



**AZIENDA OSPEDALIERA "S. MARIA DEGLI ANGELI"**

33170 **PORDENONE** Via Montereale, 24 - C.F. e P.IVA 01302970932 - tel. 0434.399111- fax 0434.399398

# PIANO DELLA PERFORMANCE

## 2014-2016



[www.settemuse.it](http://www.settemuse.it)

Pablo Picasso: Scienza e carità (1897)

*Pablo Picasso: Scienza e carità (1897)*

## 1. Presentazione del Piano

Il Decreto Legislativo n.150 del 27/10/2009 (cd. Decreto Brunetta) prevede che le amministrazioni pubbliche redigano annualmente “...un documento programmatico, denominato Piano della performance, da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell’amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori”.

Il presente Piano è lo strumento con cui l’Azienda Ospedaliera S. Maria degli Angeli formalizza l’avvio all’applicazione del ciclo di gestione della performance in ottemperanza alle disposizioni di cui sopra.

Il piano è articolato su un orizzonte temporale triennale e, in coerenza con le risorse assegnate, esplicita gli obiettivi, gli indicatori ed i target. Sono dunque definiti gli elementi fondamentali su cui si baseranno, sia durante il processo che alla sua conclusione, la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

Viene redatto con lo scopo di assicurare ai Cittadini la qualità, la comprensibilità e l’attendibilità dei documenti di presentazione della performance.

La qualità e la comprensibilità sono assicurate dalla formulazione degli obiettivi strategici dell’Azienda Ospedaliera in modo che il loro raggiungimento possa essere verificato anche dalla Collettività e dai Cittadini che si rivolgono all’ospedale per ottenere servizi di cura, diagnosi, prevenzione e riabilitazione.

L’attendibilità è garantita dalla correttezza metodologica del processo di pianificazione (principi, fasi, tempi, soggetti) e delle sue risultanze.

Nella redazione del piano, l’Azienda Ospedaliera S. Maria degli Angeli (d’ora in poi denominata “Azienda”) si attiene ai principi individuati dalla deliberazione n.112/2010 della Commissione per la Valutazione, la Trasparenza, e l’integrità delle amministrazioni pubbliche.

Il Piano delle Performance è collegato al P.T.T.I. (Programma Triennale di Trasparenza e Integrità) e costituisce una misura della “trasparenza”, offrendo la possibilità agli stakeholder ed ai cittadini di conoscere sia le strategie adottate dall’Azienda, che l’andamento della performance ed il raggiungimento degli obiettivi espressi nel ciclo di gestione delle performance.

Nel P.T.T.I., elemento centrale della trasparenza è la pubblicazione di determinate tipologie di dati ed informazioni sul sito internet istituzionale [www.aopn.sanita.fvg.it](http://www.aopn.sanita.fvg.it). In questo modo, attraverso

la pubblicazione on line, si sollecita e agevola la partecipazione ed il coinvolgimento dei cittadini-utenti, per favorire il loro controllo sull'azione amministrativa, strumento fondamentale per assicurare i valori costituzionali dell'imparzialità e del buon andamento della pubblica amministrazione, per favorire il controllo sociale sull'azione amministrativa e sul rispetto del principio di legalità.

Il pieno rispetto degli obblighi di trasparenza costituisce, inoltre, un valido strumento di prevenzione e di lotta alla corruzione, garantendo in tal modo la piena attuazione dei principi previsti dalla normativa internazionale, nonché dalla recente normativa in materia (Legge 190/2012 Dlgs. 33/2013 e Dlgs. 39/2013).

Al fine di collegare gli obiettivi strategici in materia di trasparenza con la programmazione aziendale è previsto l'inserimento di specifici obiettivi nel Piano delle Performance (Schede di Budget annuali) e corsi di formazione del personale per promuovere la cultura della trasparenza e della legalità dell'azione amministrativa.

In considerazione del fatto che il Piano della Performance, occupa un posto centrale nel programma per la trasparenza dell'azione amministrativa, si rende necessario garantire che le informazioni di maggior rilievo siano semplici e comprensibili e pertanto l'Azienda individuerà specifici indicatori per gli obiettivi di maggior impatto sulla collettività, per facilitare l'approccio alla complessità tipica degli strumenti di programmazione, misurazione e rendicontazione dell'attività.

Saranno individuati, all'interno della carta dei servizi aziendale, specifici indicatori per la verifica degli impegni aziendali presi, al fine di garantire obiettivi di qualità finalizzati a soddisfare il bisogno d'informazione del cittadino ed a fornire una migliore erogazione delle prestazioni sia a livello ambulatoriale che di degenza.

## **2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni**

### **2.1 Chi siamo**

Le origini dell'ospedale “S. Maria degli Angeli” di Pordenone, risalgono al XIII° secolo. Vi sono infatti documenti che testimoniano dell'esistenza già nel 1300 di un “Ricovero mutato poscia in Ospitale” destinato ad accogliere i malati ed i pellegrini in viaggio per Roma o per la Terra Santa.

Una conferma se ne ha anche dalla “Bolla Pontificia (sotto riprodotta) redatta nel 1319 ad Avignone (allora sede della corte di papa Giovanni XXII) nella quale si fa espresso riferimento all’Ospedale di Pordenone, intitolato alla Beata Maria Vergine, che, come tutte le istituzioni medievali analoghe, rette da confraternite religiose, era un luogo di ricovero per i pellegrini e gli indigenti, ai quali veniva offerto sostegno sia spirituale che materiale, prestando, se necessario, anche assistenza sanitaria.

Da allora l’ospedale ha mantenuto la sua principale funzione di tutela della salute dei cittadini di Pordenone e della provincia, con una forte attrazione soprattutto dal vicino Veneto.

Nel 1996 è stato costituito in azienda autonoma, avendo come finalità l'erogazione in regime di ricovero dei servizi e delle prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie che richiedono interventi di urgenza o emergenza e delle malattie acute o di lunga durata che non possono essere affrontate in ambulatorio o a domicilio.

Eroga, inoltre, prestazioni diagnostiche specialistiche in regime ambulatoriale.

Dal 2004, questo Ospedale è stato dichiarato “Ospedale Amico del Bambino” con riconoscimento da

parte dell’UNICEF. Nel 2008 all’Ospedale è stato attribuito il” Bollino Rosa”, quale riconoscimento di struttura che pone attenzione nei confronti delle patologie femminili.

In ottemperanza alla DGR n. 465/2010 “PSSR 2010-2012” il nuovo modello istituzionale dell’area vasta pordenonese attua la distinzione della responsabilità gestionale fra attività ospedaliere ed attività territoriali.

Il modello inizialmente esistente nella provincia di Pordenone era così organizzato:

- Azienda Ospedaliera Santa Maria degli Angeli, articolata nel Presidio Ospedaliero di Pordenone e nell’Ospedale ex art. 21 L.R. 13 del 27.2.1995 di Sacile;
- Azienda per i Servizi Sanitari n° 6 “Friuli occidentale”, con caratteristiche di azienda mista in quanto oltre alle attività territoriali svolgeva le funzioni ospedaliere nei Presidi di San

Vito al Tagliamento, Spilimbergo e nell'Ospedale ex art. 21 L.R. 13 del 27.2 1995 di Maniago;

- I.R.C.C.S. Centro di Riferimento Oncologico di Aviano;
- Casa di Cura San Giorgio di Pordenone (ospedale privato accreditato).

La L.R. n° 22 del 29.12.2010, all'art. 8, commi da 14 a 19, ha disposto che a decorrere dal 1° gennaio 2011 le funzioni inerenti le attività ospedaliere dei Presidi di San Vito al Tagliamento, Spilimbergo e Maniago siano trasferite all'Azienda Ospedaliera Santa Maria degli Angeli.

Il percorso è iniziato con l'analisi e lo scambio di informazioni utili all'esigenza di disporre di elementi informativi per la strutturazione efficiente del percorso stesso. Dal punto di vista operativo, l'analisi si è dapprima concretizzata nella redazione di un documento riguardante gli ospedali ex art. 21 L.R. 27.2.1995, n. 13 di Maniago e Sacile, per individuare criticità, opportunità, obiettivi di ampio respiro e scenari di sviluppo. Tale documento era finalizzato, nel periodo di vigenza del piano sanitario e socio sanitario 2010-2012, alla revisione della rete ospedaliera, sia in termini di attribuzione delle funzioni da assicurare nei singoli ospedali ex art. 21, sia per quanto riguarda il raccordo funzionale con l'Ospedale Santa Maria degli Angeli di Pordenone.

La sua redazione ha costituito parte dello "Studio di fattibilità" dell'intero progetto, relativo alla costituzione dell'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti del Pordenonese", presentato alla DCSPISS entro il 30.9.2010. Detto studio ha inoltre rinviato i contenuti più specifici ad un successivo "Piano di scorporo", finalizzato alla puntuale individuazione degli elementi patrimoniali e dei rapporti giuridici attivi e passivi, compresi i rapporti di lavoro, oggetto di trasferimento.

Il progetto è stato presentato e discusso sia nelle commissioni consiliari sia in incontri pubblici con la popolazione dei comuni di Sacile, Maniago, Spilimbergo, San Vito Al Tagliamento e Pordenone. Il "Progetto per la costituzione degli Ospedali riuniti del Pordenonese" è stato quindi inviato alla Conferenza dei Sindaci dell'Area Vasta Pordenonese in data 20.10.2010, la quale ha espresso il proprio parere favorevole in data 17.11.2010. Nel mentre, le Aziende interessate, hanno redatto congiuntamente l'Atto ricognitivo per la riunificazione degli Ospedali di rete e delle funzioni ospedaliere ex art. 21 della Provincia di Pordenone nell'Azienda ospedaliera Santa Maria degli Angeli di Pordenone.

## **PUNTI DI FORZA E PUNTI DI DEBOLEZZA**

### **Punti di forza**

La messa in rete della offerta ospedaliera di area vasta ha permesso di fare progredire il sistema attraverso almeno due importanti linee progettuali orientate al cambiamento:

- il confronto necessario dei professionisti provenienti da realtà diverse, e non sempre comunicanti, sui PDTA; il nuovo atto aziendale ha infatti ricomposto gli assetti dipartimentali, ripensati non come sommatoria di quanto esisteva, ma come riaggregazione di SC/SSD/SS, e quindi di professionisti, con il momento organizzativo-gestionale (centrato sul dipartimento verticale ospedaliero) che diventa il motore della crescita professionale;
- l'attuazione graduale, ma strutturata, del modello Hub & Spoke, con l'ospedale di Pordenone impegnato per la gestione dei casi a maggiore complessità clinica e a partire dalle priorità di intervento che sono state individuate nelle funzioni erogate dai Dipartimenti di Emergenza e dai Dipartimenti di Chirurgia.

Deve essere rimarcato che la rete ospedaliera così riprogettata, da un lato, ha fortemente contenuto, con l'inversione di una tendenza che si era andata consolidando negli anni, il ricorso, da parte dei presidi di San Vito e Spilimbergo, all'ospedale di Udine per la presa in carico di patologie che possono invece trovare risposta a Pordenone; dall'altro, ha consentito il superamento della diversità dei rapporti tra i professionisti quale variabile che molto spesso consente/ostacola la definizione del PDTA più appropriato e più sicuro per il cittadino e per gli operatori.

### **Criticità**

Dalla costituzione dell'Azienda unica ospedaliera sono aperti molti nodi critici, e non potrebbe essere altrimenti se si considerano i tempi che le organizzazioni richiedono per la realizzazione dei cambiamenti che intercettano le loro attività e funzioni fondamentali.

In estrema sintesi, possono essere individuate due macro criticità:

- può essere verosimilmente affermato che la condivisione del modello di un'unica azienda ospedaliera di area vasta è in gran parte condiviso tra i vari stakeholder, ma il momento della integrazione tra i professionisti deve essere ancora sostenuto e presidiato, soprattutto per evitare che sia il cittadino/paziente a subire disservizi che derivano da un sistema di offerta che – attestato a difesa dell'esistente - rischia di privilegiare interessi di parte.
- Il tema dell'offerta di funzioni ospedaliere ancora oggi molto parcellizzato (Pordenone/Sacile, Spilimbergo/Maniago, San Vito) pone la questione della sicurezza dei Presidi (o stabilimenti), e quindi la necessità di continuare ad investire localmente nella

manutenzione delle strutture, nell'implementazione delle tecnologie e nella dotazione di personale, per garantire standard adeguati alle funzioni che si erogano.

L'Azienda Ospedaliera si sta misurando su questo tema, con scelte riorganizzative centrate sulle parole d'ordine della sicurezza e della appropriatezza degli interventi anche in relazione al contesto strutturale in cui sono realizzati, investendo in modo significativo e programmato.

Nel 2012 si è portato a compimento il percorso del nuovo Atto Aziendale, che ha trovato piena attuazione nei primi mesi del 2013 con l'articolazione dell'Azienda nei nuovi Dipartimenti e l'individuazione dei direttori di Dipartimento e dei Referenti Infermieristici di Dipartimento.

Gli obiettivi strategici presenti nel PAO 2014 sono riportati di seguito:

#### L'area vasta: il rafforzamento delle modalità coordinate di operatività/funzionamento

Nel 2013 per quanto attiene la funzione di Anatomia Patologica si è provveduto, in continuità con la programmazione 2012, ad implementare e sviluppare modalità condivise di lavoro in particolare anche attraverso l'identificazione dei requisiti per la partecipazione, con capitolato comune, alla gara regionale per i sistemi diagnostici di immunoistochimica. E' stato inoltre predisposto il documento per la regolamentazione dell'accesso e l'utilizzo delle sale settorie per i riscontri diagnostici su pazienti deceduti al CRO di Aviano. La programmazione concordata in Area Vasta per l'anno 2014 prevede un ulteriore rafforzamento delle logiche riorganizzative anche in applicazione al DL 95/2012 in particolare per quanto attiene il perseguimento dell'efficienza gestionale per il contenimento della spesa pubblica.

Anche per le funzioni di Farmacia in area vasta sono state elaborate diverse ipotesi di riorganizzazione che prevedevano da un lato una semplificazione del sistema delle responsabilità e dall'altro la differenziazione delle attività in relazione al mandato specifico. In particolare attualmente le attività coordinate tra il CRO e AOSMA prevedono:

- la preparazione centralizzata dei farmaci antitumorali presso la farmacia del CRO;
- la preparazione centralizzata della galenica tradizionale presso la farmacia dell'AOSMA.

Ulteriori azioni di coordinamento e di integrazione tra le strutture di farmacia dell'area vasta saranno individuate ed implementate nel 2014 in particolare per quanto attiene:

- la promozione dell'utilizzo dei farmaci generici;
- la promozione dell'utilizzo dei biosimilari,
- l'introduzione dei farmaci ad alto costo
- la definizione di eventuali ulteriori protocolli d'uso dei medicinali ad alto costo.

Per la Medicina Trasfusionale sarà necessario prevedere nel 2014 la formalizzazione di alcuni atti istituzionali tra CRO ed AOSMA. Attualmente è avvenuto il passaggio del personale medico e restano da definire i percorsi per l'approvvigionamento dei materiali

In particolare nel 2014 saranno sviluppati ed implementati percorsi di revisione del sistema dell'offerta anche attraverso l'aggregazione di funzioni sanitarie in attuazione al DL 95/2012 in un'ottica di applicazione degli standard del decreto Balduzzi. Questa progettualità di area vasta sarà attuata in sinergia con il livello regionale anche attraverso l'istituzione di specifici gruppi di lavoro che avranno il mandato di predisporre progetti di riorganizzazione centrati su:

- revisione dell'offerta in coerenza agli standard regionali e nazionali;
- semplificazione del sistema delle responsabilità;
- sviluppo di logiche organizzative gestionali centrate su adeguati livelli di efficienza ed economicità.

Anche dal versante delle aree dei servizi amministrativi e di supporto nel corso del tempo sono state implementate logiche riorganizzative basate sull'efficienza e sull'accentramento delle funzioni. In particolare nel 2013 si è consolidato l'ufficio unico di previdenza dell'Area Vasta e sono state realizzate procedure unificate per l'acquisizione di personale. Anche per quanto attiene l'attività formativa si sono sviluppate nel corso del tempo importanti modalità collaborative tra ASS 6, CRO ed AOSMA che hanno consentito la realizzazione di iniziative formative concordando sedi, partecipanti e provider rafforzando in questo modo logiche di integrazione e differenziazione dei programmi formativi aziendali.

E' proseguita con positivi risultati la collaborazione con il DSC nelle diverse fasi dell'attività contrattuale, nonché del Magazzino di Area Vasta, con costanti verifiche interaziendali, al fine di rimuovere problematiche connesse alle modalità di consegna e alle tempistiche di esecuzione in rapporto alle esigenze dei diversi Presidi ospedalieri.

Sono state poste altresì le basi per una revisione delle richieste in G2 di materiali di consumo, gestiti dal Magazzino di Area Vasta e delle relative procedure di reso e di riscontro della fatturazione DSC.

Anche per il 2014 proseguiranno le attività di recupero forzoso dei crediti in sofferenza secondo le modalità stabilite dalla Convenzione stipulata fra le Aziende dell'Area Vasta Pordenonese, procedendo all'iscrizione a ruolo delle posizioni debitorie trasmesse dagli Enti suddetti.

Partendo dall'esperienza e dal consolidamento delle suddette attività, nel corso del 2014, verranno avviate ulteriori sinergie con le altre aziende di area vasta sul versante dei servizi amministrativi

centrali e periferici e ciò soprattutto nell'ottica di mettere in sicurezza attività che potrebbero essere pregiudicate dall'impossibilità di garantire il turn over.

Nel 2014, anche sulla scorta delle disposizioni regionali e delle azioni di ridefinizione del sistema dell'offerta andranno ulteriormente consolidati all'interno dell'Area Vasta i meccanismi per assicurare un raccordo tra le Aziende al fine di rispettare i tempi massimi d'attesa ed erogare volumi di attività coerenti con la domanda anche in un'ottica di appropriatezza e di rafforzamento di logiche erogative basate su criteri di priorità clinica definiti e riconosciuti dai professionisti.

Saranno mantenute le attività previste dai programmi di screening regionali in sinergia con l'ASS 6, il CRO ed il coordinamento regionale.

Nel corso del 2013, per quanto attiene il governo clinico e sicurezza delle cure sono state consolidate le seguenti attività:

- Attività di monitoraggio e sorveglianza sulla documentazione clinica con particolare riferimento agli indicatori del programma del rischio clinico regionale;
- Sorveglianza e analisi di eventi avversi;
- Mantenimento delle attività di formazione, sorveglianza e prevenzione delle LdD
- Mantenimento delle attività di sorveglianza e prevenzione delle cadute
- Formazione del personale su tematiche relative alla gestione del rischio e al miglioramento della sicurezza del paziente
- Mantenimento di attività di coinvolgimento degli stakeholders (amici del cuore, ANDOS, tribunale dei diritti del malato).

Le attività per l'anno 2014 saranno sviluppate in coerenza alle indicazioni regionali dando priorità alle tematiche che hanno evidenziato le maggiori criticità per i singoli presidi ospedalieri.

Il progetto di Cure Palliative e Assistenza Domiciliare Pediatrica è nato dalla collaborazione tra AOSMA e ASS6 con l'intento di curare a casa bambini affetti da patologie croniche inguaribili, oncologiche e non, e ha preso avvio nel giugno 2011 grazie al sostegno di Regione FVG, provincia di Pordenone e associazioni di volontariato (Associazione Italiana Leucemie, Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio Onlus e Le Petit Port). Scopo del progetto è quello di rispondere a questi bisogni in maniera globale, mettendo il bambino stesso/famiglia e non la malattia al centro del programma di assistenza e cura. Al 31 dicembre 2013 sono stati presi in carico 67 bimbi tutti residenti in provincia di Pordenone, con un'età media che si attesta sui quattro anni. Il 37% dei

bimbi sono affetti da patologie oncologiche ed il 63% da patologie croniche inguaribili (malattie metaboliche, genetiche). Sono stati effettuati 1474 accessi domiciliari con una media di 26 accessi per paziente e si sono evitati 981 accessi di day-hospital e 89 giorni di degenza ordinaria .

Per quanto attiene i sistemi informativi nel corso del 2013 si è completata l'installazione ed avvio del nuovo sistema informativo di Pronto Soccorso "SEI" presso i servizi di San Vito al Tagliamento, Spilimbergo e Maniago.

Presso la degenza breve internistica di Pordenone è stata introdotta sperimentalmente, nella cartella clinica di degenza, la procedura PSM (prescrizione e somministrazione medica) per la prescrizione e somministrazione dei farmaci anche in regime di ricovero.

Sono state inoltre realizzate attività di sviluppo del "Gestore Richieste" in particolare nell'ambito della richiesta della dieta.

Diversi miglioramenti sono stati apportati alle cartelle specialistiche già in utilizzo nei vari reparti.

Nel corso del 2013 è stata avviata una nuova versione dell'applicativo "stampa massiva" presso tutti i reparti dell'Ospedale di Pordenone, le altre strutture erano stata avviate nel corso del 2012.

Per quanto riguarda il PACS nel 2013 si è consolidata l'attività di produzione del CD paziente estendendola anche alla cardiologia per gli esami ecocardiografici. Sono state svolte tutte le attività propedeutiche alla dematerializzazione anche per i pazienti interni. In particolare sono state avviate le postazioni di visualizzazione sia con qualità diagnostica che non presso tutti i reparti fruitori di immagini radiologiche dell'azienda.

Infine è stata svolta l'installazione delle postazioni specialistiche CAD per l'ortopedia e la relativa formazione degli operatori.

Nel corso del 2013 sono entrate a regime le postazioni Pacs di refertazione degli esami ecocardiografici presso le relative sedi aziendali.

Per quanto riguarda le componenti infrastrutturali il 2013 è stato determinante per l'avvio del nuovo sistema di domain controller, la partenza dei nuovi proxy e della nuova struttura di repository aziendale dei documenti.

