83821 del 28.11.2017 ha comunicato alla Direzione centrale lavoro, formazione, istruzione, pari opportunità, politiche giovanili, ricerca e università, le modalità con cui intendeva inizialmente assolvere agli obblighi di legge e, precisamente:

- per le unità di cui all'art. 1 della L. 68/99 e s.m.i.:
 - mediante convenzione di programma n. 1050/p del 21.04.2017 approvata con decreto n. 308 del 09.05.2017: sono in corso le procedure per la copertura della quota d'obbligo relativa al 2017 per n. 5 unità di cui n. 3 operatori tecnici e n. 2 coadiutori amministrativi. Per la quota d'obbligo per l'anno 2018 l'Azienda provvederà per ulteriori n. 9 unità di cui n. 5 coadiutori amministrativi e n. 4 operatori tecnici;
 - mediante procedure concorsuali e riconoscimento di unità in servizio nella quota d'obbligo;
- per le unità di cui all'art. 18 della L. 68/99 e s.m.i.:
 - mediante chiamata nominativa diretta ex legge 407/98 relativamente alle domande giacenti agli atti dell'amministrazione per n. 3 unità di coadiutore amministrativo;
 - mediante procedura di mobilità riservata al personale avente titolo per complessive n. 19 unità di cui n. 10 unità di c.p.s. infermiere e n. 9 unità di operatore sociosanitario.

Tale suddivisione iniziale è stata rivista alla luce della situazione in essere alla data di avvio delle procedure di mobilità e, pertanto, risulta così ridefinita:

- mediante chiamata nominativa diretta ex legge 407/98 per n. 5 unità di coadiutore amministrativo;
- mediante procedura di mobilità riservata al personale avente titolo per complessive n. 17 unità di cui n. 9 unità di c.p.s. infermiere e n. 8 unità di operatore sociosanitario.

3) attuazione disposizioni in materia di stabilizzazione personale precario:

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

Per quanto riguarda invece le misure di stabilizzazione previste dall'art. 20 del D.Lgs. n. 75/2017 e s.m.i. l'Azienda sta verificando, attraverso i dati rinvenibili nei sistemi informatici di gestione del personale, la presenza di figure professionali in possesso dei requisiti previsti dai commi 1 e 2, come integrati dal comma 11 del succitato decreto legislativo.

Sulla base dei dati così rilevati e di quelli ulteriormente acquisibili anche attraverso appositi avvisi di ricognizione, l'Azienda provvederà, nel rispetto delle previsioni di cui ai Protocolli regionali recentemente sottoscritti con le OO.SS. di tutte le aree contrattuali, dei limiti derivanti dalle risorse finanziarie a disposizione e dei fabbisogni esplicitati nel presente PAL, alla definizione del fabbisogno di personale da stabilizzare.

4) assunzioni per obiettivi regionali

A) Sovraziendali

- Per la piena attuazione delle progettualità relativa ai disturbi comportamento alimentare, autismo, già prevista dalle linee regionali 2017 e per la quale sussiste anche nel 2018 apposito finanziamento tra le sovra-aziendali, l'AAS5 necessita di completare il percorso di acquisizione delle risorse umane avviato nel 2017 con l'assegnazione di n. 1 dirigente medico psichiatra, procedendo all'ulteriore acquisizione di:
 - n. 1 - dirigente sanitario psicologo;
 - n. 1 - collaboratore professionale sanitario - educatore
 - n. 1 - collaboratore professionale sanitario - dietista

- Per la prosecuzione delle progettualità relativa all'odontoiatria sociale, già prevista dalle linee regionali 2017 e per la quale sussiste anche nel 2018 apposito finanziamento tra le sovra-aziendali di ASUITS, l'AAS5 oltre alle acquisizioni effettuate nel 2017 di n. 1 dirigente medico di Chirurgia maxillo facciale e odontostomatologia e di n. 2 collaboratori professionali sanitari – infermiere, ha inserito nella manovra 2018 l'acquisizione di:
 - n. 2 - collaboratore professionale sanitario - infermiere

B) Liste d'attesa

Nel corso del 2017, nel rispetto delle risorse accantonate ai sensi del DL n. 158/2012 convertito nella L. 6 novembre 2012, n. 189 quantificate con riferimento all'anno 2015 in € 159.863,91, si è proceduto all'acquisizione di n. 1 dirigente medico di oftalmologia.

Nel corso del 2018, tenuto conto che le Linee di gestione prevedono che una quota del 40% del finanziamento di cui alla L.R. 7/2009 sia da utilizzare per l'acquisto di prestazioni da erogatori privati convenzionati, l'Azienda provvederà per la quota del 60%, per le motivazioni esplicitate al punto Liste d'attesa, all'acquisizione di:

- n. 1 dirigente medico di oftalmologia
- n. 1 dirigente medico di chirurgia vascolare
- n. 1 dirigente medico di gastroenterologia
- n. 1 dirigente medico di medicina fisica e riabilitazione

C) Linee di gestione

L'Azienda ha provveduto ad inserire nella manovra 2018 l'acquisizione di n. 1 dirigente medico specialista in chirurgia plastica a supporto dell'attività relativa agli interventi chirurgici ricostruttivi oncologici, come previsto nelle Linee di gestione 2018 al punto 3.1.7

D) Linee di sviluppo:

L'Azienda intende sviluppare nel corso del 2018 le linee sotto indicate con l'acquisizione del seguente personale:

n. unità	profilo	Linea di sviluppo
1	Dirigente medico di Medicina dell'apparato respiratorio	8.A. PRESIDI OSPEDALIERI
7	Collaboratore professionale sanitario - infermiere	
1	Collaboratore professionale sanitario - logopedista	
6	Operatore sociosanitario	
2	Collaboratore professionale sanitario - infermiere	8.F. RETE CURE INTERMEDIE E PALLIATIVE-HOSPICE: LA TERRA DI MEZZO
2	Operatore sociosanitario	
6	Collaboratore professionale sanitario - infermiere	8.D. DISTRETTI: AFT, CAP, ADI
5	Collaboratore professionale sanitario - infermiere	

Viene invece posticipato lo sviluppo del punto 8.B. PREU: AVVICINAMENTO AGLI STANDARD DI PIANO REGIONALE che prevede l'inserimento di n. 36 operatori socio sanitari, anche in relazione alla chiusura della procedura concorsuale indetta da Egas per tale profilo, in quanto l'Azienda ritiene necessario che l'equipaggio delle ambulanze sia preferibilmente costituito da personale a tempo indeterminato per il quale peraltro si prevede un complesso percorso formativo .

5) dotazione organica e relativi costi

Ciò premesso nel prospetto che segue si evidenzia la dotazione organica prevista al 31.12.2018 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:

CONTRATTO	RUOLO	PROFILO_PROFESSIONALE	CAT.	31.12.2017			31.12.2018			
				DIPENDENTI 31.12.2017	INTERINALI 31.12.2017	DO 31.12.2017	DIPENDENTI 31.12.2018	INTERINALI 31.12.2018	DO 31.12.2018	
MEDV	SANM	Medici		543		543	588		588	
		Odontoiatri		1		1	1		1	
		Psicologi Equiparati		1		1	1		1	
		Veterinari		24		24	26		26	
		SANM Totale		569	0	569	616	0	616	
MEDV Totale				569	0	569	616	0	616	
CDIR	AMM	Direttori Amministrativi		14		14	14		14	
	AMM Totale			14	0	14	14	0	14	
	PRO	Avvocati E Procuratori Legali		1		1	1		1	
		Ingegneri		6		6	7		7	
		Architetti		0		0	0		0	
	PRO Totale			7	0	7	8	0	8	
	SANA	Biologi		14		14	15		15	
		Chimici		1		1	1		1	
		Dirigenti Sanitari		4		4	6		6	
		Farmacisti		9		9	10		10	
		Fisici		1		1	1		1	
		Psicologi		29		29	34		34	
SANA Totale			58	0	58	67	0	67		
TEC	Analista		1		1	1		1		
	Sociologi		1		1	1		1		
	Statistico		2		2	2		2		
TEC Totale			4	0	4	4	0	4		
CDIR Totale				83	0	83	93	0	93	
CALT	AMM	Coll. Amm.-Professionale Esperto	DS	24		24	24		24	
		Coll. Amm.-Professionale	D	48		48	52		52	
		Assistente Amministrativo	C	92	1	93	105	0	105	
		Coadiutore Amministrativo Esperto	BS	22		22	22		22	
		Coadiutore Amministrativo	B	119	9	128	119	4	123	
		Commesso	A	1		1	1		1	
	AMM Totale			306	10	316	323	4	327	
	SANA	Coll. Prof. San. Esperto	DS	84		84	78		78	
		Coll. Prof. San. - Terapista della Neuro e Psic. dell'Eta' Evolutiva	D	4		4	4		4	
		Coll. Prof. San. - Tecn. dell'Educ. e Riab. Psych. e Psicosociale	D	1		1	1		1	
		Coll. Prof. San. - Ortottista - Assistente di Oftalmologia	D	5		5	6		6	
		Coll. Prof. San. - Massaggiatore Non Vedente	D	1		1	1		1	
		Coll. Prof. San. - Logopedista	D	21		21	21		21	
		Coll. Prof. San. - Fisioterapista	D	89		89	89		89	
		Coll. Prof. San. - Educatore Prof.	D	6		6	9		9	
		Coll. Prof. San. - Tecn. della prevenz.nell'Amb.e nei Luoghi di L	D	41		41	44		44	
		Coll. Prof. San. - Tecnico San. di Radiologia Medica	D	65	1	66	71	0	71	
		Coll. Prof. San. - Tecnico San. di Laboratorio Biomedico	D	104		104	106		106	
		Coll. Prof. San. - Tecnico di Neurofisiopatologia	D	4		4	4		4	
		Coll. Prof. San. - Tecn. della Fis. Card.e Perf. Cardiovascolare	D	1		1	1		1	
		Coll. Prof. San. - Tecnico Audiometrista	D	4		4	4		4	
		Coll. Prof. San. - Infermiere Capo Sala	D	1		1	1		1	
		Coll. Prof. San. - Ostetrica	D	53	6	59	67	0	67	
		Coll. Prof. San. - Infermiere Pediatrico	D	17		17	15		15	
		Coll. Prof. San. - Infermiere	D	1349	6	1355	1408	10	1418	
		Coll. Prof. San. - Dietista	D	9		9	10		10	
		Coll. Prof. San. - Assistente Sanitario	D	56		56	61		61	
	Infermiere Psichiatrico Esperto	C	2		2	2		2		
	Puericultrice Esperta	C	12		12	10		10		
	Infermiere Generico Esperto	C	45		45	31		31		
	SANA Totale			1974	13	1987	2044	10	2054	
	TEC	Coll. Tecnico -Prof. Esperto	DS	3		3	2		2	
		Coll. Prof. Assistente Sociale	D	17		17	17		17	
		Coll. Tecnico -Prof.	D	15	1	16	16	1	17	
		Assistente Tecnico	C	5		5	8		8	
		Programmatore	C	2		2	2		2	
		Op.Tecnico Specializzato Esperto	C	30	3	33	30	5	35	
		Op.Tecnico Coord.Spec. Esperto	C	6		6	6		6	
		Operatore Tecnico Specializzato	BS	40		40	41		41	
		Operatore Socio San.	BS	592	0	592	617	0	617	
		Operatore Tecnico	B	76	8	84	80	5	85	
		Operatore Tecnico Addetto all' Assistenza	B	8		8	8		8	
		Ausiliario Specializzato (Servizi Tecnico-Economali)	A	13	0	13	13		13	
		Ausiliario Specializzato (Servizi Socio-Assistenziali)	A	42		42	40		40	
		TEC Totale			849	12	861	880	11	891
	CALT Totale				3129	35	3164	3247	25	3272
	Totale complessivo				3781	35	3816	3956	25	3981

TRASFERIMENTO DI FUNZIONI

In merito al trasferimento delle funzioni previste al punto 3.1.5. "Sangue ed emocomponenti" delle Linee di gestione 2018 l'Azienda provvederà secondo la tempistica concordata con AAS2.

RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI

L'Azienda ha iscritto a bilancio il finanziamento sovraziendale nei termini riepilogati nelle tabelle 4.a e 4.b. delle "Indicazioni per la redazione dei documenti contabili preventivi 2018". Gli importi saranno oggetto di rideterminazione successiva per effetto dei trasferimenti di funzioni/personale previsti dalla programmazione regionale.

INDICAZIONE GESTIONE FONDI CONTRATTUALI

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

L'Azienda non ha accantonato al fondo incentivazioni del personale dipendente l'incremento fino al massimo dell'1% del monte salari anni 1997 (per la dirigenza) e 2001 (per il comparto). L'importo definito sarà eventualmente erogato qualora sia accertato a consuntivo l'avanzo di amministrazione.

b) Fondi contrattuali

Si è provveduto alla rideterminazione, in via provvisoria, dei fondi contrattuali (comparto e dirigenza) per effetto del passaggio della funzione di Microbiologia e Virologia dal CRO ad AAS5. L'Azienda provvederà altresì alla rideterminazione dei fondi sulla base delle risultanze dei trasferimenti di funzioni previste dalle Linee di gestione 2018.

ATTO AZIENDALE:

L'Azienda sta procedendo nell'attuazione del nuovo Atto aziendale approvato con decreto n. 100 dell'01.03.2016 e s.m.i., nei termini dettagliatamente esposti in premessa al punto 1.B. L' AREA AMMINISTRATIVA – L'ATTO AZIENDALE

In aggiunta si rappresenta che rispetto alle strutture di livello apicale previste nell'Atto aziendale, nel corso del 2017 sono state espletate/attivate le seguenti procedure:

- Direttore SOC Radiologia PN-Sacile
- Direttore SOC Ostetricia e Ginecologia PN
- Direttore SOC Medicina Interna San Vito
- Direttore SOC Ortopedia PN
- Direttore SOC Urologia
- Direttore SOC Igiene degli alimenti di origine animale
- Direttore SOC Sanità animale
- Direttore SOC Gestione Prestazioni Sanitarie
- Direttori di Distretto nella loro nuova configurazione
- Direttore SOC Riabilitazione San Vito-Spilimbergo
- Direttore SC "CSM 24 ore Area Dolomiti Friulane"
- Direttore SC "CSM 24 ore Area del Tagliamento"
- Direttore SC "Medicina trasfusionale"

Tali procedure si sono concluse nel corso del 2017 con l'effettiva assunzione in servizio del direttore individuato o si stanno concludendo nei primi mesi del corrente anno. Nel corso del 2018 si provvederà alla progressiva attivazione delle altre strutture vacanti o che si renderanno ulteriormente vacanti.

La S.S. Formazione, nel 2017, oltre a garantire la formazione orientata a soddisfare gli obblighi previsti dalla normativa vigente e gli aggiornamenti tecnico specialistici richiesti dalle singole strutture, ha valorizzato, seppur nella parzialità, la realizzazione di eventi trasversali condivisi tra più strutture, tra strutture e professioni, cercando di diventare il luogo in cui la clinica incontra l'organizzazione, inteso come spazio in cui i professionisti si confrontano e condividono soluzioni organizzative, implementano conoscenze. Si è cercato così di intraprendere, non senza fatica, una strada che presuppone l'assunto della co-progettazione degli eventi formativi, della reciprocità e della valorizzazione delle esperienze: a partire dall'analisi di casi complessi vissuti nelle strutture si sono cercate soluzioni di miglioramento e ricomposizione.

Anche con la Medicina generale si è intensificata l'attività formativa mediante l'articolazione di puntuali FSC distrettuali che hanno consentito di affrontare le tematiche preannunciate nel PAL in modo specifico per ciascun territorio e al contempo omogeneo grazie al medesimo team di tutor aziendali.

Per il 2018 si intende proseguire in questa direzione promuovendo la formazione trasversale intesa come spazio di analisi organizzativa con l'utilizzo di diverse metodologie quali il lean management, l'ISO 9000, il dispositivo di gruppo, lo scambio della sede di lavoro, la valutazione degli esiti. Si attiveranno al proposito molteplici FSC che, utilizzando lo strumento ritenuto più appropriato a seconda dei contesti, si pongono l'obiettivo di produrre un miglioramento organizzativo sulle criticità registrate e messe a tema della formazione.