Il sistema di posta aziendale è stato aggiornato con il passaggio alla struttura "exchange" regionale su cui sono migrati tutti gli utenti di AOSMA con aggiornamento del dominio di posta che si è allineato a quello delle altre strutture regionali del sistema sanitario.

Nel 2014 proseguiranno i percorsi di dematerializzazione ed in particolare in alcuni contesti saranno ulteriormente implementate le modalità di prescrizione elettronica (ricetta elettronica).

Per quanto riguarda la privacy nel corso del 2013 l'Azienda ha attuato una serie di azioni al fine di rispondere alle disposizioni impartite dal provvedimento del Garante per la Protezione dei dati personali del 10 gennaio 2013. In prima battuta è stato inibito l'accesso al sistema "visore referti" da parte del personale, di seguito l'Azienda ha partecipato al gruppo di lavoro regionale che ha guidato le azioni correttive da parte di Insiel sul Sistema Informativo Regionale. Nel corso dell'anno sono stati organizzati una serie di incontri per illustrare il nuovo modello di Consenso al trattamento dei dati e di costituzione del Dossier Sanitario e del Fascicolo Sanitario Elettronico sia durante gli eventi che trattano globalmente il problema privacy che in incontri specifici a carattere operativo sull'utilizzo del programma "Gestione Consenso". Attualmente l'Azienda ha una procedura strutturata che prevede l'acquisizione del consenso ad ogni primo accesso alla struttura.

Nel corso del 2013 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 che individua gli obblighi di trasparenza concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni e le modalità per la sua realizzazione.

Il pieno rispetto degli obblighi di trasparenza costituisce, inoltre, un valido strumento di prevenzione e di lotta alla corruzione, garantendo in tal modo la piena attuazione dei principi previsti dalla normativa internazionale, nonché dalla recente normativa in materia (Legge 190/2012). Nel 2014 è prevista la realizzazione di una "Giornata della Trasparenza" organizzata dall'Area Vasta Pordenonese, come appuntamento nel corso del quale l'Azienda potrà illustrare e discutere con i cittadini e le organizzazioni maggiormente rappresentative i principali temi per raccogliere suggerimenti (sia scritti che verbali) da utilizzare per la rielaborazione annuale del piano della performance nonché per il miglioramento ed il rafforzamento delle logiche di coinvolgimento/partecipazione dei cittadini. Proseguirà in tal senso anche l'impegno, già avviato nel 2013, di "rifacimento" del sito aziendale non solo come adempimento normativo ma quale strumento cardine della comunicazione con i cittadini.

## Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)

L'Azienda è accreditata (accreditamento istituzionale regionale) per l'erogazione della funzione di Fisiopatologia della Riproduzione Umana e Banca del Seme e degli Ovociti (una delle 15 banche del Servizio Sanitario presenti in Italia). Nel 2013 sono state erogate circa 6.400 prestazioni ambulatoriali per pazienti di sesso maschile e femminile, con un impegno in forte incremento per pazienti affetti da malattie neoplastiche. Nello stesso anno sono state effettuate 390 prestazioni in ricovero diurno, qualificate per il loro alto contenuto tecnico.

La funzione dispone di personale (dirigente multidisciplinare e del comparto), di tecnologie (laboratorio seminologico e embriologico) e di spazi di degenza e operativi dedicati.

I livelli di attività raggiunti dalla struttura, il ruolo di riferimento assicurato in Area Vasta e in Regione, la rispondenza ai complessi e articolati requisiti per la conformità ai DD. lgs. 191/2007 e 16/2010 per quanto attiene alle attività di prelievo, controllo, lavorazione, conservazione, stoccaggio e distribuzione di gameti, zigoti ed embrioni per tecniche di procreazione medicalmente assistita, e, non ultimo, la rilevanza pubblica dei temi di bioetica che la funzione intercetta, hanno motivato la trasformazione in SSD della struttura semplice di Fisiopatologia della Riproduzione umana e Banca del seme.

## Radiologia Interventistica

Una delle discipline che si rendono sempre più indispensabili è sicuramente la Radiologia Interventistica che ha avuto il seguente sviluppo:

- la S.C. Radiologia Interventistica, istituita con l'atto aziendale,
- Implementato l'organico medico
- Individuati nuovi spazi, per realizzazione del polo di radiologia interventistica

Il fine dell'intervento endovascolare è quello di sostituire l'intervento chirurgico classico in situazioni particolari e specifiche:

- a) quando la chirurgia tradizionale non è possibile per la situazione clinica del paziente.
- b) quando vi sono alti rischi nell'intervento chirurgico classico.
- c) quando le difficoltà tecniche controindicano l'intervento chirurgico.
- d) quando specifiche indicazioni è maggiormente indicato l'intervento per via vascolare.

L'evoluzione della tecnologia, nella diagnostica (nuove TAC e nuove RM), associata all'evoluzione dei materiali specifici, ha contribuito ad un'ulteriore evoluzione nel panorama interventistico con specifiche embolizzazioni nei sanguinamenti in atto e in patologie neuro vascolari.

Per quanto riguarda i relativi interventi, così si può elencare l'attività svolta:

- \_ interventi di endoprotesi aortica bisiliaca in ambito di aneurismi dell'aorta addominale.
- \_ interventi di endoprotesi toracica per aneurismi.
- \_ interventi per stenosi carotidea.
- \_ interventi per angioplastiche per stenosi/subocclusioni vascolari.
- \_ interventi per posizionamento di stent vascolari in stenosi e/o pseudoaneurismi vascolari.
- \_ interventi tutti in urgenza per embolizzazioni in rotture traumatiche vascolari e/o di organo.
- \_ interventi percutanei di varicocele: primitivi e recidive.
- \_ drenaggi percutanei in raccolte settiche o ematomi addominali.
- \_ drenaggi percutanei in raccolte polmonari.
- \_ interventi di colangiografia percutanea e successivo drenaggio.
- \_ posizionamenti di stent biliari.
- \_ interventi di chemioembolizzazione epatica.
- \_ interventi di chemioembolizzazione in sede diversa da quella epatica.
- \_ Interventi di radiofrequenza in lesioni epatiche.
- \_ Interventi di radiofrequenza e microonde in lesioni polmonari.
- \_ Embolizzazioni in sanguinamenti in atto.

- Interventistica neuro-radiologica.
- Esecuzione di biopsie sotto guida TC/Ecografia.
- consulenze di visita specialistica.

Nel 2013, l'attività complessivamente svolta per i ricoverati è la seguente:

<b>ATTIVITA' INTERVENTISTICA</b>	<b>anno 2012</b>	<b>anno 2013</b>
Posiz.protesi espandibili R1005	42	39
Posiz.protesi biliari espandibili R1007	6	3
Angioplastica + 1 stent non associabile ad arteriografia selettiva R5008	100	84
Embolizzazione farmacologica arter.o scleroembolizzazione vene R5010	53	60
Embolizzazione con disp.metallici R5011	18	14
Drenaggio biliare perc.esterno R5016	5	1
Drenaggio biliare perc.esterno-interno R5017	4	17
Toracentesi guidata 34.91.1		1
Drenaggio percutaneo addominale Tc guidato 54.91.1	19	25
<b>TOTALE</b>	<b>247</b>	<b>244</b>

<b>ATTIVITA' DIAGNOSTICA ANGIOGRAFICA</b>	<b>anno 2012</b>	<b>anno 2013</b>
Arteriografia selettiva (unica) R5003	60	69
Arteriografia selettiva (multipla) R5004	99	82
Angiografia aorta torac.e/o aort.e/o arco arto sup. 88.42.1	34	39
Angiografia aorta add.e/o arterie iliache 88.42.2.	204	254
Angiografia dei tronchi sovraortici per via arteriosa 88.42.3	21	25
Arteriografia dell'arto inferiore per via arteriosa 88.48.0	113	181
Arteriografia dell'arto inferiore per via venosa 88.48.0		1
Cavografia superiore 88.63.1	5	10
Cavografia inferiore 88.65.1	2	6
Flebografia degli arti inferiori bilaterale 88.66.2		
<b>TOTALE</b>	<b>538</b>	<b>667</b>

## **L'ACCREDITAMENTO JOINT COMMISSION INTERNATIONAL**

Dopo tre anni di preparazione, una mock-survey eseguita nel 2012, si è proceduto con la survey vera e propria tra il 14 ed il 18 gennaio 2013 .

L'aver messo a punto tutta la macchina organizzativa ospedaliera con il controllo di tutte le procedure sanitarie ed amministrative ha richiesto un notevole sforzo al personale ma al tempo stesso ha creato un grande spirito di squadra.

I motivi per cui ci si accredita (con JCI o con altri) sono molti. I servizi sanitari impegnano molte risorse pubbliche (in regione FVG il finanziamento per il SSR assorbe ben più della metà dell'intero bilancio) e, contestualmente alla crescita dei costi, è cresciuta anche l'attenzione delle persone su come i servizi sanitari utilizzano i finanziamenti che ricevono. Uno degli strumenti per rendere conto di quello che si fa e dei risultati raggiunti è quello di far valutare l'organizzazione da organismi indipendenti, prendere atto di come ci si posiziona rispetto ad un insieme di standard, universalmente riconosciuti, ritenuti raggiungibili e capaci di fornire la misura oggettiva del livello di qualità (e di sicurezza) che l'organizzazione ha raggiunto, consentendo poi di tracciare i necessari piani di miglioramento.

Il risultato della valutazione/survey dell'accreditamento è pubblico, all'interno e all'esterno della organizzazione-azienda, ed in questa pubblicità sta la sua forza , la leva che sposta e allontana dalla autoreferenzialità.

## 2.2 Cosa facciamo

L'Azienda è un luogo dove l'esercizio della cura, assicurata con scienza e coscienza al servizio del malato, è realizzata in stretto connubio con lo sviluppo della cultura scientifica e dell'innovazione tecnologica; un luogo che sia espressione di una comunità che, pur mantenendo i propri valori, vuole proiettarsi nel futuro come protagonista del cambiamento, un luogo dove l'applicazione e la trasmissione delle conoscenze scientifiche e il loro dinamico e vertiginoso sviluppo siano al servizio della vita, della dignità e della libertà dei cittadini.

I principali impegni che l'Azienda ha fatto propri ed intende sviluppare a beneficio dei cittadini sono:

- fornire al momento del ricovero un modulo informativo in cui siano contenute tutte le notizie utili riguardanti la degenza ed i servizi offerti dall'Azienda;
- migliorare ed adattare con tempestività la segnaletica sui percorsi per accedere alle prestazioni;
- ristrutturazione e messa a norma delle strutture/spazi;
- mettere in atto gli interventi finalizzati a ridurre i tempi di attesa, garantendo l'erogazione delle prestazioni secondo criteri di priorità clinica;
- facilitare e migliorare la presa in carico dei pazienti mediante l'organizzazione di percorsi multidisciplinari e multiprofessionali;
- estendere le forme di collaborazione con le associazioni di volontariato e di difesa dei cittadini;
- riesaminare, semplificare e, ove possibile, omogeneizzare la modulistica utilizzata dalle diverse Unità Operative;
- assicurare modalità e procedure per la tutela della riservatezza delle informazioni sensibili/personali;
- garantire il miglioramento continuo delle performances professionali tramite l'aggiornamento continuo e le pratiche cliniche basate sull'evidenza scientifica;
- pianificare attività correlate al miglioramento della qualità delle prestazioni assistenziali, con particolare attenzione agli ambiti della sicurezza dei processi di cura;
- perseguire l'integrazione tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici Ospedalieri mantenendo attivo il numero telefonico aziendale
- per le consultazioni e lo scambio delle informazioni cliniche riferite ai Pazienti/Utenti (Teleconsulto).

## 2.3 Come operiamo

L'Azienda riconosce la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla tutela della salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi. In tale ottica l'obiettivo prioritario è rappresentato dal servizio al cittadino e dal sistema di relazione e comunicazione con il cittadino stesso, singolo o rappresentato da associazioni.

Alla base di quanto sopra descritto sta lo sviluppo di un sistema di ascolto e di interpretazione dei bisogni dei cittadini e della collettività e la partecipazione ad iniziative di promozione della salute, di informazione ed educazione sanitaria.

Tali attività vengono promosse comunicando e partecipando con le seguenti istituzioni locali ed in particolare con:

- ASS n.6 "Friuli Occidentale", Centro di Riferimento Oncologico di Aviano e Casa di Cura "Policlinico San Giorgio";
- Comuni e Provincia, quali attori della programmazione territoriale e referenti della collettività nelle problematiche socio sanitarie.

L'Azienda assicura la partecipazione dei cittadini - anche tramite le organizzazioni di tutela, le Associazioni di Volontariato - e ne favorisce il fattivo contributo alla valutazione della qualità dei servizi e alla programmazione delle attività, anche attraverso forme innovative di partecipazione.

I diritti dei cittadini e le modalità del loro esercizio sono definiti nella Carta dei Servizi che è resa pubblica attraverso i mezzi di comunicazione aziendali al fine di garantirne la massima diffusione.

La Carta dei Servizi è il documento che nasce dalla volontà dell'Azienda di migliorare il rapporto con il cittadino, secondo una logica di trasparenza e di garanzia dei diritti.

Le Strutture Operative ed i Servizi sono organizzati secondo la logica dipartimentale che prevede l'integrazione tra discipline omogenee, affini o complementari, con la finalità di una migliore integrazione dei percorsi assistenziali ed una maggiore efficienza operativa.

Il modello dipartimentale, infatti è il modello ordinario di organizzazione e di gestione operativa di tutte le attività aziendali.

Per quel che riguarda il primo aspetto, il dipartimento rappresenta l'unità organizzativa fondamentale dell'Azienda; esso risulta dall'aggregazione di strutture omogenee, omologhe, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti pur mantenendo la rispettiva autonomia e responsabilità professionale. In ambito dipartimentale, le strutture complesse aggregano le risorse (professionali, amministrative, tecnologiche, patrimoniali, ecc.) necessarie alla produzione delle attività eventualmente attribuite a strutture semplici. Nei dipartimenti aziendali ed interaziendali a valenza funzionale (vale a dire, in quelle configurazioni organizzative che assicurano unitarietà di valutazione, programmazione o erogazione per particolari

aree/percorsi/target e che, pertanto, necessitano del contributo coordinato ed integrato di una pluralità di competenze appartenenti a strutture o settori di attività diversi) non sussiste dipendenza gerarchica tra le strutture coinvolte.

Per quel che concerne il secondo aspetto, gestione dipartimentale significa sostanzialmente:

- identificare le priorità;
- programmare gli interventi;
- certificarne la compatibilità rispetto al sistema di regole e procedure aziendali e regionali;
- garantire una corretta allocazione ed il più efficace uso delle risorse;
- lavorare per processi;
- distinguere gli output come strumentali rispetto all'outcome;
- assumere la responsabilità dei risultati raggiunti.

La tabella che segue evidenzia le diverse articolazioni organizzative del sistema ospedaliero assicurato dall'Azienda tramite i diversi stabilimenti ospedalieri.

## **DIPARTIMENTO CARDIOLOGIA**

### **S.C. Cardiologia PN**

- S.S. Elettrofisiologia Interventistica e cardiostimolazione
- S.S. Unità di Terapia Intensiva e Degenza cardiologica
- S.S. Diagnostica non invasiva e Imaging cardiologico
- S.S. Emodinamica Interventistica

### **S.S.D. Cardiologia Riabilitativa**

### **S.S.D. Patologia Cardiovascolare e aterosclerosi**

### **S.C. Cardiologia San Vito - Spilimbergo**

## **DIPARTIMENTO CHIRURGIA GENERALE**

### **S.C. Chirurgia 1 PN**

- S.S. Chirurgia dell'obesità

### **S.C. Chirurgia 2 PN**

### **S. C. Chirurgia San Vito**

### **S. C. Chirurgia Spilimbergo**

### **S.C. Urologia**

### **S.S.D. Degenza Breve**

### **S.S.D. Gastroenterologia e endoscopia digestiva**

## **DIPARTIMENTO CHIRURGIA SPECIALISTICA**

### **S.C. Chirurgia della Mano e Microchirurgia**

### **S.C. Chirurgia Maxillo-Facciale e Odontostomatologia**

### **S.C. Oculistica**

### **S.C. Otorinolaringoiatria PN**

### **S.C. Otorinolaringoiatria San Vito**

### **S.C. Ortopedia-Traumatologia PN**

- S.S. Gestione del trauma minore

### **S. C. Ortopedia e Traumatologia San Vito - Spilimbergo**

- S.S. Chirurgia Protesica e Traumatologia San Vito

- S.S. Week Surgery e Traumatologia Spilimbergo

## **DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**

### **S.C. Radiologia Interventistica**

### **S.C. Radiodiagnostica PN**

- S.S. Radiologia Sacile e Senologia

### **S.C. Medicina Nucleare**

### **S.C. Radiodiagnostica S. Vito, Spilimbergo/Maniago**

- S.S. Radiologia Mininvasiva ecoguidata S. Vito

- S.S. Radiologia Spilimbergo/Maniago

## **DIPARTIMENTO EMERGENZA, MEDICINA PERIOPERATORIA E CURE INTENSIVE**

### **S.C. Anestesia - Rianimazione e Terapia Intensiva**

- S.S. 118 Centrale Operativa
- S.S. Anestesia e Rianimazione Spilimbergo

### **S.C. Anestesia e Rianimazione PN**

- S.S. Terapia del Dolore e Cure Palliative

### **S.C. Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza PN**

- S.S. Medicina d'urgenza e degenza breve internistica
- S.S. Pronto Soccorso Sacile
- S.S. Pronto Soccorso Spilimbergo/Maniago

### **S.C. Anestesia e Rianimazione S. Vito**

- S.S. Area Cure intensive e semi intensive
- S.S. Medicina perioperatoria

### **S.C. Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza S. Vito**

- S.S. Osservazione breve intensiva

### **S.S.D. Organizzazione dei Blocchi Operatori Aziendali**

## **DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE**

### **S.C. Pediatria e Neonatologia PN**

S.S. Neonatologia  
S.S. Gestione delle urgenze pediatriche

### **S.C. Ostetricia e Ginecologia PN**

**S.S. Fisiopatologia Riproduzione Umana e Banca del seme e degli ovociti**

### **S.C. Ostetricia e Ginecologia S. Vito**

S.S. Diagnosi prenatale anomalie cromosomiche

### **S.C. Pediatria S. Vito**

## **DIPARTIMENTO MEDICINA INTERNA**

### **S.C. Medicina Interna 1**

### **S.C. Medicina Interna 2**

### **S.C. Medicina Interna e Post Acuzie Sacile**

### **S.S.D. Diabetologia**

### **S.S.D. Endocrinologia**

### **S.S.D. Day Hospital**

### **S.C. Medicina Interna Spilimbergo**

### **S.C. Medicina Interna S. Vito**

S.S. Patologia Vascolare e StrokeTeam

## **DIPARTIMENTO MEDICINA SPECIALISTICA**

### **S.C. Nefrologia e Dialisi**

S.S. Dialisi S. Vito  
S.S. Dialisi Spilimbergo/Maniago  
S.S. Dialisi Peritoneale Domiciliare ed Emodialisi Sacile

### **S.C. Pneumologia**

### **S.C. Oncologia PN**

### **S.C. Dermatologia**

### **S.C. Oncologia S. Vito - Spilimbergo**

## **DIPARTIMENTO MEDICINA DI LABORATORIO**

### **S.C. Anatomia e Istologia Patologica**

### **S.C. Patologia Clinica**

S.S. Medicina di Laboratorio Spilimbergo

### **S.S.D. Medicina di Laboratorio S. Vito**

### **S.C. Microbiologia Clinica e Virologia**

### **S.S.D. Citogenetica e Genetica Molecolare**

### **S.S.D. Allergologia e Immunologia Clinica**

## **DIPARTIMENTO MEDICINA RIABILITATIVA E NEUROLOGIA**

### **S.C. Medicina Riabilitativa PN – Sacile**

### **S.C. Neurologia**

### **S.C. Medicina Riabilitativa S. Vito - Spilimbergo**

S.S. Riabilitazione S. Vito

## **DIPARTIMENTO MEDICINA TRASFUSIONALE**

### **S.C. Medicina Trasfusionale e Immunoematologia**

S.S. Ambulatorio Coagulopatie congenite ed acquisite e Laboratorio di Emostasi  
S.S. Medicina Trasfusionale Spilimbergo e U.R. Sacile  
S.S. Medicina Trasfusionale Sacile - S. Vito al Tagliamento - Emostasi e Pazienti in TAO

### **S.S.D. Medicina Trasfusionale C.R.O.**

(\*) S.C. = *Struttura Complessa*

S.S.D. = *Struttura Semplice Dipartimentale*

S.S. = *Struttura Semplice*

### 3. Identità

#### 3.1 L'amministrazione "in cifre"

##### ➤ Risorse umane: situazione al 31/12/2013

	sanitario	altro(tecnico-amm.vo-prof.le)	totale
Dirigenti	472	15	487
Dipendenti del Comparto	1444	845	2289
Dipendenti Totali	1916	860	2776

##### ➤ Le strutture ospedaliere

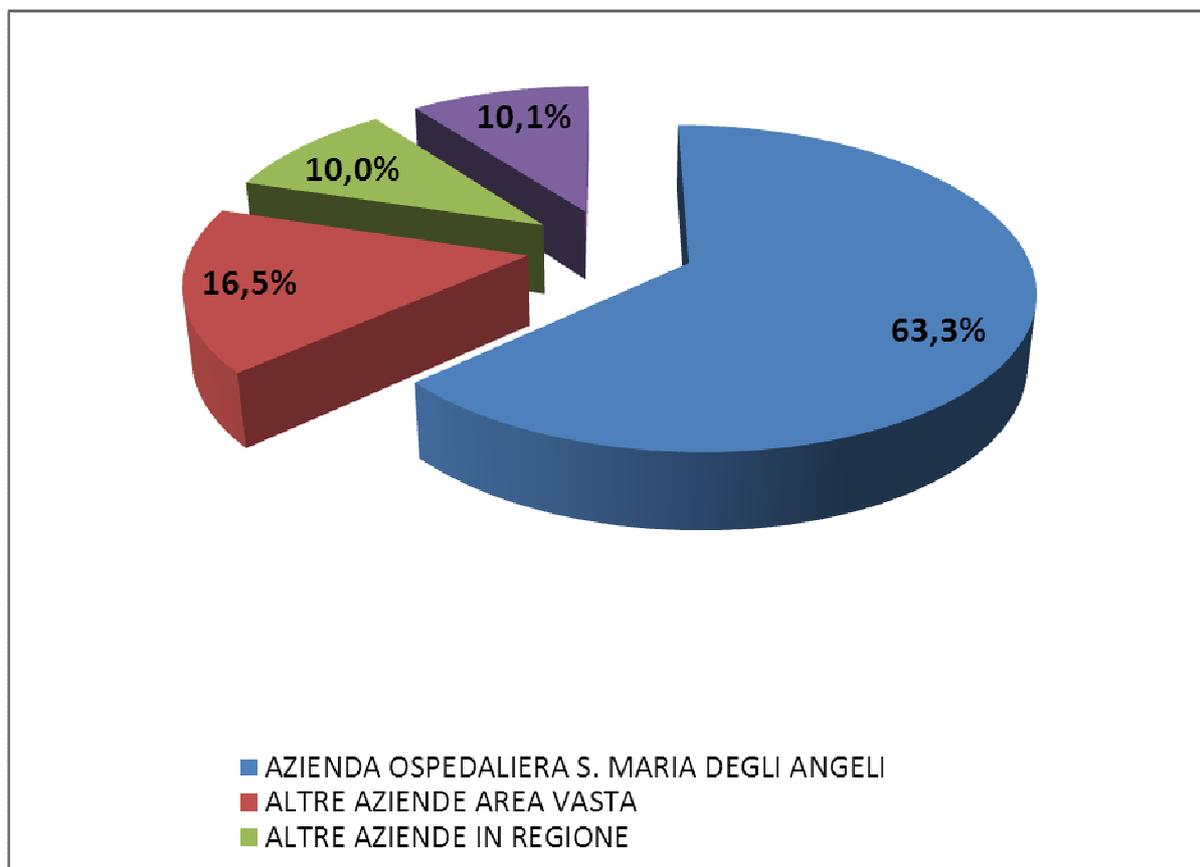
1. Sede di Pordenone	Posti letto 514
2. Sede di Sacile	Posti letto 61
3. Sede di S. Vito al Tagliamento	Posti letto 187
4. Sede di Spilimbergo	Posti letto 76

L'Azienda Ospedaliera eroga le prestazioni nelle sedi di Pordenone/Sacile, San Vito al Tagliamento, Spilimbergo/Maniago nella logica Hub and Spoke.

L'attività sanitaria è erogata da 11 Dipartimenti interpresidio costituiti da 48 Strutture Complesse, 13 Strutture Semplici Dipartimentali e 34 Strutture Semplici.

Al 31.12.2013 disponeva di 852 posti letto di cui 101 Day Hospital.

L'Azienda copre il 63,3% della domanda di ricovero dei residenti, il 16,7% degli altri ricoveri viene svolto in strutture private accreditate dell'area vasta, il 10% in altre strutture della regione e il 10,1% (dati 2011) presso altre Regioni.



Di seguito si riportano alcuni indicatori dell'attività di ricovero che risultano in linea con il mandato conferito alle strutture: si segnala una diminuzione dei ricoveri e contrazione delle giornate di ricovero a seguito di un'ulteriore diminuzione della degenza media che è passata da 6 giorni nel 2012 a 5,6 nel 2013. L'indice della complessità della casistica trattata è di 1,1 per i Ricoveri Ordinari, 0,8 per i Day Hospital e 0,8 per la Rialibitazione.

<b>Media peso DRG 2013</b>	
Tipo di degenza	Peso medio
Ricoveri ordinari	1,1
Ricoveri day hospital	0,8
Ricoveri riabilitazione	0,8
totale	1,0

### Indicatori attività di ricovero

	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
Posti letto complessivi di cui day hospital	852 97	852 97	852 101
Giornate di degenza di cui day hospital	214.498 19.375	212.451 19.351	211.293 18.108
Durata di degenza (giorni)	6,4	6,0	5,6

Numero interventi chirurgici di cui day surgery	26.151 9.192	27.257 9.503	26.340 9.005
--	-----------------	-----------------	-----------------

Numero parti complessivo di cui cesarei	1.928 540	1.903 498	1.844 497
--	--------------	--------------	--------------

### DIMISSIONI PER AREA DI RESIDENZA

anno 2012/2013

		Area vasta ASS6	Regione	Extra Reg.	Totale
<b>Dimessi Ordinari</b>	2012	26.011	1.812	3.451	<b>31.274</b>
	<b>2013</b>	<b>25.941</b>	<b>1.848</b>	<b>3.207</b>	<b>30.996</b>
	Variazione	-0,3%	2,0%	-7,1%	<b>-0,9%</b>

		Area vasta ASS6	Regione	Extra Reg.	Totale
<b>Day Hospital</b>	2012	5.411	886	1.363	7.660
	<b>2013</b>	<b>4.875</b>	<b>705</b>	<b>1.189</b>	<b>6.769</b>
	Variazione	-9,9%	-20,4%	-12,8%	<b>-11,6%</b>

		Area vasta ASS6	Regione	Extra Reg.	Totale
<b>Totale dimessi</b>	2012	31.422	2.698	4.814	38.934
	<b>2013</b>	<b>30.816</b>	<b>2.553</b>	<b>4.396</b>	<b>37.765</b>
	Variazione	-1,9%	-5,4%	-8,7%	<b>-3,0%</b>

Nelle tabelle seguenti si evidenziano i numeri di ricoveri (ordinari e day hospital) per Dipartimento/reparto ospedaliero:

## Attività di ricovero

AOSMA - RICOVERI PER REPARTO - anni 2012 - 2013										
Dipart.	Reparto e sede	Posti letto			Ricoveri anno 2013			Ricoveri anno 2012		
		Ordinari	D.H.	Totale	Ordinari	D. H.	TOT	Ordinari	D.H.	TOT
<i>Chirurgia generale</i>	Chirurgia 1 PN	35	1	36	1240	22	1262	1243	14	1257
	Chirurgia 1 Sacile		1	1	0	45	45	0	44	44
	Chirurgia 2 PN	36	2	38	1682	25	1707	1561	27	1588
	Chirurgia 2 Sacile		1	1	0	182	182	0	186	186
	Chirurgia San Vito	32	2	34	923	224	1147	1005	185	1190
	Chirurgia Spilimbergo	17	3	20	1048	149	1197	995	130	1125
	Urologia	20	1	21	1111	75	1186	1135	96	1231
	Urologia Sacile		1	1	0	85	85	0	95	95
<i>Chirurgia specialistica</i>	Chirurgia della mano e mic.	13	3	16	816	515	1331	862	584	1446
	Chir. della mano Sacile		4	4	0	522	522	0	570	570
	Ortopedia e Traumatologia PN	33	1	34	1233	78	1311	1299	79	1378
	Chir. protesica e traum. S.V	30	2	32	934	281	1215	901	281	1182
	Ortopedia Spilimbergo	17	3	20	959	587	1546	973	623	1596
	Chirurgia Maxillo-facciale e od.	3	2	5	284	29	313	329	29	358
	Occhistica	4	3	7	768	633	1401	730	1087	1817
	Otorinolaringoiatria PN	20	2	22	984	246	1230	984	194	1178
Otorinolaringoiatria San Vito	6	1	7	445	107	552	401	165	566	
<i>Materno Infantile</i>	Ostetricia e Gin. PN	42	10	52	1979	414	2393	2057	392	2449
	Ser. Fisiopat. Riproduzione		8	8	0	390	390	0	381	381
	Ostetricia e Gin. San Vito	24	6	30	1217	444	1661	1245	550	1795
	Pediatria e Neonatologia PN	10	4	14	703	379	1082	839	390	1229
	Nido PN				993	0	993	1004	0	1004
	Pediatria - S. Vito	7	2	9	400	169	569	473	182	655
Nido San Vito				794	0	794	811	0	811	
<i>Emerg. urg.</i>	Medicina d'Urg. e Deg. Breve	15		15	905	0	905	551	0	551
	Anestesia Rian. PN	12		12	244	0	244	231	0	231
	Rianimazione San Vito	8	1	9	209	0	209	215	0	215

**AOSMA - RICOVERI PER REPARTO - anni 2012 - 2013**

Dipart.	Reparto e sede	Posti letto			Ricoveri anno 2013			Ricoveri anno 2012		
		Ordinari	D.H.	Totale	Ordinari	D. H.	TOT	Ordinari	D.H.	TOT
<b>Cardiologia</b>	Cardiologia PN	35	2	37	2186	321	2507	2247	355	2602
	Day Hospital		3	3	0	44	44	0	62	62
<b>Medicina interna</b>	Endocrinologia		2	2	0	5	5	0	0	0
	Medicina interna 1 PN	49	7	56	1892	138	2030	1984	136	2120
	Medicina interna 2 PN	49	6	55	2123	50	2173	2161	53	2214
	Medicina interna Sacile	19	1	20	193	22	215	323	23	346
	Post-acuti Sacile	19		19	28	0	28	17	0	17
	Medicina interna San Vito	52	4	56	1358	81	1439	1399	72	1471
	Post-acuti San Vito	6		6	0	0	0	0	0	0
	Medicina interna Spilimb	30	1	31	1107	45	1152	1084	41	1125
	Medicina Maniago	10		10	420	0	420	412	0	412
	Post Acuti Maniago	4		4						
	<b>Med. Specialistica</b>	Nefrologia e Dialisi	11	4	15	381	285	666	331	319
Pneumologia		23	2	25	564	74	638	564	88	652
Dermatologia		1	2	3	0	2	2	0	81	81
<b>Medicina riabilitativa</b>	Neurologia	29	2	31	604	73	677	625	93	718
	Stroke Unit	7		7	249	0	249	223	0	223
	Medicina Riabilitativa PN-SA	15		15	66	0	66	74	0	74
	Medicina Riabilitativa SV	4		4			0			
	Medicina Riabilitativa SP	4	1	5	72	72	144	74	64	138

Nelle tabelle seguenti si evidenzia l'attività ambulatoriale svolta negli ospedali comprendente: prestazioni di prima visita, visita di controllo, piccoli interventi ambulatoriali, prestazioni diagnostiche, prestazioni di pronto soccorso non urgenti e altro; distinte per Dipartimento/reparto ospedaliero.

## Attività ospedaliera – prestazioni ambulatoriali

AOSMA Prestazioni ambulatoriali: anni 2012/2013 (fonte dati: SIASA)				
Dipartimento	Unità Erogante	Numero Prestazioni S.S.N.		
		anno 2013	anno 2012	Variaz. 2013/2012
<u>Chirurgia generale</u>	Chirurgia 1 PN	2827	2859	-1%
	Chirurgia 1 Sacile	723	708	2%
	Chirurgia dell'obesità	365	368	-1%
	Chirurgia 2 PN	5777	5089	14%
	Chirurgia 2 Sacile	790	711	11%
	Chirurgia San Vito	14111	14182	-1%
	Chirurgia Spilimbergo	4836	4982	-3%
	Gastroenterologia ed endosc.	11700	13055	-10%
	Gastroenterologia Spilimbergo	2747	2658	3%
	Urologia	10247	9591	7%
	Urologia Sacile	950	830	14%
	Urologia San Vito	1156	1031	12%
Urologia Spilimbergo	1591	1846	-14%	
<u>Chirurgia specialistica</u>	Ortopedia e Traumatologia PN	16941	12078	40%
	Ortopedia Sacile	408	382	7%
	Chir. della mano	10676	10585	1%
	Chir. della mano Sac.	1130	1047	8%
	Chir. protesica e traum. San Vito	9934	8656	15%
	Week Surgery e artroscopia SP	6225	5877	6%
	Chirurgia Maxillo-facciale	7639	6724	14%
	Chirurgia Maxillo-facciale Sac	986	795	24%
	Oculistica	23157	19768	17%
	Oculistica Sacile	2606	2037	28%
<u>Materno-Infantile</u>	Otorinolaringoiatria PN	13401	11329	18%
	Centro audiologico	7332	6882	7%
	Otorinolaringoiatria San Vito	10021	9207	9%
	Ostetricia e Ginecologia PN	11937	7697	55%
	Fisiopatologia riproduzione umana	6426	5689	13%
	Ostetricia Gin.Sacile	748	517	45%
	Ostetricia e ginecologia San Vito	10426	8756	19%
<u>Emergenza - medicina perioperatoria e cure intensive</u>	Pediatria PN	5036	4366	15%
	Neonatologia	293	279	5%
	Pediatria San Vito	2385	2407	-1%
	Anestesia e Rianimazione PN	487	491	-1%
	Terapia dolore e Cure palliative	7313	6183	18%
	Anestesia e Rianimazione San Vito	1505	1093	38%
	Anestesia Spilimbergo	556	427	30%
<u>Cardiologia</u>	Pronto Socc. e Medicina d'Urg. PN	21569	4619	367%
	Pronto Socc. Sacile	4075	1669	144%
	Pronto Soccorso San Vito	17030	2258	654%
	Pronto Socc. Spilimbergo- Maniago	7491	888	744%
<u>Cardiologia</u>	Cardiologia PN	25093	24752	1%
	Cardiologia Riabilitativa	22858	23021	-1%
	Cardiologia San Vito	17011	15981	6%
	Cardiologia Spilimbergo	4808	4951	-3%

Dipartimento	Unità Erogante	Numero Prestazioni S.S.N.		
		anno 2013	anno 2012	Variaz. 2013/2012
<u>Medicina interna</u>	Medicina interna 1 PN	2610	2501	4%
	Medicina interna 2 PN	6130	5453	12%
	Day Hospital	5781	6537	-12%
	Endocrinologia	3050		
	Diabetologia	18178	14966	21%
	Diabetologia Sacile	5245	4689	12%
	Medicina interna e Post Acuti Sacile	5756	5573	3%
	Medicina interna San Vito	3702	3518	5%
	Diabetologia San Vito	2756	2842	-3%
	Pneumatologia San Vito	575	687	-16%
	Reumatologia San Vito	313	304	3%
	Medicina Spilimbergo	3899	3803	3%
	Diabetologia Spilimbergo	9257	8519	9%
Medicina Maniago	115	3351	-97%	
<u>Medicina specialistica</u>	Nefrologia e dialisi	24320	22794	7%
	Dialisi peritoneale e Emodialisi Sacile	16270	13173	24%
	Dialisi S. Vito	11043	10780	2%
	Dialisi Spilimbergo-Man.	14534	14230	2%
	Pneumologia	11919	11327	5%
	Oncologia PN	16567	47975	-65%
	Oncologia San Vito	5168	6688	-23%
	Oncologia Spilimbergo	1978	2195	-10%
Dermatologia	27680	22606	22%	
<u>Medicina Riabilitativa e Neurologia</u>	Medicina Riabilitativa PN-SA	51092	51934	-2%
	Medicina Riabilitativa San Vito	14151	17021	-17%
	Medicina Riabilitativa Spilimbergo	10172	8534	19%
	Neurologia	20427	19821	3%
<u>Medicina Trasfusionale</u>	Ambulatorio Coagulopatie	76776	68656	12%
	Medicina Trasfusionale e Imm.	31957	28046	14%
	Medicina Trasfusionale S. Vito	35168	39290	-10%
	Medicina Trasfusionale Spilimbergo	717	357	101%
<u>Medicina di Laboratorio</u>	Allergologia e Immunologia clinica	124090	122139	2%
	Anatomia e istologia patologica	24425	25709	-5%
	Citogenetica e Genetica Molecolare	11044	8958	23%
	Medicina di Laboratorio S.Vito	42294	58952	-28%
	Medicina di Laboratorio Spilim.	65241	116213	-44%
	Microbiologia Clinica e Virologia	73699	73374	0%
	Patologia clinica	2357508	2326076	1%
<u>Diagnostica per Immagini</u>	Medicina Nucleare	13817	14032	-2%
	Radiodiagnostica PN	41807	30745	36%
	Radiologia Sacile e senologia	18377	17369	6%
	Radiodiagnostica San Vito	32121	27427	17%
	Radiodiagnostica Spilimbergo	19362	18583	4%
	Radiodiagnostica Maniago	6586	6767	-3%
	Psicologia	171	538	-68%

## ATTIVITA' di EMERGENZA/URGENZA

Ogni giorno il 118 compie mediamente 50 missioni e 301 utenti si recano presso le sedi di Pronto Soccorso aziendali. I dati di affluenza, in leggera diminuzione, sono in linea con quelli regionali.

E' necessario però evidenziare, anche impropriamente, un forte aumento degli accessi al Pronto Soccorso pediatrico (21,08% dal 2011) che si caratterizza sempre di più come unico riferimento per le patologie, anche non urgenti, dell'infanzia.

	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
Num. Accessi Pronto soccorso	110.067	109.867	110.098
<i>di cui P.S. Pediatrico</i>	<i>11.995</i>	<i>13.657</i>	<i>14.523</i>

L'analisi del codice di priorità in ingresso evidenzia come vi sia una prevalenza di "codici bianchi" a minor intensità nei Pronto Soccorso di Maniago, Spilimbergo e Sacile con una "concentrazione" dei codici verdi a Pordenone.

PRONTO SOCCORSO	PRIORITA' IN INGRESSO				
	1.BIANCO	2.VERDE	3.GIALLO	4.ROSSO	7.BLU e NERO
P.S. Maniago	60,3	29,5	9,4	0,9	0,0
P.S. Pediatrico	35,7	61,0	3,3	0,0	0,0
P.S. Pordenone	34,2	42,5	21,8	1,5	0,0
P.S. Sacile	53,6	34,5	11,4	0,5	0,0
P.S. San Vito	41,6	45,2	11,9	1,2	0,0
P.S. Spilimbergo	45,3	39,8	13,3	1,6	0,0
<b>TOTALE AZIENDA</b>	<b>39,5</b>	<b>44,1</b>	<b>15,3</b>	<b>1,1</b>	<b>0,0</b>

## **ATTIVITA' DI MEDICINA SPECIALISTICA**

Negli ultimi 2 anni si è formato un team multidisciplinare che si occupa di “piede diabetico” (diabetologo, internista, cardiologo, radiologo interventista, chirurgo vascolare, ortopedico, riabilitatore), che ha notevolmente incrementato il numero dei pazienti seguiti (più di 300 su base annua). L'aumento delle procedure di rivascolarizzazione eseguite ha permesso che una minor parte di diabetici sia costretta all'amputazione dell'arto.

Inoltre, la SSD di Endocrinologia è attiva dal 2012, al fine di rispondere alla esigenze della provincia di Pordenone ed i pazienti seguiti sono circa 5000.

## **ATTIVITA' DI CHIRURGIA SPECIALISTICA**

Oltre all'importante attività condotta dalle S.C. di Ortopedia in ambito protesico, è necessario ricordare:

- l'attività di impianto di protesi cocleari nell'adulto della S.C. di Otorinolaringoiatria;
- il potenziamento degli elevati standard operativi, in termini sia quantitativi che qualitativi, della S.C. di Oculistica nell'ambito della chirurgia vitreo-retinica e dei trapianti corneali (480 e 53 casi trattati nel 2012); inoltre nel 2013 è stata attivata una procedura di utilizzo delle cellule staminali che permette il trapianto anche in pazienti altrimenti non trattabili (causticazioni, traumi).

## **INDICATORI DELL'EROGAZIONE DEI LEA (Livelli Essenziali di Assistenza)**

Gli indicatori dell'erogazione dei LEA sono tratti dalla griglia LEA del Ministero della Salute e da valori di attività e di prestazione ritenuti importanti per la programmazione delle attività aziendali e sono differenziati tra le attività territoriali (indicatori per le ASS), e le attività ospedaliere (indicatori per le AOU, AO, IRCCS e Ospedali delle ASS).

Come indicato dalle Linee per la gestione, la programmazione delle prestazioni che si debbono garantire nell'anno 2014 per le diverse classi di attività proprie della mission istituzionale aziendale dovrà tendere a garantire la tenuta dei livelli di assistenza e ad un'eventuale sua riconversione, da valutarsi sulla base delle evidenze derivanti dall'analisi del rapporto tra domanda ed offerta, diminuendo il numero delle prestazioni meno richieste od inappropriate ed aumentando il numero di prestazioni appropriate che presentano sofferenza dal punto di vista della domanda e nel contempo, il miglioramento continuo dei risultati e degli esiti delle prestazioni

Il Piano di produzione per il contenimento dei tempi di attesa per l'anno 2014 riguarda solo le prestazioni critiche che ogni Area Vasta ha individuato sulla base delle risultanze dei monitoraggi 2013.