Le professioni potranno portare il proprio contributo in questo percorso sulla base dell'analisi dei processi di propria competenza.

Ci sarà attenzione anche per la formazione manageriale: l'Azienda sarà capofila per il progetto regionale in tema di leadership e valorizzazione delle risorse umane dedicato ai dirigenti e quadri intermedi del Dipartimento di Prevenzione.

Parimenti si intende attivare un progetto dedicato alla dirigenza e alle PO amministrative e tecniche. Non da ultimo, l'avvio delle piattaforme indicate dall'atto aziendale quale strumento di organizzazione delle attività delle "linee professionali" fornirà ulteriori indicazioni relative a tematiche che potranno essere oggetto di specifiche progettualità.

L'Osservatorio regionale della qualità della formazione continua (ORFOCS), sulla base delle indicazioni fornite dalla Commissione regionale per la formazione continua e l'ECM, continuerà nell'azione proposta di coordinamento, assieme alla Direzione centrale competente, di programmi di promozione della qualità della formazione continua ed ECM.

La diffusione della FAD, in quanto strumento che per la sua flessibilità consente di raggiungere gli obiettivi di efficacia ed economicità, soprattutto per alcune tipologie di corsi, sarà implementata nel corso del 2018. In Regione si prevede l'utilizzo a regime con la piattaforma regionale di *e-learning HTL*, integrata con l'applicativo *GFOR*. Il format degli eventi formativi sarà quello indicato dalla Regione.

Non si elencano quindi temi da privilegiare, ma si mette in luce un metodo di lavoro di cui la Direzione intende porsi come garante: le strutture da un lato e le professioni dall'altro sono invitate a proporre sulle linee progettuali del PAL che le vedono protagoniste, o su tematiche trasversali, l'organizzazione di formazioni condivise, co-progettate e pensate in ottica di rete e di sistema.

8. NOTA ILLUSTRATIVA ALLA PROPOSTA DI CONTO ECONOMICO 2018

Il Conto economico preventivo annuale 2018 dell'AAS n.5 "Friuli occidentale" è predisposto in conformità alle Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale nell'anno 2018, approvate in via preliminare con DGR n. 2667/2017, in via definitiva con DGR n. 185/2018, con le modifiche e integrazioni approvate con DGR 725/2018, nonché al documento della Direzione Centrale Salute "Indicazioni per la redazione dei documenti contabili preventivi 2018", prot. 6405/P del 23.03.2018.

Il bilancio preventivo è adottato entro il 31 marzo 2018, termine prorogato con DGR 185/2018, e confermato successivamente con la DGR 725/2018 su indicata.

Anche per il 2018, proseguendo con l'impostazione metodologica intrapresa negli anni precedenti, il finanziamento degli Enti del Servizio sanitario regionale è parametrato sulla base dei costi standard definiti per funzioni e popolazione pesata al 31/12/2016 per fascia di età in relazione all'ambito di ciascun Ente del SSR, più una quota complessiva di "ulteriore quota pro-capite" ad integrazione e riequilibrio del finanziamento sopra definito.

Il Bilancio preventivo è redatto in pareggio, in ossequio alle disposizioni regionali in materia.

Le specifiche voci di costo soggette a vincolo operativo (spesa farmaceutica convenzionata, spesa farmaceutica ospedaliera, dispositivi medici e manutenzioni), sono iscritte a Conto Economico di previsione al valore derivante dal vincolo specifico: il che significa che la spesa farmaceutica convenzionata è stimata pari a complessivi € 41.932.250 che coincide con il valore del finanziamento di questa funzione;

la spesa farmaceutica diretta ospedaliera è stata allineata al costo 2017 meno 2%; i dispositivi medici sono iscritti a preventivo 2018 al valore del vincolo (costo 2017 meno 3%), determinando un valore teorico di previsione che potrebbe rivelarsi alquanto difficile da contenere, rispetto ai consumi effettivi e all'andamento dell'attività sanitaria nel 2018.

Lo stesso dicasi per la limitazione del budget preventivabile per le manutenzioni edili e impiantistiche, che anche per il 2018 sono state ricondotte al costo sostenuto nell'anno 2015, come previsto dal vincolo.

I costi di previsione del personale valorizzano la Manovra di assunzioni e cessazioni come descritta dal Piano Attuativo 2018 con la novità, rispetto agli esercizi precedenti, che sui costi per il Personale dipendente non è previsto un vincolo operativo specifico; pur tuttavia questo importante fattore di spesa continuerà ad essere oggetto di attento monitoraggio durante la gestione 2018.

CONTRIBUTI DA REGIONE

Il finanziamento 2018 per funzioni e popolazione pesata, ammonta per l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 a complessivi Euro 490.586.033 e corrisponde al valore finale riportato nella tabella n. 1 "Finanziamento Enti SSR" del documento "Linee di gestione 2018"- finanziamento "pro-capite", a cui si è aggiunta l'integrazione del finanziamento corrente del SSR disposta con DGR 725/2018.

Il criterio di finanziamento è lo stesso utilizzato negli esercizi precedenti, basato sulla metodologia dei costi standard per funzioni e livelli essenziali di assistenza e, solo in via residuale, attraverso l'applicazione di una quota di riequilibrio per allineare il finanziamento derivante dai costi standard al livello del finanziamento complessivo necessario al funzionamento dell'Ente.

A ciò si aggiungono i contributi per le attività sovra-aziendali, tra cui si segnalano il contributo per il Piano di superamento ospedali psichiatrici giudiziari, in misura pari ai costi rendicontati per il 2017 e il contributo per i rinnovi contrattuali del personale dipendente, iscritto di pari importo tra i costi come accantonamento.

Si aggiungono inoltre i contributi per abbattimento rette anziani non autosufficienti e altri rimborsi minori di spese a valenza regionale, per complessivi Euro 16.682.271.

Gli importi sono dettagliati in tabella n. 14 "Contributi regionali in c/esercizio" allegata al presente documento.

Da rilevare l'incremento a livello complessivo regionale di 2 milioni di euro del contributo per il contenimento delle liste d'attesa, istituito con L.R. n.7/2009; tale incremento è stato ripartito fra le Aziende del SSR e per questa Azienda vale 487.065 euro. I costi sono iscritti di pari importo al contributo, in parte come "prestazioni da erogatori privati" fino al massimo del 40% e per la restante quota del 60% tra i costi del personale.

RICAVI per PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIOSANITARIE a rilevanza SANITARIA - MOBILITA' REGIONALE IN ATTRAZIONE

Come da indicazioni della Direzione Centrale Salute, la mobilità Attiva in ambito regionale (e allo stesso modo il costo per la mobilità Passiva verso altre Aziende del SSR) per l'attività di ricovero e per le prestazioni di specialistica ambulatoriale è iscritta a Preventivo al valore riportato nelle tabelle n.6 e n.7 del documento "Indicazione per la redazione dei documenti contabili preventivi 2018".

Le tabelle riportano la stima dell'andamento della mobilità in attrazione e fuga per l'anno 2018, calcolato dalla Direzione Centrale sulla base del fatturato degli ultimi 12 mesi.

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.

Relativamente al passaggio di funzioni di laboratorio dal CRO a questa Azienda, nel Conto Economico 2018 le prestazioni oggetto di fatturazione tra le due aziende sono state provvisoriamente valorizzate come nel 2017.

MOBILITA' REGIONALE FARMACI

Continua anche nel 2018 la regola della mobilità intraregionale per i medicinali erogati in distribuzione diretta, la cui spesa è posta interamente a carico dell'azienda sanitaria di residenza del paziente.

La valorizzazione dei costi e dei ricavi fra Aziende del SSR corrisponde alla matrice di cui alla tabella 8 del documento tecnico per il preventivo 2018.

Rispetto a questa tabella si segnala fin d'ora che il dato di fuga per i farmaci erogati dal CRO a pazienti di questa Azienda è probabilmente sottostimato, sia perché la base di calcolo considera alcuni mesi del 2016 (quindi ante passaggio della funzione oncologica) anziché l'intero anno 2017, sia per la riduzione del valore standard fissato per il 2018 (€ 61,50 contro € 70,38) che si ritiene particolarmente basso per questa Azienda.