Indicatori dell'erogazione dei LEA  
Ospedale "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone

N.	Indicatore	Metodo di calcolo	Standard Obiettivo 2014	Valore medio Regionale	Valore storico 2012	Stima 2013	Risultato atteso 2014
24	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico **	(Numero di ricoveri diurni di tipo diagnostico / Popolazione legale censimento 2011) x 1000 (DATO DI AREA VASTA) Obiettivo raggiunto: - al 100% se il tasso è ≤ 10 - al 50% se il tasso è ≤ 30	≤10	12,4	11,4		≤10
25	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	(Numero di dimissioni ordinarie con DRG chirurgico/ numero complessivo di dimissioni in regime ordinario) x 100	≥36%	41,57	43,78	44	44
26	Tasso di ospedalizzazione standardizzato di ricoveri ordinari (di 2 o più giornate) attribuiti a DRG a alto rischio di inappropriatezza (Patto della salute 2010-2012) (108 DRG) **	(N. dimissioni in degenza ordinaria (di 2 o più giornate) con DRG "inappropriato" / Popolazione legale censimento 2011) x 1000. (DATO DI AREA VASTA) Obiettivo raggiunto: - al 100% se è ≤ 23 - al 50% se è ≤ 60	≤23	17,99	19,06		≤23
27	Percentuale parti cesarei	(Dimissioni con parto cesareo [DRG: 370; 371] / Totale dimesse per parto [DRG 370; 371; 372; 373; 374; 375]) x 100 Obiettivo raggiunto: - al 100% se il tasso è ≤ 25 % - al 50% se il tasso è ≤ 30 %	<25%	21,6	29,8	29,8	<25%
28	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48h in regime ordinario	(Casi con diagnosi principale di frattura anca e femore con degenza preoperatoria compresa fra 0 e 48h) / (numero dimissioni con diagnosi principale di frattura anca e femore) x 100 Obiettivo raggiunto: - al 100% se il valore è ≥ 60 % - al 50% se il valore è ≥ 40 % e <60%	≥60%	27,7	43,5	46	46
29	Degenza Media Standardizzata per il case-mix (x DRG comuni)	Analisi case mix	≤6	8,17	6,79	6,9	< 7
30	Indice di case mix	Analisi case mix		1,17	0,97	0,97	0,97
31	Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Rapporto percentuale tra dimessi da reparti chirurgici cui sia stato attribuito un DRG medico e il totale dei dimessi da reparti chirurgici.		27,3	26,6	26,6	26
32	Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi (0-99) sul totale dei ricoveri ordinari medici	Rapporto percentuale fra il numero di ricoveri ordinari con DRG medico e durata della degenza minore o uguale a due giorni ed il totale dei ricoveri ordinari con DRG medico.		22,29	24,66	24,66	24
33	Percentuale di ricoveri ordinari medici oltre soglia sul totale dei ricoveri ordinari medici di pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni	Rapporto percentuale fra il numero di ricoveri ordinari con DRG medico e durata della degenza superiore alla soglia specifica del DRG ed il totale dei ricoveri ordinari con DRG medico di pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni		1,78	0,56	0,62	0,62
34	Qualità del secondo livello del programma di screening della mammella	(Casi refertati entro 30 giorni/ Totale dei casi) x 100	≥90%	94,3	97,01	97,35	≥90%
35	Qualità del secondo livello del programma di screening del colon retto	(Numero campi compilati/ Totale dei campi della cartella endoscopica) x 100	≥ 95%	94,45	78,07	86,46	≥ 95%
36	Qualità del secondo livello del programma di screening del colon retto	(Casi con tempo di attesa tra FOBT e Colonscopia minore ai 30 giorni/ Totale dei casi) x 100	≥ 90%	75,83	99,11	43,15	≥ 90%
37	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	75°percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra la ricezione della chiamata da parte della centrale operativa e l'arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso di tutte le dimissioni durante l'anno.	≤18'		16' 06"		≤18'

Note

\*\* Gli indicatori 24 e 26 sono basati sull'attività erogata e non sono tassi di ospedalizzazione. L'aoasma si impegnerà nella riduzione dei DH diagnostici come modalità operativa. Verranno attivati tavoli di area vasta per il monitoraggio ed il coordinamento delle azioni da intraprendere per il raggiungimento degli obiettivi.

L'indicatore 24 (DH diagnostici) risulta elevato nella sede di Pordenone a causa di un errore di stampa delle SDO cartacee per cui viene registrata la tipologia di DH diagnostico anche nei casi in cui il DH è chirurgico. (le due tipologie di DH nella SDO cartacea hanno lo stesso codice).

Gli indicatori sono stati calcolati sull'attività delle sedi di Pordenone e di Sacile

Indicatori dell'erogazione dei LEA  
Ospedale di Spilimbergo

N.	Indicatore	Metodo di calcolo	Standard Obiettivo	Valore medio Regionale	Valore storico 2012	Stima 2013	Risultato atteso 2014
24	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico **	(Numero di ricoveri diurni di tipo diagnostico / Popolazione legale censimento 2011) x 1000 (DATO DI AREA VASTA) Obiettivo raggiunto: - al 100% se il tasso è ≤ 10 - al 50% se il tasso è ≤ 30	<=10	12,4	11,4		<=10
25	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	(Numero di dimissioni ordinarie con DRG chirurgico/ numero complessivo di dimessi in regime ordinario) x 100	>=36%	41,57	45,79	46	46
26	Tasso di ospedalizzazione standardizzato di ricoveri ordinari (di 2 o più giornate) attribuiti a DRG a alto rischio di inappropriata (Patto della salute 2010-2012) (108 DRG) **	(N. dimissioni in degenza ordinaria (di 2 o più giornate) con DRG "inappropriato" / Popolazione legale censimento 2011) x 1000. (DATO DI AREA VASTA) Obiettivo raggiunto: -al 100% se è ≤ 23 - al 50% se è ≤ 60	<=23	17,99	19,06		<=23
28	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48h in regime ordinario	(Casi con diagnosi principale di frattura anca e femore con degenza preoperatoria compresa fra 0 e 48h)/ (numero dimissioni con diagnosi principale di frattura anca e femore) x 100 Obiettivo raggiunto: - al 100% se il valore è ≥ 60 % - al 50% se il valore è ≥ 40 % e <60%	>=60%	27,7	54,8	41	41
29	Degenza Media Standardizzata per il case-mix (x DRG comuni)	Analisi case mix	<=6	8,17	7,86	8	8
30	Indice di case mix	Analisi case mix		1,17	0,9	0,88	0,88
31	Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Rapporto percentuale tra dimessi da reparti chirurgici cui sia stato attribuito un DRG medico e il totale dei dimessi da reparti chirurgici.		27,3	18,18	18,3	18
32	Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi (0-99) sul totale dei ricoveri ordinari medici	Rapporto percentuale fra il numero di ricoveri ordinari con DRG medico e durata della degenza minore o uguale a due giorni ed il totale dei ricoveri ordinari con DRG medico.		22,29	12,47	12	12
33	Percentuale di ricoveri ordinari medici oltre soglia sul totale dei ricoveri ordinari medici di pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni	Rapporto percentuale fra il numero di ricoveri ordinari con DRG medico e durata della degenza superiore alla soglia specifica del DRG ed il totale dei ricoveri ordinari con DRG medico di pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni		1,78	1,32	1,1	1,1
35	Qualità del secondo livello del programma di screening del colon retto	(Numero campi compilati/ Totale dei campi della cartella endoscopica) x 100	>= 95%	94,45	98,97	100	>= 95%
36	Qualità del secondo livello del programma di screening del colon retto	(Casi con tempo di attesa tra FOBT e Colonscopia minore ai 30 giorni/ Totale dei casi ) x 100	>= 90%	75,83	98,96	82,5	>= 90%

Note

\*\* Gli indicatori 24 e 26 sono basati sull'attività erogata e non sono tassi di ospedalizzazione. L'asoma si impegnerà nella riduzione dei DH diagnostici come modalità operativa. Verranno attivati tavoli di area vasta per il monitoraggio ed il coordinamento delle azioni da intraprendere per il raggiungimento degli obiettivi.

Indicatori dell'erogazione dei LEA  
Ospedale di San Vito al Tagliamento

N.	Indicatore	Metodo di calcolo	Standard Obiettivo	Valore medio Regionale	Valore storico 2012	Stima 2013	Risultato atteso 2014
24	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico **	(Numero di ricoveri diurni di tipo diagnostico / Popolazione legale censimento 2011) x 1000 (DATO DI AREA VASTA) Obiettivo raggiunto: - al 100% se il tasso è ≤ 10 - al 50% se il tasso è ≤ 30	≤10	12,4	11,4		≤10
25	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari	(Numero di dimissioni ordinarie con DRG chirurgico/ numero complessivo di dimessi in regime ordinario) x 100	≥36%	41,57	41,67	43	43
26	Tasso di ospedalizzazione standardizzato di ricoveri ordinari (di 2 o più giornate) attribuiti a DRG a alto rischio di inappropriata (Patto della salute 2010-2012) (108 DRG) **	(N. dimissioni in degenza ordinaria (di 2 o più giornate) con DRG "inappropriato" / Popolazione legale censimento 2011) x 1000. (DATO DI AREA VASTA) Obiettivo raggiunto: - al 100% se è ≤ 23 - al 50% se è ≤ 60	≤23	17,99	19,06		≤23
27	Percentuale parti cesarei	(Dimissioni con parto cesareo [DRG: 370; 371] / Totale dimesse per parto [DRG 370; 371; 372; 373; 374; 375]) x 100 Obiettivo raggiunto: - al 100% se il tasso è ≤ 25 % - al 50% se il tasso è ≤ 30 %	<25%	21,6	17,7	18,8	<25%
28	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48h in regime ordinario	(Casi con diagnosi principale di frattura anca e femore con degenza preoperatoria compresa fra 0 e 48h) / (numero dimissioni con diagnosi principale di frattura anca e femore) x 100 Obiettivo raggiunto: - al 100% se il valore è ≥ 60 % - al 50% se il valore è ≥ 40 % e <60%	≥60%	27,7	36,4	34,5	34
29	Degenza Media Standardizzata per il case-mix (x DRG comuni)	Analisi case mix	≤6	8,17	7,54	7,6	7,6
30	Indice di case mix	Analisi case mix		1,17	0,85	0,86	0,86
31	Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Rapporto percentuale tra dimessi da reparti chirurgici cui sia stato attribuito un DRG medico e il totale dei dimessi da reparti chirurgici.		27,3	36,16	34	34
32	Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi (0-99) sul totale dei ricoveri ordinari medici	Rapporto percentuale fra il numero di ricoveri ordinari con DRG medico e durata della degenza minore o uguale a due giorni ed il totale dei ricoveri ordinari con DRG medico.		22,29	22,92	22	22
33	Percentuale di ricoveri ordinari medici oltre soglia sul totale dei ricoveri ordinari medici di pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni	Rapporto percentuale fra il numero di ricoveri ordinari con DRG medico e durata della degenza superiore alla soglia specifica del DRG ed il totale dei ricoveri ordinari con DRG medico di pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni		1,78	0,82	1,3	1,3
34	Qualità del secondo livello del programma di screening della mammella	(Casi refertati entro 30 giorni/ Totale dei casi) x 100	≥90%	94,3	99	96,36	≥90%
35	Qualità del secondo livello del programma di screening del colon retto	(Numero campi compilati/ Totale dei campi della cartella endoscopica) x 100	≥95%	94,45	86,03	78,18	≥95%
36	Qualità del secondo livello del programma di screening del colon retto	(Casi con tempo di attesa tra FOBT e Colonscopia minore ai 30 giorni/ Totale dei casi) x 100	≥90%	75,83	96,34	25,29	≥90%

Note

\*\* Gli indicatori 24 e 26 sono basati sull'attività erogata e non sono tassi di ospedalizzazione. L'aoasma si impegnerà nella riduzione dei DH diagnostici come modalità operativa. Verranno attivati tavoli di area vasta per il monitoraggio ed il coordinamento delle azioni da intraprendere per il raggiungimento degli obiettivi.

Gli indicatori sono stati calcolati sull'attività delle sedi di Spilimbergo e Maniago

## I TEMPI DI ATTESA

L'AOSMA costituisce il più importante erogatore di prestazioni ambulatoriali all'interno dell'Area Vasta assicurando in maniera fondamentale all'accesso alle cure: per l'anno 2013 sono stati rispettati il 97% dei tempi previsti.

In attesa del previsto aggiornamento del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2010-2012, sono confermate per l'anno 2014 le attività finalizzate al contenimento dei tempi di attesa.

Sono pertanto confermate:

- le indicazioni previste dalla DGR 2384/2010 (Linee per la gestione del SSR per l'anno 2011) ai fini dell'applicazione dei commi 1 e 2 dell'art. 12 della L.R. 7/2009;
- le indicazioni contenute nella DGR 1439 dd. 28-7-2011;
- le indicazioni e le prestazioni integrative oggetto di monitoraggio regionale già definite dalla DGR 2358 dd 30-11-2011 (Linee per la gestione del SSR per l'anno 2012);
- le prestazioni i cui tempi d'attesa dovranno essere rispettati in più sedi di Area Vasta.

La Regione Friuli Venezia Giulia, art. 1 L.R. 7/2009, promuove tutte le iniziative atte a garantire ai cittadini l'esecuzione degli accertamenti diagnostici, delle visite e degli interventi terapeutici appropriati entro i tempi che garantiscano la migliore gestione dei problemi clinici sospettati o diagnosticati, nonché di un corretto sistema di prevenzione.

Le finalità suddette si realizzano attraverso:

- a) la definizione dei tempi entro cui devono essere eseguiti gli esami diagnostici e gli interventi terapeutici;
- b) la responsabilizzazione dei direttori generali del Servizio sanitario regionale;
- c) la responsabilizzazione delle professioni sanitarie che svolgono le attività;
- d) il monitoraggio e il controllo dei risultati raggiunti;
- e) un migliore e più efficiente uso delle risorse e delle apparecchiature esistenti;
- f) l'attivazione di forme di rimborso e di esecuzione alternativa per i cittadini in caso di superamento dei tempi;
- g) l'obbligatorietà dell'informazione ai cittadini sui tempi entro i quali devono essere eseguiti gli esami diagnostici e gli interventi terapeutici;
- h) la responsabilizzazione dei cittadini che non si presentano alle prestazioni prenotate senza giustificata motivazione;
- i) un unico sistema regionale di prenotazione delle prestazioni sanitarie ambulatoriali;
- j) l'informatizzazione e la messa in rete del sistema sanitario regionale.

Le aziende sanitarie della regione definiscono, all'interno del piano annuale, le sedi dove sono garantiti i tempi massimi. Le sedi, ivi compresi i privati accreditati, sono definite nell'ambito di un accordo di area vasta e tengono conto di criteri di accessibilità geografica, orario di apertura e volumi erogati.

Sono garantiti al cittadino anche i limiti massimi di attesa per il referto degli esami diagnostici e delle visite specialistiche, in ogni caso mai superiori a sette giorni oltre gli eventuali tempi obbligatori di protocollo per l'esecuzione tecnica dell'esame.

Sono escluse le prestazioni di urgenza, ossia i quadri sintomatologici che necessitano di valutazione o di trattamento rapido e devono essere eseguite entro ventiquattro ore.

I direttori generali sono responsabili del rispetto dei tempi massimi nelle sedi definite nell'accordo di area vasta, ciascuno per le sedi e le prestazioni di competenza.

Nel PAO anno 2014, adottato in data 31 dicembre 2013 con decreto del Direttore Generale n. 393, il Piano di Produzione dell'Area Vasta Pordenonese per il contenimento dei tempi di attesa è il seguente:



## PIANO DI PRODUZIONE DELL' AREA VASTA PORDENONESE PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

### 2014

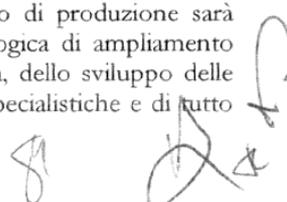
#### Premessa

La gestione delle liste d'attesa costituisce uno dei problemi più persistenti dei servizi sanitari in generale. Essa è fortemente connessa alla più generale gestione dei servizi sanitari, e risente dei provvedimenti e delle azioni condotte in tale ambito. Una politica settoriale sulle liste d'attesa non può dare soluzioni se non con la graduale riorganizzazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale, di alcuni interventi in ricovero ordinario o in predefiniti interventi in DH.

Nella pianificazione operativa dell'Area Vasta Pordenonese vengono ad essere sviluppate le tematiche atte a dimensionare, attraverso l'utilizzo di alcuni selezionati indicatori, i volumi di attività programmati per le diverse classi di attività proprie della mission istituzionale assegnata di ogni Azienda. Nel PAL/PAO 2014 ciascuna Azienda ha indicato i volumi che si prevedono per l'anno 2014 per l'elenco delle prestazioni individuate dalla DGR 1439 dd 28/7/2011 fissando tempi massimi ed evidenziando, in particolare, gli scostamenti previsti rispetto alle proiezioni 2013. Per quanto concerne le prestazioni individuate ai sensi dell'art. 3, comma 1 della L.R. 6.4.2009, n. 7, "Disposizioni in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio sanitario regionale", l'Area Vasta Pordenonese elabora il "Piano di produzione dell'Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa", definendo, fra l'altro, per ogni tipologia, i volumi prestazionali che ciascuna delle Aziende e delle strutture private accreditate che la compongono si impegnano a garantire in risposta ai fabbisogni previsti, con correlata previsione di posti in agenda. Relativamente alle indicazioni previste dalla DGR 2348/2010, ai fini dell'applicazione dei commi 1 e 2 dell'art.12 della L.R.7/2009 all'Art.12 della stessa viene riconfermato l'impegno formalizzato nell'anno 2012.

#### Note metodologiche

La stima dei volumi di produzione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero previsti con le proiezioni 2013 e le previsioni 2014, sono articolate per ogni struttura erogante e sono state stimate dai dati di monitoraggio trimestrale del piano di produzione ovvero dall'ultimo disponibile elaborato come da indicazioni regionali dai dati consolidati al 30 settembre 2012. Le previsioni dei volumi di attività per il 2014, potranno essere soggetti a rivalutazione in un'ottica di possibile reingegnerizzazione dei processi di produzione. Il piano di produzione sarà rivalutato trimestralmente nell'ottica di affinare gli interventi aziendali nella logica di ampliamento degli strumenti di governo orientati al recupero dell'appropriatezza prescrittiva, dello sviluppo delle agende costruite per criteri di priorità, della semplificazione delle prestazioni specialistiche e di tutto



quanto derivato dal monitoraggio delle prestazioni ALP. Conseguentemente , in conformità a quanto previsto dalla normativa nazionale dalla L.R. n. 7 del 6.4.2009 “Disposizioni in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell’ambito del Servizio sanitario regionale”, dalla DGR 1439 dd 28/7/2011 che recepisce e specifica il “Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010 – 2012”, G.U. e in conformità alle “Linee per la gestione 2014 del Servizio Sanitario Regionale”, l’Area Vasta Pordenonese ha predisposto il “Piano di produzione dell’Area Vasta Pordenonese per il contenimento dei tempi di attesa”.

#### **ARTICOLAZIONE DEL PIANO E DEGLI OBIETTIVI:**

- 1. Piano di contenimento dei tempi di attesa in una logica di integrazione di Area Vasta e relativi monitoraggi regionali.**
- 2. Partecipazione allo sviluppo dei criteri di priorità regionali secondo le indicazioni della Direzione Centrale Salute.**
- 3. Implementazione delle agende di prenotazione distinte per codice di priorità entro quattro mesi dalla diffusione ufficiale dei criteri di priorità a seguito dell’attivazione dell’offerta di formazione regionale dei professionisti.**
- 4. Gestione tempestiva della propria struttura dell’offerta, rispettando il dettato nazionale e regionale sull’apertura e la chiusura delle agende.**

#### **1) Piano di contenimento dei tempi di attesa in una logica di integrazione di Area Vasta e relativi monitoraggi regionali .**

Come previsto dalle Linee per la gestione del Servizio sanitario regionale anno 2014, l’elenco delle prestazioni ed i relativi valori soglia sono quelli previsti dalla DGR 1439 del 28/7/2011.

Le prestazioni da monitorare, per le quali sono definiti i tempi massimi, sono quelle considerate di primo accesso e quindi non vengono considerate:

- le prestazioni urgenti;
- le prestazioni urgenti differibili;
- le visite e/o prestazioni di controllo, intese come successive ad un primo accesso e programmate dallo stesso specialista o comunque effettuate in Area Vasta entro 6 mesi dalla visita precedente e richiesta come visita di controllo;
- le prestazioni erogate nell’ambito di specifici percorsi diagnostico terapeutici;
- le prestazioni erogate nell’ambito di programmi regionali di prevenzione attiva;

Nel piano di produzione sono previsti i volumi programmati per le singole prestazioni individuate dalla normativa e dalla pianificazione regionale e inoltre sono individuate le sedi, all’interno dell’area vasta, che garantiscono i tempi massimi d’attesa per ogni prestazione oggetto di monitoraggio. Il tempo massimo viene rispettato in almeno una sede di area vasta per le prestazioni a più elevato livello specialistico e in più sedi di area vasta per le prestazioni di base. Gli elenchi completi delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero, dei relativi tempi massimi e delle sedi di erogazione e dei volumi previsti per il 2014 vengono riportati negli Allegati. Le sedi di ricovero sono individuate dalle aziende erogatrici in ordine alla specifica struttura organizzativa.

Il gruppo tecnico di area vasta mediante il monitoraggio trimestrale dei tempi di attesa assicura il coordinamento delle attività necessarie a garantire in almeno 2 sedi il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni indicate nella circolare della DCSISPS prot. N. 22865 del 29 dicembre 2010.

**Nell'allegato 1** è riportato lo schema previsto dal documento di programmazione 2014, che indica per i soggetti erogatori dell'area vasta, la proiezione delle prestazioni effettuate nel 2013 e la previsione per il 2014. Tutti gli scostamenti vengono motivati.

**Nell'allegato 2** è riportato lo schema relativo agli interventi chirurgici oggetto del piano di contenimento dei tempi di attesa e per le quali valgono le stesse considerazioni dell'allegato 1.

**Nell'allegato 3** è riportato lo schema relativo ad altre prestazioni erogate in regime di ricovero DH/DS e ambulatoriale.

**Nell'allegato 4** è riportato lo schema relativo alle prestazioni ambulatoriali, dei relativi tempi massimi e delle sedi di erogazione accreditate. Per le prestazioni di ricovero si faccia riferimento agli Allegati 2 e 3.