Gli scostamenti del valore previsionale teorico saranno perciò attentamente monitorati durante l'esercizio 2018.

MOBILITA' EXTRA REGIONALE

La mobilità sanitaria extraregionale attiva e passiva iscritta a bilancio di previsione è valorizzata dalla Direzione Centrale con i dati definitivi relativi al 2017, in attesa dell'approvazione della matrice di mobilità extra regionale per l'anno 2018.

Le tabelle n. 10.a, 10.b, 11 indicano i dati di attrazione e fuga per gli erogatori pubblici, che sono iscritti a conto economico preventivo 2018.

La mobilità extraregionale dei privati accreditati, nel rispetto delle direttive, è contabilizzata nei ricavi al valore 2017 (tab. 9.b) mentre tra i costi sono state contabilizzate le fatture ricevute nel 2017.

CONCORSI, RIMBORSI, RECUPERI, COMPARTICIPAZIONI alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)

Per il 2018 si ritiene di confermare l'andamento rilevato nel 2017 dei "ricavi propri".

Per le note di accredito relative al pay back si è stimata una quota pari al 70% del ricavo 2017.

SPESA FARMACEUTICA e MEDICINALI

La spesa farmaceutica convenzionata è stimata in Euro 41.932.250, pari al valore del finanziamento pro-capite 2018, iscritto al conto 305.100.100.100.10.

I costi per i medicinali (che comprendono la spesa farmaceutica diretta territoriale, ospedaliera e i farmaci erogati in Distribuzione per Conto) sono stimati complessivamente in € 44.172.921 e sono registrati al conto 300.100.100.100 Medicinali.

Il vincolo operativo del 2% di riduzione della farmaceutica ospedaliera vale € 316.172.

La previsione del costo 2018 della voce medicinali comprende il costo dei farmaci per il trattamento dell'emofilia, di cui euro 3.162.991 per un paziente emofilico grave.

ACQUISTI di BENI SANITARI

Rispetto al costo preconsuntivo 2017 la previsione 2018 per l'acquisto di beni sanitari, per effetto del vincolo di riduzione del 3% sui dispositivi medici, si attesta ben al di sotto del preconsuntivo 2017. Si ritiene quindi "teorica" la diminuzione di costi stimata per oltre 1,9 milioni di euro, mentre l'andamento reale delle risorse sarà sicuramente superiore.

ACQUISTI DI SERVIZI

Su tutta la parte dei servizi non sanitari, trasporti sanitari e noleggi, il Conto economico allegato riporta le previsioni economiche delle attività in essere e di altre nuove, secondo i preventivi elaborati dal competente Dipartimento tecnico.

Si segnala in particolare sul gruppo "godimento beni di terzi" il noleggio del robot chirurgico, previsto dal 1° luglio 2018.

Tra i servizi non sanitari l'aumento rispetto al 2017 è dovuto anche all'esternalizzazione del servizio CUP a S.Vito e Sacile, più altri servizi minori e sui trasporti sanitari è previsto l'aumento per l'estensione del servizio di soccorso di Azzano X° sulle 24 ore.

Previsto in leggero aumento il costo per l'utenza elettrica.

Nel Conto economico 2018 il lavoro interinale sanitario e non sanitario è previsto in forte contrazione rispetto all'esercizio in chiusura (oltre 900.000 euro in meno) con una corrispondente prevista manovra di assunzioni del personale dipendente.

Il costo previsto per le manutenzioni edili impiantistiche è allineato al costo dell'esercizio 2015, come da vincolo specifico che si ripete anche nelle Linee per la gestione 2018.

Si ritiene che la previsione sarà superata nel corso dell'esercizio, sia per le necessarie attività di adeguamento alla sicurezza sia perché il riferimento all'anno 2015, come ribadito più volte, costringe l'attività manutentiva ad un livello di costi eccezionalmente basso, rilevato in quell'anno.

Le manutenzioni sanitarie sono previste per il 2018 allo stesso livello di costi del 2017, per cui sul gruppo deriva complessivamente un lieve aumento rispetto alla colonna preconsuntivo.