**2) Partecipazione allo sviluppo dei criteri di priorità regionali secondo le indicazioni della Direzione Centrale Salute.**

Come già garantito nel 2012 per i precedenti gruppi specialistici di ORL, Ortopedia, Dermatologia, Endocrinologia e Gastroenterologia, l'Area Vasta contribuisce con i propri professionisti allo sviluppo e all'implementazione dei criteri di priorità regionali secondo le indicazioni della Direzione Centrale Salute.

**3) Implementazione delle agende di prenotazione distinte per codice di priorità entro quattro mesi dalla diffusione ufficiale dei criteri di priorità a seguito dell'attivazione dell'offerta.**

In continuità a quanto già operato nel 2013 l'Area Vasta partecipa ai gruppi che verranno istituiti per tutte le agende interessate dai criteri di priorità regionali. Oltre alle agende attive dal 2011 (Cardiologia ed Ecografia addome) l'Area Vasta ha partecipato nel 2012 ai tavoli tecnici attivati dalla DCS per lo sviluppo dei criteri di priorità in cinque specialistiche, conclusi con le relative Consensus Conference; le agende di prenotazione stratificate per criteri di priorità verranno avviate entro 4 mesi dalla diffusione ufficiale e a seguito dell'attivazione dell'offerta di formazione regionale dei professionisti.

**4) Gestione tempestiva della propria struttura dell'offerta, rispettando il dettato nazionale e regionale sull'apertura e la chiusura delle agende.**

Si riportano di seguito le modalità di intervento ed azioni per garantire i tempi massimi di attesa in casi di criticità impreviste.

1. in caso di impossibilità a far fronte alle tempistiche previste dai criteri di priorità per riduzione imprevista della capacità erogatrice delle varie sedi, le strutture devono prevedere prioritariamente un piano interno di riorganizzazione e riassorbimento delle prenotazioni e successivamente la comunicazione al gruppo tecnico per le proposte operative agibili dalle direzioni strategiche.

2. Gli strumenti generali comunque utilizzabili sono riconducibili anche a :

1. utilizzo di strumenti contrattuali, obiettivi incentivati, riallocazione interna di risorse;

Handwritten signature and initials in the bottom right corner of the page.

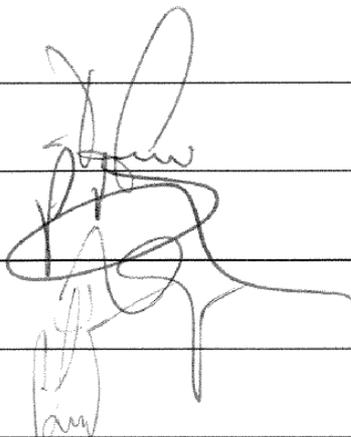
2. acquisizione, ove possibile, di prestazioni presso altri erogatori pubblici e privati da parte della Azienda per i Servizi Sanitari n.6 “ Friuli Occidentale”.
3. individuazione delle prestazioni critiche, sopra indicate, e monitoraggio dei tempi d’attesa come indicato dalla DGR 288/07 e dalla DGR 1439 del 28/7/2011 come specificato anche nelle “Linee per la gestione 2014 del Servizio sanitario regionale”
4. utilizzo, al fine di ridurre l’inappropriatezza prescrittiva di agende CUP costruite sui criteri di priorità, condivisi a livello regionale o locale, tra prescrittori ed erogatori.
5. Le Aziende di Area Vasta confermano per il 2014 le modalità e percorsi comuni in caso di superamento dei limiti di tempo previsti per le prestazioni di cui ai commi 1 e 2 dell’art. 12 della L.R. n. 7 del 6.4.2009
6. Le Aziende di Area Vasta partecipano ai monitoraggi nazionali e regionali sulle attività istituzionali inserendo inoltre, in quello regionale, le prestazioni effettuate in regime ALPI.

Le Aziende di area vasta concordano, in conformità a quanto previsto dall’art. 13 della L.R. 7/2009, idonee ed omogenee modalità di informazione ai cittadini che vede prevalentemente l’uso dei siti aziendali e la comunicazione attraverso i Medici di Medicina generale ed i Pediatri di libera scelta. I dati relativi ai tempi di attesa, vengono analizzati dal gruppo tecnico e pubblicati trimestralmente sui siti internet di tutte le aziende di Area Vasta.

La gestione del governo delle liste di attesa viene concordemente assegnata all’Azienda per i Servizi Sanitari n° 6 “Friuli Occidentale” che ha il compito di:

- monitorare il piano per il controllo dei tempi d’attesa attraverso la reportistica trimestrale e attivare, concordemente con le altre Aziende di area vasta, i vari strumenti che consentono di rimodulare l’offerta in relazione all’andamento della domanda e dei tempi di attesa
- definire, concordemente fra tutte le Aziende di area vasta, le misure di intervento per situazioni improvvise di forza maggiore (scioperi, guasti, ecc.), specificando le soluzioni che si prevede di intraprendere e le modalità di informazione all’utenza mediante incontri specifici, sentiti anche gli specialisti coinvolti compresi i soggetti privati accreditati.

Pordenone, li 09.12.2013

<b>Il Direttore Generale ASS n.6</b>	
<b>Il Direttore Generale A.O.S.M.A.</b>	
<b>Il Direttore Generale C.R.O.</b>	
<b>Il Direttore Generale C.C. San Giorgio</b>	

ALLEGATO 1  
 AREA VASTA PORDENONESE  
 PIANO DI PRODUZIONE DELL'AREA VASTA PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA  
 DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Descrizione prestazione	Codice prestazione	Aziende dell'Area Vasta Pordenonese	erogato 2012	01.01.13-30.09.13	Proiezione anno 2013	Previsione 2014
Visita oncologica	89.7	AOSMA	1.070	763	1.017	1.000
		CRO	2.142	1.266	1.615	1.600
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	<b>3.212</b>	<b>2.029</b>	<b>2.632</b>	<b>2.600</b>
		<b>Totale AVPN</b>	<b>3.212</b>	<b>2.029</b>	<b>2.632</b>	<b>2.600</b>
Mammografia	87.37.1 - 87.37.2	AOSMA	8.505	6.202	8.269	8.200
		CRO	3.006	2.282	2.977	3.000
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	<b>11.511</b>	<b>8.484</b>	<b>11.246</b>	<b>11.200</b>
		<b>Totale strutture private</b>	<b>2.467</b>	<b>1.796</b>	<b>2.395</b>	<b>2.400</b>
<b>Totale AVPN</b>	<b>13.978</b>	<b>10.280</b>	<b>13.641</b>	<b>13.600</b>		
TC con o senza contrasto Torace	87.41 - 87.41.1	AOSMA	2.576	1.927	2.569	2.500
		CRO	684	507	691	690
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	<b>3.260</b>	<b>2.434</b>	<b>3.260</b>	<b>3.190</b>
		<b>Totale strutture private</b>	<b>324</b>	<b>253</b>	<b>337</b>	<b>330</b>
<b>Totale AVPN</b>	<b>3.584</b>	<b>2.687</b>	<b>3.598</b>	<b>3.520</b>		
TC con o senza contrasto Addome superiore	88.01.2 - 88.01.1	AOSMA	399	261	348	350
		CRO	102	69	86	80
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	<b>501</b>	<b>330</b>	<b>434</b>	<b>430</b>
		<b>Totale strutture private</b>	<b>46</b>	<b>50</b>	<b>67</b>	<b>60</b>
<b>Totale AVPN</b>	<b>547</b>	<b>380</b>	<b>501</b>	<b>490</b>		
TC con o senza contrasto Addome inferiore	88.01.4 - 88.01.1	AOSMA	54	28	37	40
		CRO	11	6	7	5
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	<b>65</b>	<b>34</b>	<b>44</b>	<b>45</b>
		<b>Totale strutture private</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>10</b>
<b>Totale AVPN</b>	<b>78</b>	<b>44</b>	<b>58</b>	<b>55</b>		
TC con o senza contrasto Addome completo	88.01.6 - 88.01.1	AOSMA	2.713	1.989	2.652	2.600
		CRO	660	459	625	620
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	<b>3.373</b>	<b>2.448</b>	<b>3.277</b>	<b>3.220</b>
		<b>Totale strutture private</b>	<b>506</b>	<b>371</b>	<b>495</b>	<b>500</b>
<b>Totale AVPN</b>	<b>3.879</b>	<b>2.819</b>	<b>3.772</b>	<b>3.720</b>		
RM Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.1	AOSMA	867	702	936	870
		CRO	470	278	371	370
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	<b>1.337</b>	<b>980</b>	<b>1.307</b>	<b>1.240</b>
		<b>Totale strutture private</b>	<b>492</b>	<b>545</b>	<b>727</b>	<b>700</b>
<b>Totale AVPN</b>	<b>1.829</b>	<b>1.525</b>	<b>2.034</b>	<b>1.940</b>		
RM Pelvi, prostata e vescica	88.95.4 - 88.95.5	AOSMA	160	109	145	150
		CRO	148	93	131	130
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	<b>308</b>	<b>202</b>	<b>276</b>	<b>280</b>
		<b>Totale AVPN</b>	<b>308</b>	<b>202</b>	<b>276</b>	<b>280</b>
Ecografia Addome	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1	AOSMA	14.403	10.579	14.105	14.000
		CRO	1.266	767	1.008	1.000
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	<b>15.669</b>	<b>11.346</b>	<b>15.113</b>	<b>15.000</b>
		<b>Totale strutture private</b>	<b>4.237</b>	<b>3.081</b>	<b>4.108</b>	<b>4.100</b>
<b>Totale AVPN</b>	<b>19.906</b>	<b>14.427</b>	<b>19.221</b>	<b>19.100</b>		

Descrizione prestazione	Codice prestazione	Aziende dell'Area Vasta Pordenonese	erogato 2012	01.01.13-30.09.13	Proiezione anno 2013	Previsione 2014
Ecografia Mammella	8.73.1; 88.73	AOSMA	7.500	5.651	7.535	7.500
		CRO	3.352	2.518	3.294	3.300
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	<b>10.852</b>	<b>8.169</b>	<b>10.829</b>	<b>10.800</b>
		<b>Totale strutture private</b>	<b>2.174</b>	<b>1.462</b>	<b>1.949</b>	<b>1.950</b>
		<b>Totale AVPN</b>	<b>13.026</b>	<b>9.631</b>	<b>12.778</b>	<b>12.750</b>
Colonscopia	45.23.00	AOSMA	1.936	1.382	1.843	1.800
		CRO	255	273	325	300
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	<b>2.191</b>	<b>1.655</b>	<b>2.168</b>	<b>2.100</b>
		<b>Totale strutture private</b>	<b>581</b>	<b>437</b>	<b>583</b>	<b>580</b>
		<b>Totale AVPN</b>	<b>2.772</b>	<b>2.092</b>	<b>2.750</b>	<b>2.680</b>
Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24.00	AOSMA	299	224	299	250
		CRO	52	46	59	50
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	<b>351</b>	<b>270</b>	<b>358</b>	<b>300</b>
		<b>Totale strutture private</b>	<b>32</b>	<b>31</b>	<b>41</b>	<b>40</b>
		<b>Totale AVPN</b>	<b>383</b>	<b>301</b>	<b>399</b>	<b>340</b>
Esofagogastroduodenoscopi e	45.13;45.16	AOSMA	3.239	2.225	2.967	2.900
		CRO	671	468	622	500
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	<b>3.910</b>	<b>2.693</b>	<b>3.589</b>	<b>3.400</b>
		<b>Totale strutture private</b>	<b>604</b>	<b>586</b>	<b>781</b>	<b>780</b>
		<b>Totale AVPN</b>	<b>4.514</b>	<b>3.279</b>	<b>4.370</b>	<b>4.180</b>
Visita Cardiologica	89.7	ASS6-Territorio	353	273	364	350
		AOSMA	13.047	9.507	12.676	12.600
		CRO	1.424	913	1.201	1.200
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	<b>14.824</b>	<b>10.693</b>	<b>14.241</b>	<b>14.150</b>
		<b>Totale strutture private</b>	<b>1.297</b>	<b>853</b>	<b>1.137</b>	<b>1.300</b>
<b>Totale AVPN</b>	<b>16.121</b>	<b>11.546</b>	<b>15.378</b>	<b>15.450</b>		
Visita neurologica		AOSMA	2.799	2.402	3.203	3.000
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	<b>2.799</b>	<b>2.402</b>	<b>3.203</b>	<b>3.000</b>
		<b>Totale AVPN</b>	<b>2.799</b>	<b>2.402</b>	<b>3.203</b>	<b>3.000</b>
Ecografia cardiaca	88.7211; 88.7212; 88.7213	ASS6-Territorio	293	238	317	300
		AOSMA	9.721	7.351	9.801	9.500
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	<b>10.014</b>	<b>7.589</b>	<b>10.119</b>	<b>9.800</b>
		<b>Totale strutture private</b>	<b>1.945</b>	<b>1.456</b>	<b>1.941</b>	<b>1.950</b>
		<b>Totale AVPN</b>	<b>11.959</b>	<b>9.045</b>	<b>12.060</b>	<b>11.750</b>
Ecocolodoppler dei TSA	88.73.5	AOSMA	4.556	3.170	4.227	4.400
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	<b>4.556</b>	<b>3.170</b>	<b>4.227</b>	<b>4.400</b>
		<b>Totale strutture private</b>	<b>2.818</b>	<b>2.375</b>	<b>3.167</b>	<b>3.200</b>
		<b>Totale AVPN</b>	<b>7.374</b>	<b>5.545</b>	<b>7.393</b>	<b>7.600</b>
Ecocolodoppler dei vasi periferici	88.7721;88.7722	ASS6-Territorio	389	234	312	320
		AOSMA	3.003	2.253	3.004	3.000
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	<b>3.392</b>	<b>2.487</b>	<b>3.316</b>	<b>3.320</b>
		<b>Totale strutture private</b>	<b>3.032</b>	<b>2.222</b>	<b>2.963</b>	<b>3.000</b>
		<b>Totale AVPN</b>	<b>6.424</b>	<b>4.709</b>	<b>6.279</b>	<b>6.320</b>

Descrizione prestazione	Codice prestazione	Aziende dell'Area Vasta Pordenonese	erogato 2012	01.01.13-30.09.13	Proiezione anno 2013	Previsione 2014
Elettrocardiogramma	89.52.00	ASS6-Territorio	4.747	3.327	4.436	4.450
		AOSMA	29.263	23.968	31.957	31.000
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	34.010	27.295	36.393	35.450
		<b>Totale strutture private</b>	1.809	1.485	1.980	1.980
		<b>Totale AVPN</b>	35.819	28.780	38.373	37.430
Elettrocardiogramma dinamico (HOLTER)	89.50.00	AOSMA	3.053	2.269	3.025	3.000
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	3.053	2.269	3.025	3.000
		<b>Totale strutture private</b>	443	421	561	550
		<b>Totale AVPN</b>	3.496	2.690	3.587	3.550
Visita ginecologica	89.26.00	AOSMA	5.751	5.439	7.252	6.000
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	5.751	5.439	7.252	6.000
		<b>Totale strutture private</b>	1.905	1.332	1.776	1.800
		<b>Totale AVPN</b>	7.656	6.771	9.028	7.800
TC capo	87.03;87.03.1	AOSMA	1.988	2.125	2.833	2.000
		CRO	133	76	103	100
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	2.121	2.201	2.936	2.100
		<b>Totale strutture private</b>	366	279	372	370
		<b>Totale AVPN</b>	2.487	2.480	3.308	2.470
TC rachide e speco vertebrale	88.38.1;88.38.2	AOSMA	481	426	568	500
		CRO	43	28	35	30
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	524	454	603	530
		<b>Totale strutture private</b>	191	160	213	564
		<b>Totale AVPN</b>	715	614	816	1.094
TC bacino	88.38.05	AOSMA	35	28	37	40
		CRO	6	4	10	10
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	41	32	47	50
		<b>Totale strutture private</b>	32	21	28	30
		<b>Totale AVPN</b>	73	53	75	80
Esame audiometrico tonale	95.41.01	ASS6-Territorio	440	296	395	400
		AOSMA	3.403	2.533	3.377	3.400
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	3.843	2.829	3.772	3.800
		<b>Totale strutture private</b>	214	136	181	180
		<b>Totale AVPN</b>	4.057	2.965	3.953	3.980
spirometria	89.37.1-89.37.2	ASS6-Territorio	2.076	1.405	1.873	1.900
		AOSMA	1.305	932	1.243	1.240
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	3.381	2.337	3.116	3.140
		<b>Totale AVPN</b>	3.381	2.337	3.116	3.140
esame del fundus oculi	95.09.01	ASS6-Territorio	1.211	978	1.304	1.300
		AOSMA	908	580	773	770
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	2.119	1.558	2.077	2.070
		<b>Totale strutture private</b>	143	109	145	145
		<b>Totale AVPN</b>	2.262	1.667	2.223	2.215
visita dermatologica	89.7	ASS6-Territorio	4.513	3.113	4.151	4.150
		AOSMA	7.227	6.427	8.569	8.000
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	11.740	9.540	12.720	12.150
		<b>Totale strutture private</b>	696	562	749	750
		<b>Totale AVPN</b>	12.436	10.102	13.469	12.900

Descrizione prestazione	Codice prestazione	Aziende dell'Area Vasta Pordenonese	erogato 2012	01.01.13-30.09.13	Proiezione anno 2013	Previsione 2014
visita oculistica	95.02	ASS6-Territorio	11.084	8.158	10.877	10.900
		AOSMA	5.594	5.927	7.903	5.600
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	<b>16.678</b>	<b>14.085</b>	<b>18.780</b>	<b>16.500</b>
		<b>Totale strutture private</b>	<b>2.406</b>	<b>1.571</b>	<b>2.095</b>	<b>2.100</b>
		<b>Totale AVPN</b>	<b>19.084</b>	<b>15.656</b>	<b>20.875</b>	<b>18.600</b>
visita ORL	89.7	ASS6-Territorio	1.565	873	1.164	1.200
		AOSMA	9.306	8.285	11.047	9.300
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	<b>10.871</b>	<b>9.158</b>	<b>12.211</b>	<b>10.500</b>
		<b>Totale strutture private</b>	<b>591</b>	<b>457</b>	<b>609</b>	<b>600</b>
		<b>Totale AVPN</b>	<b>11.462</b>	<b>9.615</b>	<b>12.820</b>	<b>11.100</b>
visita ortopedica	89.7	ASS6	1.213	886	1.181	1.200
		AOSMA	10.560	12.112	16.149	10.500
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	<b>11.773</b>	<b>12.998</b>	<b>17.331</b>	<b>11.700</b>
		<b>Totale strutture private</b>	<b>1.095</b>	<b>1.007</b>	<b>1.343</b>	<b>1.300</b>
		<b>Totale AVPN</b>	<b>12.868</b>	<b>14.005</b>	<b>18.673</b>	<b>13.000</b>
visita urologica	89.7	ASS6-Territorio	462	285	380	400
		AOSMA	3.532	3.071	4.095	4.000
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	<b>3.994</b>	<b>3.356</b>	<b>4.475</b>	<b>4.400</b>
		<b>Totale strutture private</b>	<b>589</b>	<b>853</b>	<b>1.137</b>	<b>1.000</b>
		<b>Totale AVPN</b>	<b>4.583</b>	<b>4.209</b>	<b>5.612</b>	<b>5.400</b>
Visita fisiatrica	89.7	ASS6	1.694	1.283	1.711	1.700
		AOSMA	4.962	3.862	5.149	5.000
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	<b>6.656</b>	<b>5.145</b>	<b>6.860</b>	<b>6.700</b>
		<b>Totale strutture private</b>	<b>986</b>	<b>1.037</b>	<b>1.383</b>	<b>1.100</b>
		<b>Totale AVPN</b>	<b>7.642</b>	<b>6.182</b>	<b>8.243</b>	<b>7.800</b>
RMN muscolo scheletrica	8.94.1; 88.94.	AOSMA	1.179	846	1.128	1.100
		CRO	330	226	287	300
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	<b>1.509</b>	<b>1.072</b>	<b>1.415</b>	<b>1.400</b>
		<b>Totale strutture private</b>	<b>6.727</b>	<b>5.749</b>	<b>7.665</b>	<b>7.500</b>
		<b>Totale AVPN</b>	<b>8.236</b>	<b>6.821</b>	<b>9.080</b>	<b>8.900</b>
RMN colonna vertebrale	88.93; 88.93.1	AOSMA	1.229	763	1.017	1.000
		CRO	780	445	562	600
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	<b>2.009</b>	<b>1.208</b>	<b>1.579</b>	<b>1.600</b>
		<b>Totale strutture private</b>	<b>2.922</b>	<b>2.858</b>	<b>3.811</b>	<b>3.800</b>
		<b>Totale AVPN</b>	<b>4.931</b>	<b>4.066</b>	<b>5.390</b>	<b>5.400</b>
Diagnostica ecografia capo collo	88.71.4	AOSMA	3.254	2.891	3.855	3.200
		CRO	431	299	404	400
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	<b>3.685</b>	<b>3.190</b>	<b>4.259</b>	<b>3.600</b>
		<b>Totale strutture private</b>	<b>1.509</b>	<b>862</b>	<b>1.149</b>	<b>1.150</b>
		<b>Totale AVPN</b>	<b>5.194</b>	<b>4.052</b>	<b>5.408</b>	<b>4.750</b>
Ecografia ost-gin	88.78,88.78.2,88.78.3	AOSMA	4.606	4.326	5.768	4.800
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	<b>4.606</b>	<b>4.326</b>	<b>5.768</b>	<b>4.800</b>
		<b>Totale strutture private</b>	<b>1.956</b>	<b>1.718</b>	<b>2.291</b>	<b>2.250</b>
		<b>Totale AVPN</b>	<b>6.562</b>	<b>6.044</b>	<b>8.059</b>	<b>7.050</b>

Descrizione prestazione	Codice prestazione	Aziende dell'Area Vasta Pordenonese	erogato 2012	01.01.13-30.09.13	Proiezione anno 2013	Previsione 2014
Elettrocardiogramma da sforzo	89.41, 89.42, 89.44, 89.44.1, 89.44.2	AOSMA	2.671	2.014	2.685	2.600
		CRO	302	234	292	290
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	<b>2.973</b>	<b>2.248</b>	<b>2.977</b>	<b>2.890</b>
		<b>Totale strutture private</b>	<b>113</b>	<b>96</b>	<b>128</b>	<b>120</b>
		<b>Totale AVPN</b>	<b>3.086</b>	<b>2.344</b>	<b>3.105</b>	<b>3.010</b>
Elettromiografia	93.08.01	AOSMA	1.626	1.109	1.479	1.480
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	<b>1.626</b>	<b>1.109</b>	<b>1.479</b>	<b>1.480</b>
		<b>Totale strutture private</b>	<b>2.166</b>	<b>1.945</b>	<b>2.593</b>	<b>2.500</b>
		<b>Totale AVPN</b>	<b>3.792</b>	<b>3.054</b>	<b>4.072</b>	<b>3.980</b>
Chemioterapia	99.25.01	AOSMA	5.902	3.818	5.091	5.000
		CRO (ambulatoriale)	476	279	407	450
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	<b>6.378</b>	<b>4.097</b>	<b>5.498</b>	<b>5.450</b>
		<b>Totale AVPN</b>	<b>6.378</b>	<b>4.097</b>	<b>5.498</b>	<b>5.450</b>
Cataratta	13.41	AOSMA	3.464	2.483	3.311	3.300
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	<b>3.464</b>	<b>2.483</b>	<b>3.311</b>	<b>3.300</b>
		<b>Totale strutture private</b>	<b>402</b>	<b>251</b>	<b>335</b>	<b>350</b>
		<b>Totale AVPN</b>	<b>3.866</b>	<b>2.734</b>	<b>3.645</b>	<b>3.650</b>
Visita gastroenterologica	89.7	AOSMA	735	522	696	650
		CRO	428	238	313	310
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	<b>1.163</b>	<b>760</b>	<b>1.009</b>	<b>960</b>
		<b>Totale AVPN</b>	<b>1.163</b>	<b>760</b>	<b>1.009</b>	<b>960</b>
Visita pneumologica	89.7	AOSMA	2.105	1.609	2.145	2.100
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	<b>2.105</b>	<b>1.609</b>	<b>2.145</b>	<b>2.100</b>
		<b>Totale AVPN</b>	<b>2.105</b>	<b>1.609</b>	<b>2.145</b>	<b>2.100</b>

Per il CRO e per tutte le strutture private accreditate, la cui attività risente di una quota rilevante di attrazione extraregionale e regionale (extra area vasta), è

**ALLEGATO 2**  
**AREA VASTA PORDENONESE**  
**PIANO DI PRODUZIONE DELL'AREA VASTA PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA**

Prestazioni in ricovero ordinario

Descrizione prestazione	Cod.Prestazione	Aziende dell'Area Vasta Pordenonese	erogato 2012	01.01.13-30.09.13	Proiezione anno 2013	Previsione 2014
Artroprotesi d'anca	81.51, 81.52, 81.53	AOSMA	450	357	450	450
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	450	357	450	450
		CASA DI CURA S.GIORGIO	58	43	57	60
		<b>Totale AVPN</b>	508	400	507	510
Cataratta	(codici di intervento afferenti ai DRG 39)	AOSMA	10	3	6	6
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	10	3	6	6
		<b>Totale AVPN</b>	10	3	6	6
Asportazione di neoplasia della mammella	DRG 257-258-259-260	AOSMA	195	154	200	200
		CRO	130	118	148	150
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	325	272	348	350
		CASA DI CURA S.GIORGIO	6	3	4	0
<b>Totale AVPN</b>	331	275	352	350		
Asportazione di neoplasia del colon retto	(associazione di uno dei codici di diagnosi: 153, 154, 230.3, 230.4, 230.5 con uno dei codici di intervento chirurgico: 45.7, 45.8, 46.1, 48.4, 48.5, 48.6)	AOSMA	170	108	150	150
		CRO	32	27	35	30
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	202	135	185	180
		CASA DI CURA S.GIORGIO	5	4	5	0
<b>Totale AVPN</b>	207	139	190	180		
Asportazione di neoplasia del rene	(associazione di uno dei codici di diagnosi: 189.0, 189.1 con uno dei codici di intervento chirurgico: 55.4, 55.51)	AOSMA	60	41	55	60
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	60	41	55	60
		CASA DI CURA S.GIORGIO	2	3	4	0
		<b>Totale AVPN</b>	62	44	59	60
Asportazione di neoplasia della prostata	(associazione di uno dei codici di diagnosi: 185, 233.4 con uno dei codici di intervento chirurgico: 60.2, 60.5, 60.6)	AOSMA	70	46	57	70
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	70	46	57	70
		CASA DI CURA S.GIORGIO	50	39	52	50
		<b>Totale AVPN</b>	120	85	109	120
Asportazione di neoplasia della vescica	(associazione di uno dei codici di diagnosi: 188.0, 188.1, 188.2, 188.3, 188.4, 188.5, 188.6, 188.7, 188.8, 188.9, 233.7 con uno dei codici di intervento chirurgico: 57.49, 57.6, 57.71, 57.79)	AOSMA	242	163	220	240
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	242	163	220	240
		CASA DI CURA S.GIORGIO	44	52	69	60
		<b>Totale AVPN</b>	286	215	289	300
Asportazione di neoplasia dell'utero	(associazione di uno dei codici di diagnosi: 182, 233.1, 233.2 con uno dei codici di intervento chirurgico: da 68.3 a 68.9)	AOSMA	14	15	15	15
		CRO	21	3	5	5
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	35	18	20	20
		CASA DI CURA S.GIORGIO	7	9	12	10
<b>Totale AVPN</b>	42	27	32	30		
Coronarografia	(codici di intervento chirurgico: 88.55, 88.56, 88.57)	AOSMA	1.170	921	1.280	1.200
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	1.170	921	1.280	1.200
		<b>Totale AVPN</b>	1.170	921	1.280	1.200
Endoarteriectomia carotidea	(codici di intervento chirurgico: 38.12)	AOSMA	68	60	80	80
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	68	60	80	80
		<b>Totale AVPN</b>	68	60	80	80
Asportazione di neoplasia polmonare	(associazione di uno dei codici di diagnosi: 162, 231.2 con uno dei codici di intervento chirurgico: 32.3, 32.4, 32.56, 32.9)	AOSMA	0	0	0	0
		CRO	10	1	1	10
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	10	1	1	10
		<b>Totale AVPN</b>	10	1	1	10
Tonsillectomia	(codici di intervento chirurgico: 28.2, 28.3)	AOSMA	215	130	167	170*
		<b>Totale strutture pubbliche</b>	215	130	167	170
		CASA DI CURA S.GIORGIO	8	2	3	0
		<b>Totale AVPN</b>	223	132	170	170

Per il CRO e per tutte le strutture private accreditate, la cui attività risente di una quota rilevante di attrazione extraregionale e regionale (extra area vasta), è stata considerata solo l'attività erogata per i residenti in provincia di PN

ALLEGATO 3  
PIANO DI PRODUZIONE DELL'AREA VASTA PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA  
DI PRESTAZIONI in DH/DS/Ambulatorio

Descrizione prestazione	Cod.Prestazione	Aziende dell'Area Vasta Pordenonese	erogato 2012	01.01.13-30.09.13	Proiezione anno 2013	Previsione 2014
Chemioterapia	99.25.00	AOSMA	32	16	32	30
		CRO (DH)	507	312	508	500
		Totale strutture pubbliche	539	328	540	530
		Totale AVPN	539	328	540	530
Cataratta	(codici di intervento 13.x afferenti al DRG 39)	AOSMA	190	121	149	150
		Totale strutture pubbliche	190	121	149	150
		Totale AVPN	190	121	149	150
Coronarografia	88.55,88.56,88.57	AOSMA	260	108	138	140
		Totale strutture pubbliche	260	108	138	140
		Totale AVPN	260	108	138	140
Biopsia percutanea del fegato	50.11	AOSMA	25	20	25	25
		Totale strutture pubbliche	25	20	25	25
		CASA DI CURA S.GIORGIO	0	0	0	0
		Totale AVPN	25	20	25	25
Emorroidectomia	46.49.5	AOSMA	73	50	70	70
		Totale strutture pubbliche	73	50	70	70
		CASA DI CURA S.GIORGIO	11	10	13	12
		Totale AVPN	84	60	83	82
Riparazione ernia inguinale	Categorie 53.0 e 53.1	AOSMA	590	416	556	560
		Totale strutture pubbliche	590	416	556	560
		CASA DI CURA S.GIORGIO	165	101	135	130
		Totale AVPN	755	517	691	690
Visita Radioterapica	89.7 Codice disciplina 70/74	CRO	814	735	941	900
		Totale strutture pubbliche	814	735	941	900
		Totale AVPN	814	735	941	900

Descrizione prestazione	Cod.Prestazione	Aziende dell'Area vasta Pordenonese	erogato 2012	01.01.13-30.09.13	Proiezione anno 2013	Previsione 2014
Radioterapia per carcinoma mammario trattato con quadrantomia	85.99.1, 85.99.2, 85.99.3, 85.99.4, 85.99.5	CRO		il cro non utilizza questi codici		
Roentgenterapia	92.21.01	CRO				
Telecobaltoterapia	92.23.1,92.23.2,92.23.3	CRO				
Teleterapia con acceleratore lineare	92.24.1, 92.24.2, 92.24.3, 92.24.5, 92.24.7	CRO	15.847	11.009	14.267	14.500
Radioterapia stereotassica	92.24.04	CRO				
Tomoterapia	92.24.08	CRO	543	409	615	600
Teleterapia con elettroni	92.25.01	CRO	798	614	782	780
Irradiazione cutanea	92.25.02	CRO				
Brachiterapia	92.27.1, 92.27.2, 92.27.3, 92.27.4	CRO	25	14	27	25
Betaterapia	92.27.05	CRO				
Terapia degli ipertiroidismi	92.28.1, 92.28.2	CRO		erogata in regime di ricovero (vedi metabolica)	erogata in regime di ricovero (vedi metabolica)	erogata in regime di ricovero (vedi metabolica)
Terapia endocavitaria	92.28.03	CRO				
Terapia con anticorpi monoclonali	92.28.4, 92.28.5	CRO				
Terapia radiometabolica	92.28.06	CRO (erogata in regime di ricovero)	78	42	64	60
Ipertermia	99.85	CRO				

Per il CRO e per tutte le strutture private accreditate, la cui attività risente di una quota rilevante di attrazione extraregionale e regionale (extra area vasta), è stata considerata solo l'attività erogata per i residenti in provincia di PN

**LA VALUTAZIONE DEGLI ESITI**  
**Confronto Regionale indicatori sanitari anno 2012**  
**Fonte AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari)**

Il Ministero della salute si avvale dell'AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari) per lo svolgimento delle funzioni di valutazione degli esiti delle prestazioni assistenziali e delle procedure medico-chirurgiche nell'ambito del Servizio sanitario nazionale”.

Questa norma, nello stabilire che il Ministero della Salute si avvale, per la valutazione degli esiti nel SSN, di AGENAS, che, per questa attività utilizza i sistemi informativi interconnessi del NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario), sancisce esplicitamente l'inquadramento istituzionale del programma Nazionale Esiti.

Gli indicatori sono descritti da specifiche dettagliate schede, redatte secondo uno schema uniforme, e sono espressi, nella maggior parte dei casi, come rapporti, con al numeratore il numero dei trattamenti/interventi erogati o il numero di pazienti che hanno sperimentato l'esito in studio (i.e. mortalità a breve termine, ospedalizzazioni per specifiche condizioni etc.), al denominatore il gruppo di pazienti che riceve quel trattamento/intervento o la popolazione a rischio. In altri casi, sono espressi come misure di durata/sopravvivenza/attesa (es. tempo di attesa per intervento dopo frattura del collo del femore).

**Fonti informative**

Le fonti dei dati sono il Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) e l'Anagrafe tributaria.

**Confronto tra strutture e aree di residenza**

I parametri stimati dal modello sono stati utilizzati per calcolare i rischi attesi nel caso in cui tutte le strutture e tutte le aree presentassero la stessa distribuzione della popolazione generale per età, sesso, gravità della patologia/intervento e comorbidità. I rischi attesi così ottenuti sono stati successivamente corretti attraverso un fattore moltiplicativo che tiene conto della natura non lineare dei modelli utilizzati. I rischi aggiustati sono stati calcolati anche per genere e standardizzati rispetto alla popolazione totale al fine di garantire la confrontabilità dei risultati tra uomini e donne.

Al fine di analizzare l'attività sanitaria erogata dal punto di vista professionale, si riportano a titolo esplicativo 5 dei parametri calcolati a livello nazionale nel “Programma Nazionale Valutazione Esiti” anno 2012:

## **PTCA eseguita oltre 48 ore dal ricovero per Infarto Miocardio Acuto: mortalità a 30 giorni dall'intervento**

La PTCA (ANGIOPLASTICA CORONARICA TRANSLUMINALE PERCUTANEA) è una metodica mini-invasiva che consente di dilatare le arterie che diffondono il sangue alle strutture cardiache (arterie coronariche) nel caso in cui queste arterie siano totalmente o parzialmente occluse dalle placche aterosclerotiche. Ha lo scopo di ripristinare in una determinata regione del muscolo cardiaco un adeguato flusso sanguigno evitando la comparsa degli eventi clinici che caratterizzano l'ischemia miocardica (angina, infarto miocardico). Un intervento coronarico percutaneo si definisce riuscito quando si ottiene un successo angiografico in assenza di outcome avversi durante l'ospedalizzazione (come morte o intervento di bypass aorto-coronarico post-procedurale in emergenza).

Più alti volumi sono stati associati con migliori outcome, soprattutto quando la PTCA è eseguita nella fase precoce di un IMA, in cui è richiesta maggiore abilità ed esperienza rispetto ad un intervento di routine in un paziente stabile (PTCA in elezione), ed in letteratura è dimostrato il rapporto inverso tra la precocità di esecuzione della procedura nel paziente con IMA (tempo door-to-balloon) e la mortalità a breve termine.

Una recente analisi delle revisioni sistematiche presenti in letteratura ha identificato come soglia di volume per la PTCA 200/400 casi/anno, al di sotto della quale l'efficacia dell'assistenza erogata potrebbe essere compromessa.

La scelta della strategia di gestione del paziente infartuato dovrebbe dipendere da un'accurata stratificazione del rischio; in realtà è spesso governata dalle risorse disponibili nell'ospedale a cui il paziente arriva, per cui il tasso di interventi di PTCA sembra essere significativamente più alto in individui infartuati che arrivano direttamente ad ospedali forniti di laboratorio di emodinamica.

Il ruolo delle PTCA, nelle ore immediatamente successive ad un infarto miocardico, può essere inquadrato distinguendo una PTCA primaria, una PTCA combinata con una terapia di riperfusione farmacologica e una PTCA di salvataggio dopo il fallimento della riperfusione farmacologica.

La PTCA primaria viene definita come un'angioplastica senza precedente o concomitante terapia fibrinolitica; la "PTCA di salvataggio" rappresenta una PTCA eseguita su un'arteria coronaria che continui a risultare occlusa nonostante sia stata instaurata una terapia fibrinolitica.

Le informazioni derivate dalla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) non consentono di distinguere accuratamente tra i tre tipi di PTCA o di definire con precisione l'intervallo di tempo

intercorso tra l'ingresso del paziente in ospedale e l'esecuzione della procedura; la migliore approssimazione è considerare l'intervallo di 0-1 giorno (48 ore).

Inoltre non è a tutt'oggi possibile identificare con accuratezza l'angioplastica con inserzione di stent, data la sottotifica nella SDO di questa informazione.

Poiché l'analisi della mortalità non può essere disgiunta dalla conoscenza della proporzione di episodi di IMA in cui è stata effettuata una PTCA entro 48 ore, è definito anche l'indicatore: "proporzione di IMA trattati con PTCA entro 48 ore".

Il valore degli indicatori può variare tra aree territoriali e strutture; questo fenomeno, oltre che dalla diversa qualità delle cure, può essere causato dalla eterogenea distribuzione, dovuta al case mix, di diversi fattori di rischio come ad esempio età, genere, condizioni di salute del paziente.

**- Numeratore**

Numero di episodi di IMA in cui il paziente abbia eseguito una PTCA dopo 48 ore dalla data di ammissione del ricovero indice e risultati deceduto entro trenta giorni dalla data dell'intervento di PTCA.

**- Denominatore**

Numero di episodi di IMA in cui il paziente abbia eseguito una PTCA dopo 48 ore dalla data di ammissione del ricovero indice.

**Confronto regionale : risultato positivo**

STRUTTURA	PROV	N	RISCHIO GREZZO X100	RISCHIO ADJ X100 (rischio aggiustato per gravità)
ITALIA		32015	4,5	4,5
AZIENDA OSP.-UN. - SEDE DI UDINE	UD	152	5,92	6,18
AZ.OSP.UNIV. OSPEDALI RIUNITI DI TRIESTE	TS	147	2,72	2,46
<b>Azienda Osp. S.M.A. sede di Pordenone</b>	<b>PN</b>	<b>117</b>	<b>1,71</b>	<b>1,31</b>

**Infarto Miocardio Acuto:  
proporzione di trattati con PTCA entro 48 ore**

**- Numeratore**

Numero di episodi di IMA in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 48 ore.

**- Denominatore**

Numero di episodi di IMA.

**Confronto regionale : risultato positivo**

STRUTTURA	PROV	N	RISCHIO GREZZO X100	RISCHIO ADJ X100 (rischio aggiustato per gravità)
ITALIA		87208	36,71	36,71
AZIENDA OSP.-UN. - SEDE DI UDINE	UD	445	34,16	35,19
AZ.OSP.UNIV. OSPEDALI RIUNITI DI TRIESTE	TS	457	32,17	37,34
<b>Azienda Osp. S.M.A. sede di Pordenone</b>	<b>PN</b>	<b>321</b>	<b>38,63</b>	<b>38,5</b>
OSPEDALE DI MONFALCONE	GO	121	14,88	14,14
OSPEDALE DI GORIZIA	GO	90	10	9,96
OSPEDALE 'SANT'ANTONIO'	UD	69	0	-
OSPEDALE CIVILE DI PALMANOVA	UD	95	3,16	3,52
OSPEDALE CIVILE DI LATISANA	UD	80	10	11,3

**Frattura del collo del femore:  
intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti >65 anni**

Le fratture del collo del femore sono eventi traumatici particolarmente frequenti nell'età anziana. Nella maggior parte dei casi sono causate da patologie croniche dell'osso (es. osteoporosi senile) e si verificano per traumi a bassa energia (cadute accidentali in ambiente domiciliare), prevalentemente in donne che alla condizione di grave osteoporosi associano molto spesso patologie internistiche e della coordinazione motoria.

Le Linee Guida internazionali concordano sul fatto che il trattamento migliore delle fratture del collo del femore è di tipo chirurgico; la strategia chirurgica dipende dal tipo di frattura e dall'età del paziente; gli interventi indicati sono la riduzione della frattura e la sostituzione protesica.

Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, di conseguenza, le raccomandazioni generali sono che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 24 ore dall'ingresso in ospedale. Il valore dell'indicatore può variare tra aree territoriali e strutture; questo fenomeno, oltre che dalla diversa qualità delle cure, può essere causato dalla eterogenea distribuzione, dovuta al case mix, di diversi fattori di rischio come ad esempio età, genere, condizioni di salute del paziente.

**Confronto regionale: risultato positivo**

STRUTTURA	PROV	N	RISCHIO GREZZO X100	RISCHIO ADJ X100 (rischio aggiustato per gravità)
ITALIA		65449	40,16	40,16
AZIENDA OSP.-UN. - SEDE DI UDINE	UD	314	43,63	43,68
AZ.OSP.UNIV. OSPEDALI RIUNITI DI TRIESTE	TS	421	27,32	27,79
<b>Azienda Osp. S.M.A. sede di Spilimbergo</b>	<b>PN</b>	<b>53</b>	<b>60,38</b>	<b>59,47</b>
<b>Azienda Osp. S.M.A. sede di S. Vito</b>	<b>PN</b>	<b>50</b>	<b>58</b>	<b>59,8</b>
<b>Azienda Osp. S.M.A. sede di Pordenone</b>	<b>PN</b>	<b>103</b>	<b>67,96</b>	<b>69,97</b>
OSPEDALE DI MONFALCONE	GO	75	48	47,06
OSPEDALE DI GORIZIA	GO	94	39,36	38,35
O.C. S.ANTONIO ABATE	UD	92	78,26	80,84
OSPEDALE 'SANT'ANTONIO'	UD	77	62,34	62,27
OSPEDALE CIVILE DI PALMANOVA	UD	102	66,67	65,69

**Intervento isolato per tumore maligno del colon:  
proporzione di interventi in laparoscopia**

I tumori del colon retto, essenzialmente adenocarcinomi (circa 95% dei casi), raramente linfomi o carcinomi a cellule squamose, possono localizzarsi nel colon distale con una sintomatologia clinica basata su stipsi ed occlusione intestinale, nel colon prossimale con prevalente anemia e nel retto con proctorragia, tenesmo e falsa diarrea.

Il trattamento del tumore del colon retto dipende dallo stadio al momento della diagnosi. Negli stadi iniziali il trattamento può essere esclusivamente chirurgico, negli stadi avanzati alla chirurgia può essere associata la chemioterapia e/o la radioterapia. In caso di tumore in stadio avanzato con presenza di metastasi a distanza il trattamento chirurgico può essere esclusivamente palliativo con lo scopo di migliorare la qualità della vita del paziente.