ASSISTENZA RIABILITATIVA e PROTESICA

I costi preventivati corrispondono ai maggiori fabbisogni rappresentati dalle strutture e servizi competenti alla gestione delle risorse, fra gli altri il "budget di salute", anche a seguito di aumenti di attività previsti dalle Linee di gestione 2018.

COSTI DEL PERSONALE DIPENDENTE E CONVENZIONATO

La previsione dei costi iscritti a Conto Economico valorizza la manovra di assunzioni e cessazioni, e relative calendarizzazioni, previste nel PAL 2018 ed è coerente con una sostanziale riduzione del personale interinale.

Per espressa indicazione regionale, sul 2018 non è stato effettuato l'accantonamento al fondo di produttività/risultato del personale dipendente commisurato fino al massimo del 1% del monte salari.

E' stato effettuato l'accantonamento per rinnovi contrattuali del personale dipendente, a cui corrisponde un'apposita linea di finanziamento sulle spese sovraziendali 2018 (uguale sul 2017).

La previsione 2018 dei costi per la medicina convenzionata deriva dall'applicazione a regime degli Accordi Integrativi Regionali in vigore.

RENDICONTO FINANZIARIO per la gestione sanitaria.

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

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

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

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

Pertanto non è ipotizzabile un simile andamento per la fine del 2018, sia per i minori incassi da Regione, sia per il pagamento che avverrà nel 2018 dell'anticipazione del 20% dei lavori del Nuovo ospedale di Pordenone.

Per gli altri debiti verso fornitori l'obiettivo è di mantenere l'attuale eccellente tempistica di pagamento.

Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: LORENA BASSO

CODICE FISCALE: BSSLRN70L63I403Q

DATA FIRMA: 29/03/2018 19:00:54

IMPRONTA: 5D4581879B49CB4A504C2D5D13C6C6DFE63E6A6DD707F6D16A124E88B5F773AE
E63E6A6DD707F6D16A124E88B5F773AE932D212D757DF0604E820BE21D955F14
932D212D757DF0604E820BE21D955F140F91CF6FC630E8DF2458360F9D255533
0F91CF6FC630E8DF2458360F9D255533642E741C3B4BFBC88FA9A4D3C5236329

NOME: ROBERTO ORLICH

CODICE FISCALE: RLCRRT59H24L424T

DATA FIRMA: 29/03/2018 19:04:24

IMPRONTA: 9181DFA335033169BC8536B4EFFB05F2FA27F6E9379DEEC3B42417CB9A15F18A
FA27F6E9379DEEC3B42417CB9A15F18ADC6996454C3A5C095C9290AE08498D5D
DC6996454C3A5C095C9290AE08498D5DC02EDB609CD4821E7F7F1F837EA9CD29
C02EDB609CD4821E7F7F1F837EA9CD2901BD936BD4D37F4E9D1036C96043D544

NOME: GIUSEPPE SCLIPPA

CODICE FISCALE: SCLGPP52T31I403U

DATA FIRMA: 29/03/2018 19:06:26

IMPRONTA: 03A11E8396BDD3C110BFBF9A86A6D36F8BD9DF128044CCB46E35E68AA47DEB41
8BD9DF128044CCB46E35E68AA47DEB41CB50007E8ADEEA932AE75ADBCF919084
CB50007E8ADEEA932AE75ADBCF91908410AFB98D615645BA78929798BCC688E0
10AFB98D615645BA78929798BCC688E0728D17D817B1DD8EE951B71473894824

NOME: GIORGIO SIMON

CODICE FISCALE: SMNGRG55D25I403Y

DATA FIRMA: 29/03/2018 19:09:17

IMPRONTA: 4BE017C366F811815EC8FAABF8E80EBFCC6C9E19D7B7C1CF88BE6B9D22E6BE5D
CC6C9E19D7B7C1CF88BE6B9D22E6BE5DD50E3F4C2558926D3E6DD0B650C22A5A
D50E3F4C2558926D3E6DD0B650C22A5AE41A5129342FF25CB0B8639BAA75712D
E41A5129342FF25CB0B8639BAA75712D82DFEE6BA431C362B6A0C83F0CCCBABF