La rimozione chirurgica può essere effettuata per via laparotomica o per via laparoscopica. La chemioterapia può essere utilizzata prima dell'intervento per cercare di ridurre la massa tumorale o come terapia adiuvante. La radioterapia si è dimostrata utile in combinazione con la chemioterapia soprattutto per i tumori del retto.

Il valore degli indicatori può differire tra aree territoriali e strutture per la diversa qualità delle cure, ma può essere imputabile anche alla eterogenea distribuzione di diversi fattori di rischio come ad esempio età, genere, comorbilità del paziente.

**- Numeratore**

Numero di ricoveri con intervento isolato di asportazione di tumore maligno del colon eseguiti in laparoscopia.

**- Denominatore**

Numero di ricoveri con intervento isolato di asportazione di tumore maligno del colon.

**Confronto regionale: risultato positivo**

STRUTTURA	PROV	N	RISCHIO GREZZO X100	RISCHIO ADJ X100 (rischio aggiustato per gravità)
ITALIA		22253	25,33	25,33
AZIENDA OSP.-UN. - SEDE DI UDINE	UD	108	61,11	62,16
AZ.OSP.UNIV. OSPEDALI RIUNITI DI TRIESTE	TS	111	31,53	28,5
<b>Azienda Osp. S.M.A. sede di Pordenone</b>	<b>PN</b>	<b>50</b>	<b>32</b>	<b>32,85</b>
CENTRO RIFERIMENTO ONCOLOGICO	PN	53	24,53	18,32

## **Parti cesarei:**

### **Proporzione di parti con taglio cesareo primario**

Il numero dei parti con taglio cesareo è andato progressivamente aumentando in molti paesi. In Italia, in particolare, si è passati da circa il 10% all'inizio degli anni ottanta al 37,5% nel 2004. Allo stato attuale la percentuale di parti cesarei registrata in Italia è la più alta d'Europa, poiché la maggior parte delle nazioni ha valori inferiori al 25%. Diminuire la frequenza dei parti per taglio cesareo ad un valore nazionale pari al 20% costituisce uno degli obiettivi strategici del Piano Sanitario Nazionale.

La proporzione di tagli cesarei è uno degli indicatori di qualità più frequentemente usati a livello internazionale.

Diversi studi suggeriscono che una parte dei tagli cesarei è eseguita per “ragioni non mediche”. Il confronto tra ospedali potrebbe comunque essere distorto se non si tenesse conto della possibile diversa distribuzione dei fattori di rischio delle pazienti tra le diverse strutture: il taglio cesareo è infatti indicato in molte situazioni cliniche come ad esempio, complicanze a carico della placenta o del cordone, distress fetale, infezione da HIV, sproporzione feto-pelvica; inoltre differenze socio demografiche o nella disponibilità dei servizi per gravidanze ad alto rischio aumentano la probabilità di un cesareo.

L'indicatore viene calcolato come proporzione di parti con taglio cesareo primario (primo parto con taglio cesareo di una donna), essendo altissima la probabilità (superiore al 95%) per le donne con pregresso cesareo di partorire di nuovo con questa procedura.

#### **- Numeratore**

Numero di parti cesarei.

#### **- Denominatore**

Numero totale di parti.

L'indicatore è costruito sui parti cesarei primari, definiti come cesarei tra donne con nessun pregresso cesareo.

La proporzione di parti con taglio cesareo primario è calcolata con la seguente formula:

$$\frac{\text{N}^{\circ}\text{parti cesarei primari}}{\text{N}^{\circ}\text{parti con nessun pregresso cesareo}} \cdot 100$$

**Confronto regionale: risultato positivo**

<b>STRUTTURA</b>	<b>PROV</b>	<b>N</b>	<b>RISCHIO GREZZO X100</b>	<b>RISCHIO ADJ X100 (rischio aggiustato per gravità)</b>
ITALIA		388177	26,27	26,27
AZIENDA OSP.-UN. - SEDE DI UDINE	UD	1183	25,27	23,82
<b>Azienda Osp. S.M.A. sede di S. Vito</b>	<b>PN</b>	<b>613</b>	<b>13,87</b>	<b>11,69</b>
<b>Azienda Osp. S.M.A. sede di Pordenone</b>	<b>PN</b>	<b>812</b>	<b>21,06</b>	<b>19,45</b>
I.R.C.C.S. BURLO GAROFOLO	TS	1368	13,3	8,29
CASA DI CURA PRIVATA 'S.GIORGIO' SPA	PN	596	13,42	13,53
OSPEDALE DI MONFALCONE	GO	397	17,88	19,95
OSPEDALE DI GORIZIA	GO	279	20,79	25,28
O.C. S.ANTONIO ABATE	UD	443	20,09	21,07
OSPEDALE 'SANT'ANTONIO'	UD	947	12,46	11,36
OSPEDALE CIVILE DI PALMANOVA	UD	656	10,82	4,64
OSPEDALE CIVILE DI LATISANA	UD	376	17,82	9,2

## **OSPEDALE AMICO DEL BAMBINO (BFHI)**

### **PROMOZIONE PER “ALLATTAMENTO MATERNO”**

L'UNICEF afferma che la riduzione nella mortalità infantile (passata da circa 12 milioni di decessi annui globali nel 1990 a 6,9 milioni nel 2011) è dovuta in buona parte all'adozione di interventi sanitari di base e a basso costo, fra cui l'allattamento al seno esclusivo e il suo inizio tempestivo.

Da quando - all'inizio degli anni '90 - è stata lanciata dall'UNICEF l'iniziativa internazionale dei "Baby Friendly Hospitals" (BFHI), sono stati riconosciuti più di 20.000 ospedali in 152 Stati.

L'iniziativa “Insieme per l'Allattamento: Ospedali & Comunità Amici dei Bambini uniti per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno” fa parte di quei programmi internazionali che aiutano i servizi sanitari a migliorare le pratiche assistenziali rendendo protagonisti i genitori e sostenendoli nelle scelte per l'alimentazione e la cura dei propri bambini. La promozione dell'allattamento materno è considerata da tempo una priorità di salute pubblica, tale da essere espressamente indicato dall'UNICEF come un diritto nell'art 24 della Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomanda che i bambini siano allattati al seno in maniera esclusiva fino al compimento del 6° mese di vita e che il latte materno rimanga il latte di prima scelta, anche dopo l'introduzione di alimenti complementari, fino a due anni di vita e oltre, e comunque finché madre e bambino lo desiderino.

Nel 1992 è nata la Baby Friendly Hospital Initiative - BFHI (in italiano: Iniziativa Ospedali amici dei bambini) volta a incoraggiare le buone pratiche per la promozione dell'allattamento materno.

L'UNICEF e l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) hanno redatto un decalogo di misure che ogni struttura sanitaria deve dimostrare di rispettare prima di poter essere riconosciuta "Ospedale Amico dei Bambini":

- 1. Definire un protocollo scritto** per l'allattamento al seno da far conoscere a tutto il personale sanitario
- 2. Preparare tutto il personale sanitario** per attuare compiutamente questo protocollo
- 3. Informare tutte le donne in gravidanza** dei vantaggi e dei metodi di realizzazione dell'allattamento al seno

4. **Mettere i neonati in contatto pelle a pelle con la madre immediatamente dopo la nascita** per almeno un'ora e incoraggiare le madri a comprendere quando il neonato è pronto per poppare, offrendo aiuto se necessario.
5. **Mostrare alle madri come allattare** e come mantenere la secrezione lattea anche nel caso in cui vengano separate dai neonati
6. **Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno**, tranne che su precisa prescrizione medica
7. **Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre** ( rooming-in ), in modo che trascorrono insieme ventiquattr'ore su ventiquattro durante la permanenza in ospedale
8. **Incoraggiare l'allattamento al seno** a richiesta tutte le volte che il neonato sollecita nutrimento
9. **Non dare tettarelle artificiali** o succhiotti ai neonati durante il periodo dell'allattamento
10. **Promuovere la collaborazione** tra il personale della struttura, il territorio, i gruppi di sostegno e la comunità locale per creare reti di sostegno a cui indirizzare le madri alla dimissione dall'ospedale.

Sono “ Ospedale Amico dei Bambini “ : l’Azienda Ospedaliera S.Maria degli Angeli di Pordenone e l’Ospedale di S.Vito al Tagliamento.

Il riconoscimento ufficiale (siamo stati uno dei primi Ospedali in Italia) ha coronato un impegno durato alcuni anni di tutto il personale del Dipartimento Materno-Infantile con in prima linea le figure infermieristiche.

Una volta riconosciuto, l'Ospedale è tenuto a mantenere gli standards previsti e a continuare la politica e la pratica finalizzate alla diffusione della cultura dell'allattamento materno; ciò in stretta alleanza con le altre strutture ospedaliere e territoriali provinciali.

E' prevista una periodica rivalutazione da parte dell'UNICEF per verificare e rafforzare i risultati raggiunti.

Nelle tabelle seguenti si riportano i risultati raggiunti aggiornati a dicembre 2013.

**Fonte dati: portale SISR (sistema informativo sociosanitario regionale):**

Allattamento esclusivo al seno = Pordenone **81,14%**; S.Vito al Tagl.to **83,20%**

Allattamento al seno - Periodo: Dicembre 2013  
Prima rilevazione

			Rilevati	alimentazione complementare		artificiale		esclusivo	
				valori	%	valori	%	valori	%
Ospedale	Azienda	Reparto							
Burlo	Burlo	neonatologia	8	5	62.50	2	25.00	1	12.50
		nido	1.253	387	30.89	12	0.96	849	67.76
Casa di Cura San Giorgio	Ass N.6	nido	621	135	21.74	34	5.48	440	70.85
Fuori Regione	Ass N.6	nido	69	14	20.29	1	1.45	50	72.46
	S. Maria degli Angeli	nido	14	5	35.71	2	14.29	7	50.00
	Ass N.4	nido	1	0	0	1	100.00	0	0
Gorizia	Ass N.2	nido	300	30	10.00	14	4.67	213	71.00
Latisana	Ass N.5	nido	310	59	19.03	14	4.52	220	70.97
Monfalcone	Ass N.2	nido	457	88	19.26	26	5.69	211	46.17
Palmanova	Ass N.5	nido	747	165	22.09	39	5.22	523	70.01
Pordenone	S. Maria degli Angeli	nido	933	157	16.83	19	2.04	757	81.14
S. Daniele	Ass N.4	nido	896	65	7.25	17	1.90	796	88.84
S. Vito	Ass N.6	nido	619	57	9.21	15	2.42	515	83.20
Tolmezzo	Ass N.3	nido	481	42	8.73	13	2.70	419	87.11
Udine	S. Maria della Misericordia	neonatologia	202	66	32.67	34	16.83	102	50.50
		nido	1.435	12	0.84	328	22.86	1094	76.24
Nato/a in Casa	Ass N.5	nido	1	0	0	0	0	1	100.00
	Ass N.3	nido	1	0	0	0	0	1	100.00
			8.348	1287	15.42	571	6.84	6199	74.26

Allattamento al seno - Periodo: Dicembre 2013  
Prima rilevazione

			predominante		esclusivo con biberon	
			valori	%	valori	%
Ospedale	Azienda	Reparto				
Burlo	Burlo	neonatologia	0	0	5	62.50
		nido	5	0.40	392	31.28
Casa di Cura San Giorgio	Ass N.6	nido	12	1.93	114	18.36
Fuori Regione	Ass N.6	nido	4	5.80	14	20.29
	S. Maria degli Angeli	nido	0	0	5	35.71
	Ass N.4	nido	0	0	0	0.00
Gorizia	Ass N.2	nido	43	14.33	72	24.00
Latisana	Ass N.5	nido	17	5.48	51	16.45
Monfalcone	Ass N.2	nido	132	28.88	172	37.64
Palmanova	Ass N.5	nido	20	2.68	163	21.82
Pordenone	S. Maria degli Angeli	nido	0	0	74	7.93
S. Daniele	Ass N.4	nido	18	2.01	78	8.71
S. Vito	Ass N.6	nido	32	5.17	57	9.21
Tolmezzo	Ass N.3	nido	7	1.46	46	9.56
Udine	S. Maria della Misericordia	neonatologia	0	0	64	31.68
		nido	1	0.07	11	0.77
Nato/a in Casa	Ass N.5	nido	0	0	0	0.00
	Ass N.3	nido	0	0	0	0.00
			291	3.49	1318	15.79

## **GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DELLE CURE (RISCHIO CLINICO)**

In Regione da anni è consolidato un programma regionale di governo clinico e della sicurezza delle cure.

Nel corso del 2014 in coerenza con gli indirizzi delle Linee di Gestione si prevedono le seguenti linee di azione:

- il consolidamento dei programmi esistenti attraverso il monitoraggio degli indicatori e l'avvio di valutazioni esterne tra operatori delle Aziende (es. Safety Walk Around) al fine di facilitare lo scambio di esperienze e il miglioramento continuo;
- la focalizzazione sulla sicurezza nelle varie fasi dell'uso dei farmaci (dalla prescrizione, alla riconciliazione, alla somministrazione, ecc.) con particolare riferimento alla poli-farmacoterapia nei pazienti anziani e all'uso degli antibiotici;
- la progressiva diffusa acquisizione degli standard di sicurezza richiesti dalle istituzioni nazionali (es. eventi sentinella, buone pratiche), regionali (es. lesioni da decubito, rischio infettivo, ecc.) e dalla letteratura scientifica;
- l'attenzione, partendo dai percorsi paziente riferiti alle patologie principali, nei confronti dell'appropriatezza dell'uso della diagnostica e delle terapie;
- lo sviluppo del raccordo e del coordinamento delle diverse linee di lavoro esistenti sul tema della sicurezza del paziente, a livello regionale e aziendale, che includano anche la sistematica relazione con i dati assicurativi e relativi al contenzioso;
- la centralità della "trasparenza", mettendo progressivamente a disposizione dei cittadini e degli interessati i dati di performance del SSR anche nella logica richiesta dalla direttiva UE 24/2011;
- il coinvolgimento dei pazienti rispetto ai temi della sicurezza, sia nella logica di una maggior informazione, che in quella di un loro ruolo attivo nel perseguimento del miglioramento continuo;
- la formazione del personale del SSR nei settori principali affrontati.

Nell'ambito del programma di qualità e sicurezza, semestralmente viene realizzato il monitoraggio sulla qualità della documentazione clinica che accompagna i pazienti nei processi clinico-assistenziali.

In tema di sicurezza del paziente e di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza, è stato svolto il monitoraggio riferito a:

- Infezioni vie respiratorie in pazienti con ventilazione meccanica
- Infezioni sito chirurgico
- Adeguatezza della profilassi antibiotica perioperatoria

- Pratica dell'igiene delle mani

Sono stati valutati i seguenti indicatori regionali:

- valutazione iniziale del dolore;
- valutazione quotidiana del dolore;
- valutazione rischio lesioni da decubito;
- valutazione rischio cadute;
- sicurezza del farmaco: completezza (compilazione di ogni parte) del foglio unico di terapia;
- presenza e completezza (compilazione di ogni parte) del consenso informato chirurgico;
- presenza e completezza (compilazione di ogni parte) del consenso informato anestesiologicalo;
- completezza (compilazione di ogni parte) della check list chirurgica.

L'analisi semestrale, della documentazione sanitaria, assume a campione 5 cartelle a bimestre (15 cartelle per reparto) delle cartelle cliniche chiuse, per ogni reparto.

Attraverso il metodo dei numeri casuali, per il periodo luglio-dicembre 2013, sono state estratte 305 cartelle riguardanti le UO dell'A.O. S.M.A. di Pordenone, 290 cartelle a San Vito e 70 a Spilimbergo, riguardante ricoveri ordinari in urgenza e programmati.

Nel monitoraggio del 2<sup>a</sup> semestre 2013 delle U.O. rispetto al precedente monitoraggio 2013 si evidenzia una diminuzione in quasi tutte le aree.

Complessivamente la completezza della documentazione sanitaria è raggiunta per l'88% rispetto al 90,6% del 1<sup>a</sup> semestre e rispetto all'87,7% del 2012 (grafico 1).

Si evidenzia un calo nella completezza del foglio di terapia e grafica 76% rispetto al 79,4% (1<sup>a</sup> sem 2013) e nella completezza del consenso informato per anestesia 90,8% rispetto al 91,9% (1<sup>a</sup> sem 2013).

Nel grafico 2 si evidenzia l'andamento per Presidio Ospedaliero.

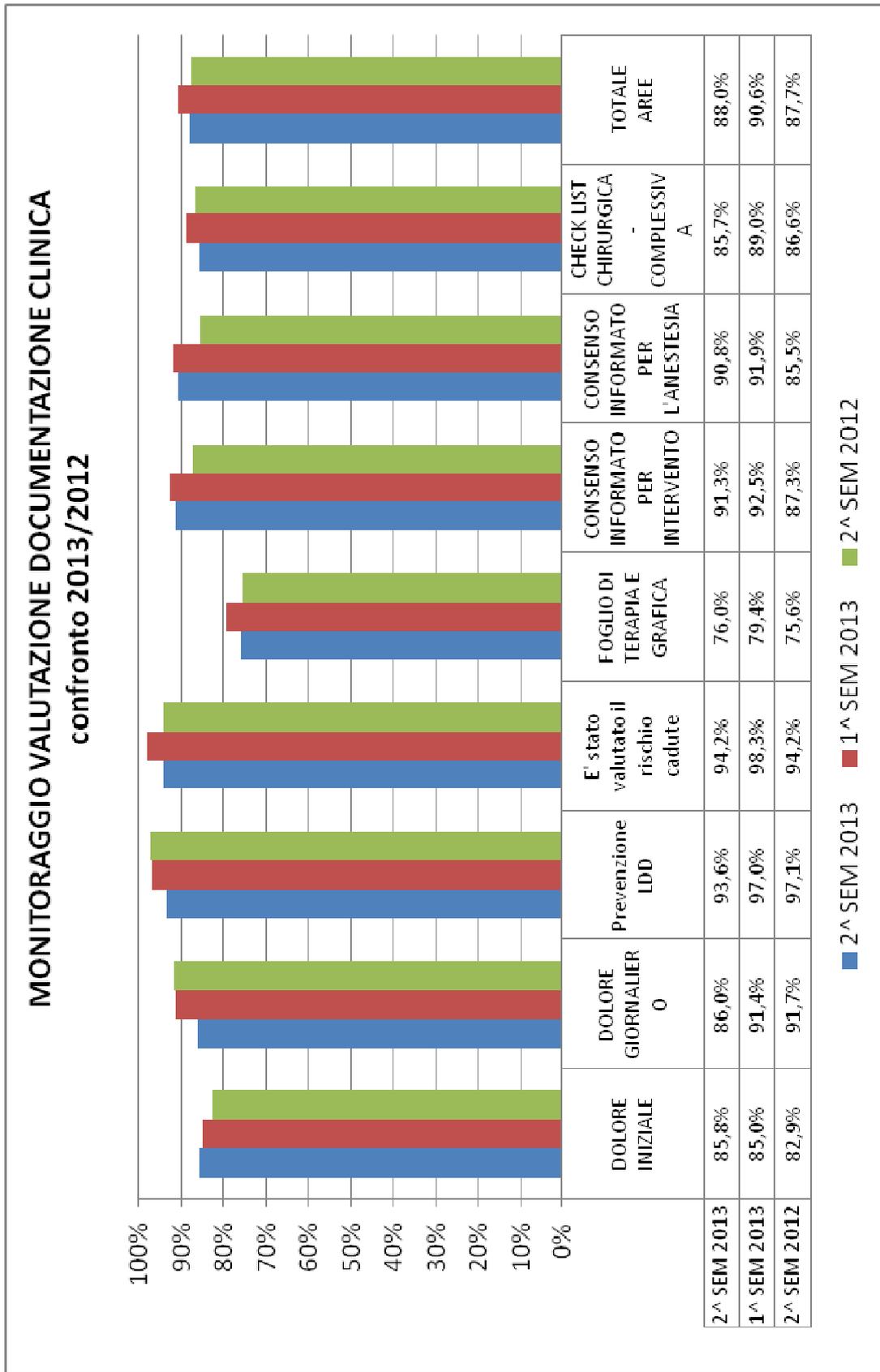
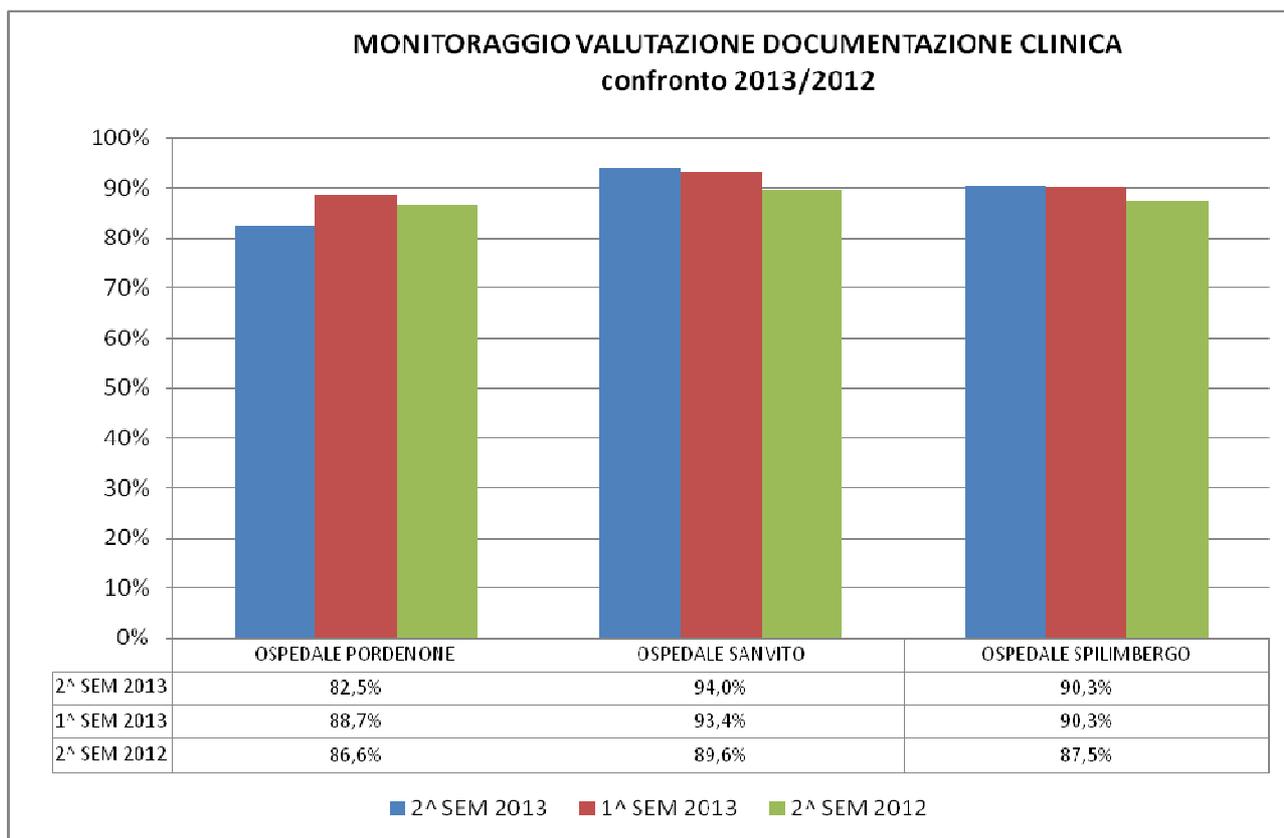


Grafico 1.



**Grafico 2- Monitoraggio cartella per Presidio Ospedaliero**

Nel grafico seguente (grafico 3) si evidenzia l'andamento per Dipartimenti.

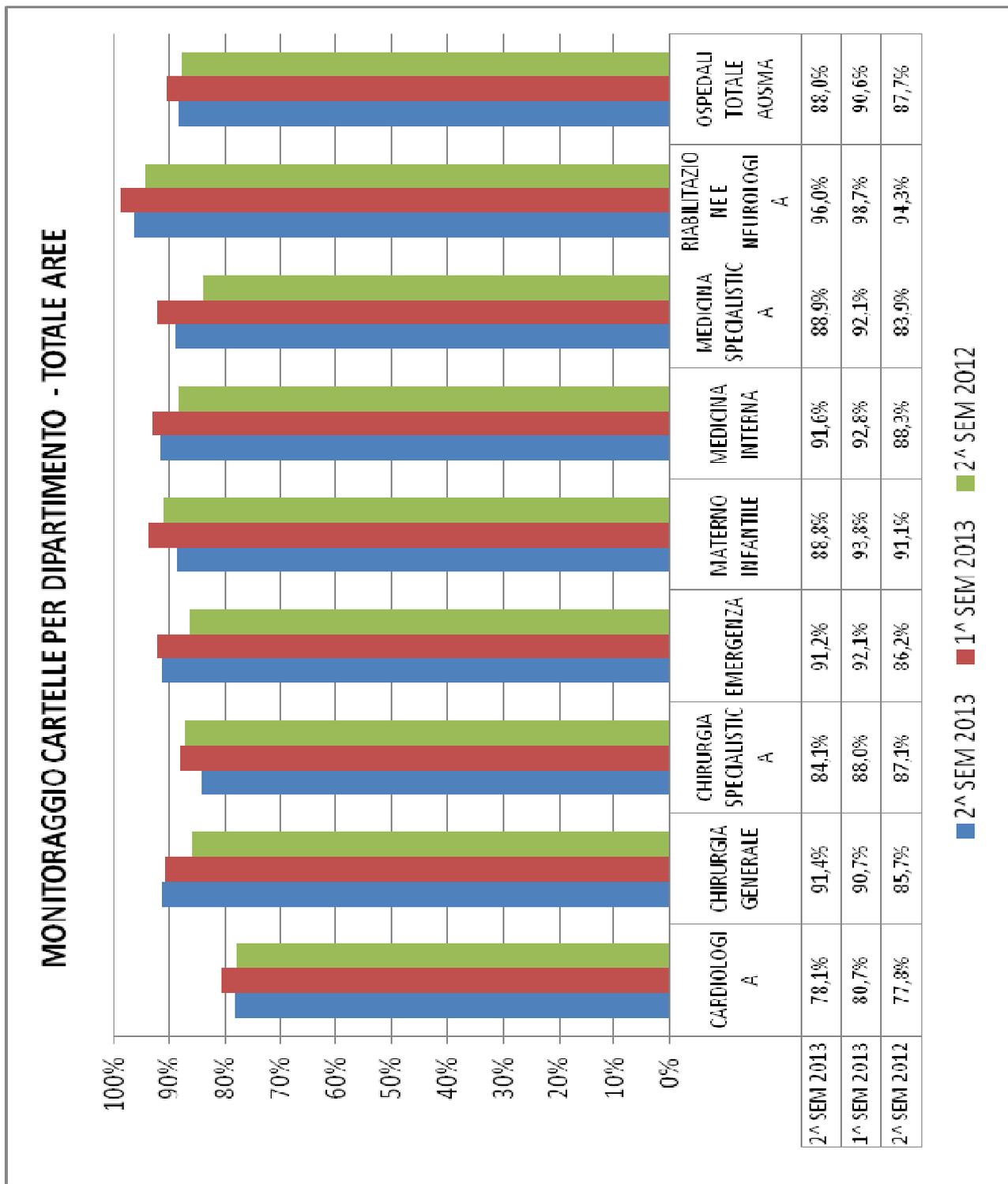


Grafico 3 Monitoraggio cartella clinica per DIPARTIMENTO - Confronto 2012/2013

In coerenza con i principi ispiratori della mission dell'ospedale, che vedono il paziente al centro del processo assistenziale, è importante rilevare il grado di soddisfazione dei pazienti per poter individuare situazioni critiche e migliorarle.

Quindi l'A.O. S. Maria degli Angeli - Pordenone, a tale scopo, ha realizzato un'indagine di soddisfazione delle persone ricoverate mediante la somministrazione di un questionario inviato per posta.

Lo scopo della rilevazione della qualità percepita dagli utenti è svolto al fine anche di:

- sviluppare la partecipazione attiva degli utenti e dei loro familiari per il miglioramento della qualità dei servizi;
- recuperare e mantenere la fiducia degli utenti e familiari;
- individuare le criticità ed i punti di forza della struttura ospedaliera;
- fornire una base dati importante per mettere in atto delle strategie per il miglioramento della qualità dell'assistenza.

Il questionario definito per l'indagine contiene 56 domande complessive suddivise in 9 macro aree tematiche che ripercorrono le tappe fondamentali dell'esperienza di ricovero:

- 1- Ammissione in ospedale (8 domande)
- 2- Ospedale e reparto (9 domande)
- 3- Medici (4 domande)
- 4- Infermieri (4 domande)
- 5- Assistenza e cura (8 domande)
- 6- Dimissione (9 domande)
- 7- Operazioni e procedure (5 domande)
- 8- Ricovero nel complesso (4 domande)
- 9- Informazioni personali (5 domande).

Di seguito si esplicitano i risultati delle indagini condotte nelle tre sedi: Pordenone, San Vito e Spilimbergo.

### **Risultati dell'indagine condotta per i pazienti di ricoverati (anno 2012) a Pordenone:**

Il campione delle persone alle quali inviare il questionario è stato estratto attraverso il meccanismo dei numeri casuali. Sono stati inviati 958 questionari su 4792 dimissioni ospedaliere.

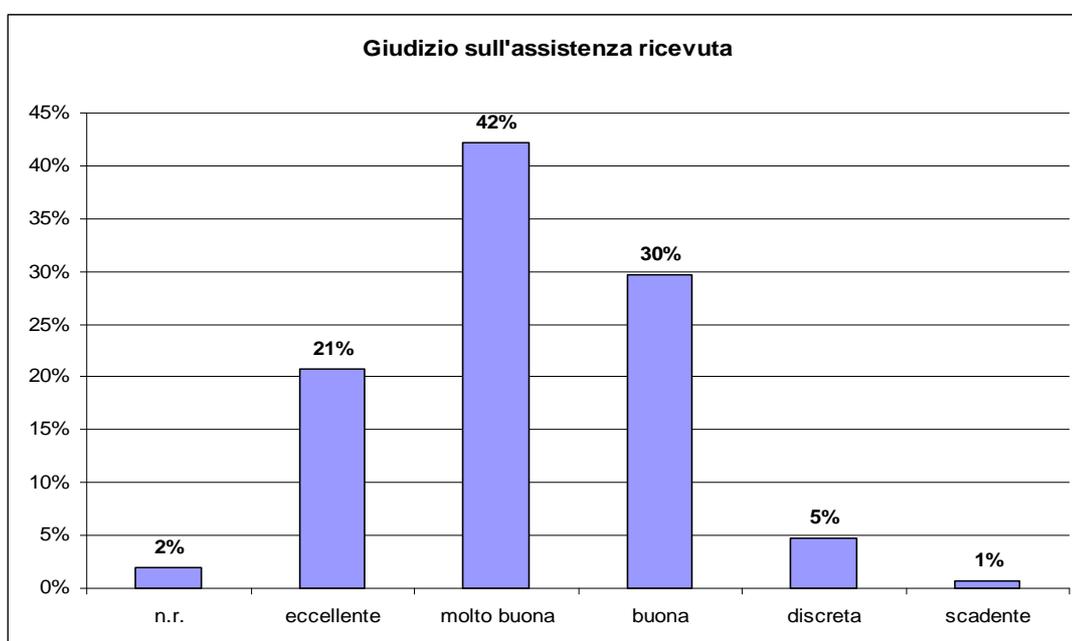
I questionari restituiti sono stati 318 (33%).

Non sono considerati validi ai fini dell'indagine i questionari compilati con meno di 10 risposte.

E' stato escluso 1 questionario per il numero di risposte (zero risposte).

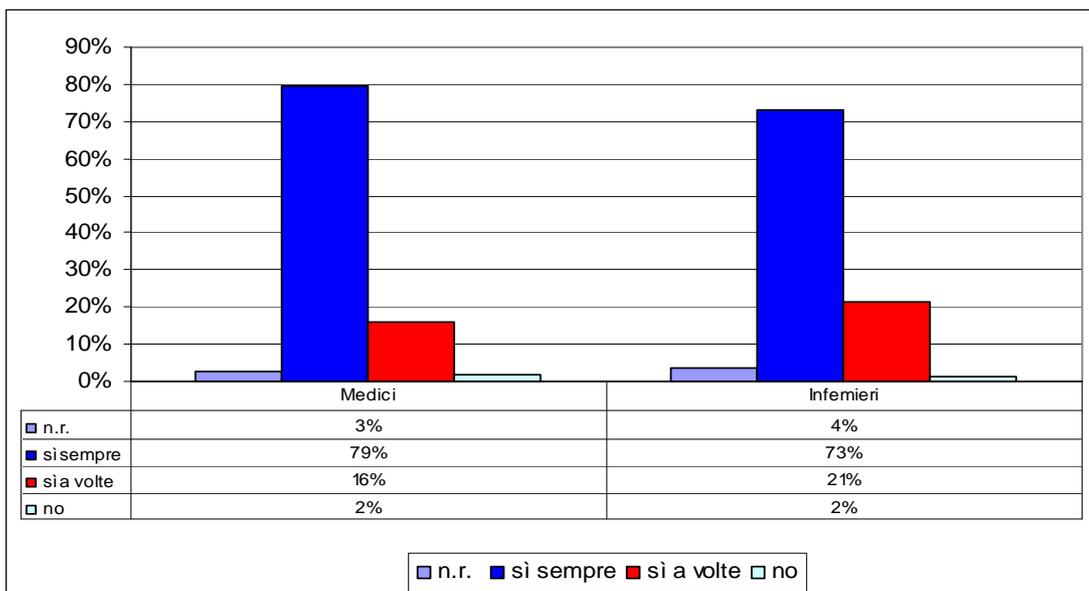
#### Valutazione complessiva dell'esperienza del ricovero

Il primo importante punto di forza è rappresentato dal giudizio complessivo che gli utenti esprimono rispetto alla loro esperienza di ricovero ospedaliero, infatti per il 93% è eccellente, molto buona o buona e solo l'1% esprime un giudizio negativo (vedi grafico 1).



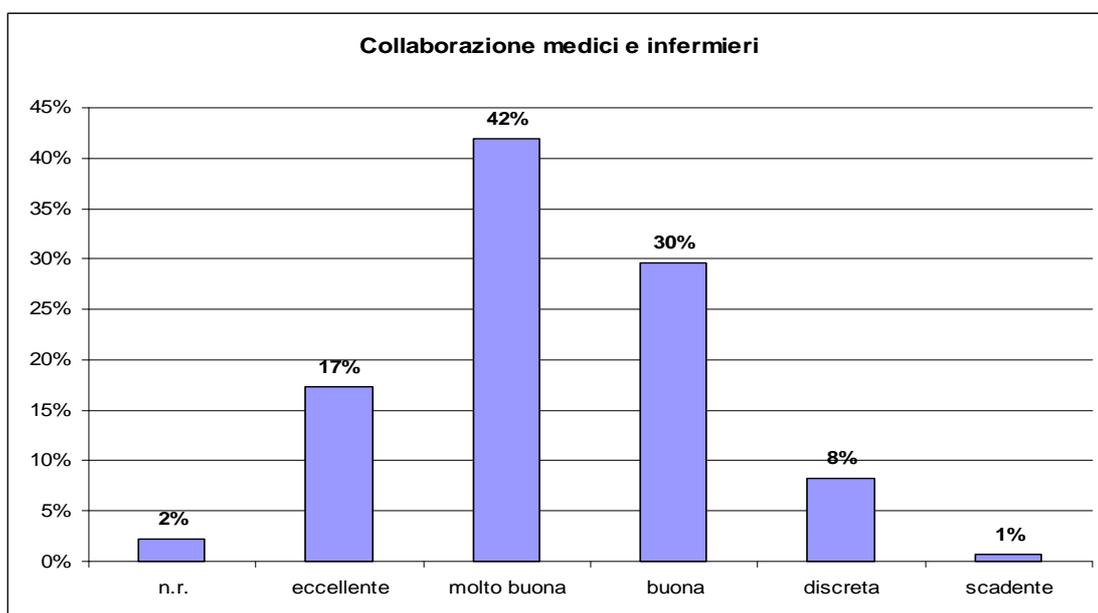
**Grafico 1**

Entrando nel merito delle domande più specifiche, il giudizio appare strettamente collegato alla fiducia e professionalità riconosciute ai medici e agli infermieri, espressa relativamente dal 79% e dal 73% e solo il 2% dichiara di non avere nessuna fiducia . (vedi grafico 2)



**Grafico 2**

Il riconoscimento della professionalità degli operatori sanitari è confermato dal giudizio molto positivo dato sulla collaborazione tra medici e infermieri: l'89% dei pazienti la giudica eccellente, molto buona o buona contro un 1% che la giudica scadente (vedi grafico 3).



**Grafico 3**

Le principali criticità riguardano i seguenti aspetti:

- atteggiamenti rispettosi della dignità della persona: rispettivamente il 28% dei medici e il 30% degli infermieri parlavano sempre o a volte tra loro come se il paziente non ci fosse
- possibilità di parlare delle proprie paure e preoccupazioni: il 54% dichiara di aver avuto questa possibilità (p.r. 47%), mentre il 18% non l'ha avuta per niente (p.r. 24%).
- coinvolgimento del paziente nelle decisioni riguardanti il suo trattamento: l'11% dichiara che non è stato coinvolto (p.r. 17%).

**Anche le sedi di San Vito al Tagliamento e Spilimbergo, hanno confermato i risultati evidenziati per l'Ospedale di Pordenone.**

### **Risultati dell'indagine anno 2012: sede di San Vito al Tagliamento**

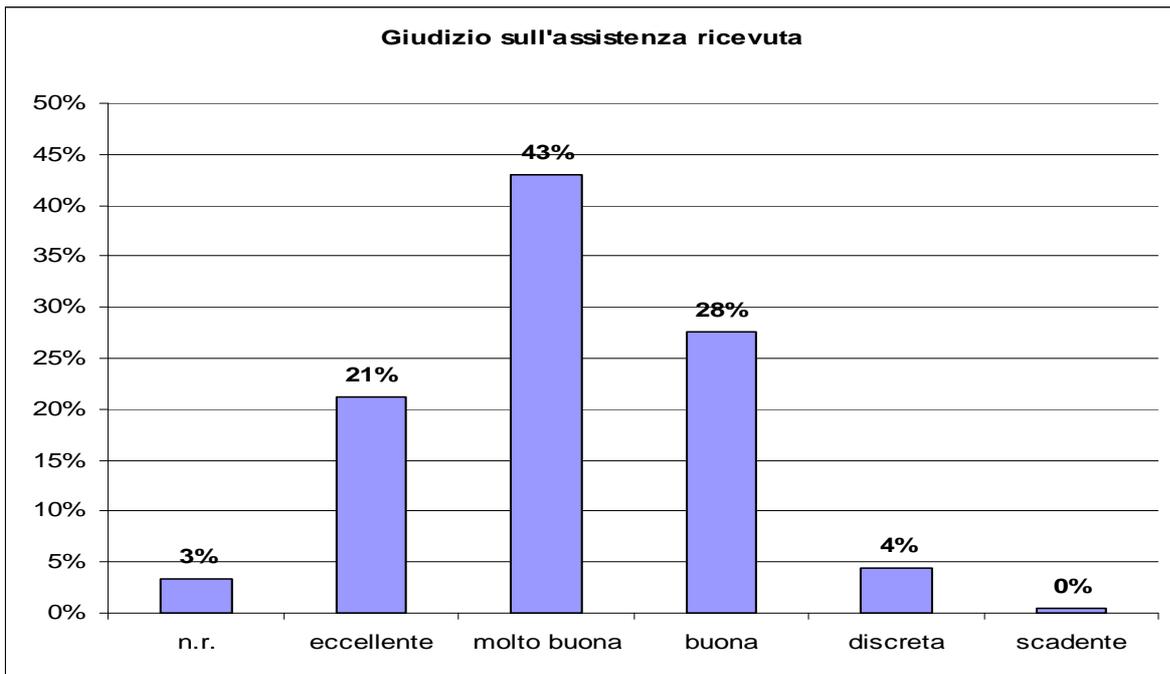
Il campione delle persone alle quali inviare il questionario è stato estratto attraverso il meccanismo dei numeri casuali. Sono stati inviati 595 questionari e restituiti 207 (35%).

Non sono considerati validi ai fini dell'indagine i questionari compilati con meno di 10 risposte.

Dall'analisi dei questionari compilati vengono esclusi 3 questionari per il numero di risposte (minore di 10).

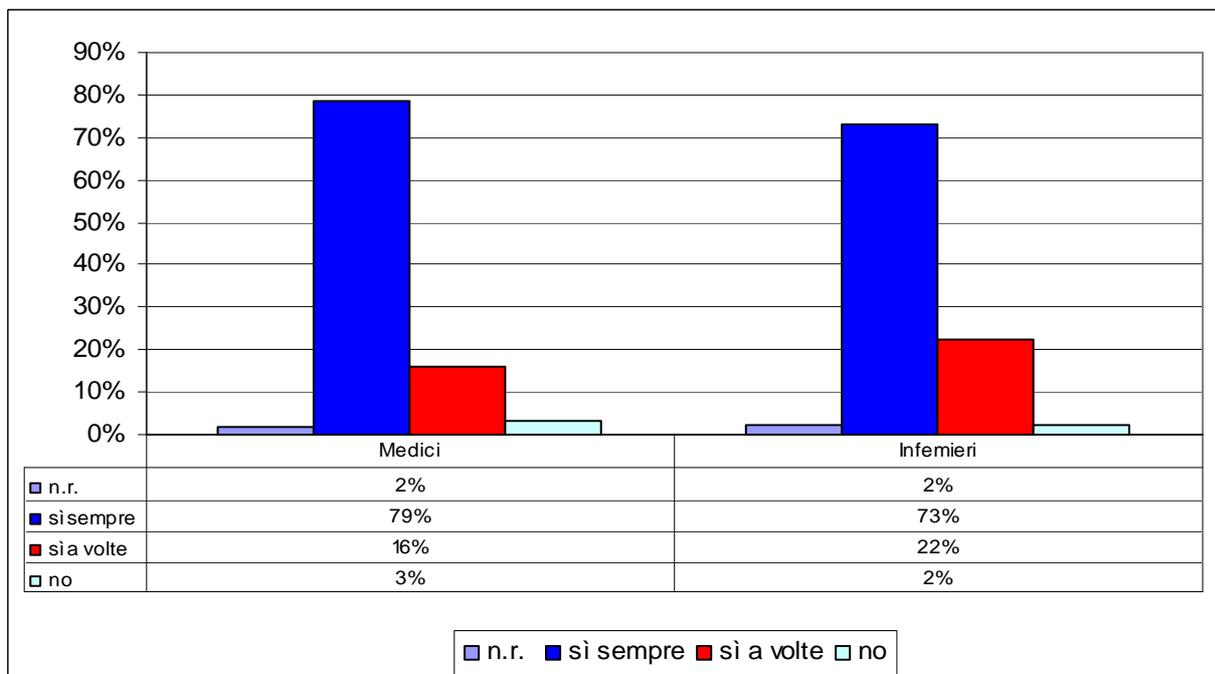
#### Valutazione complessiva dell'esperienza del ricovero

Il primo importante punto di forza è rappresentato dal giudizio complessivo che gli utenti esprimono rispetto alla loro esperienza di ricovero ospedaliero, infatti per il 92% è eccellente, molto buona o buona e solo il 0,5% esprime un giudizio negativo (vedi grafico 4).



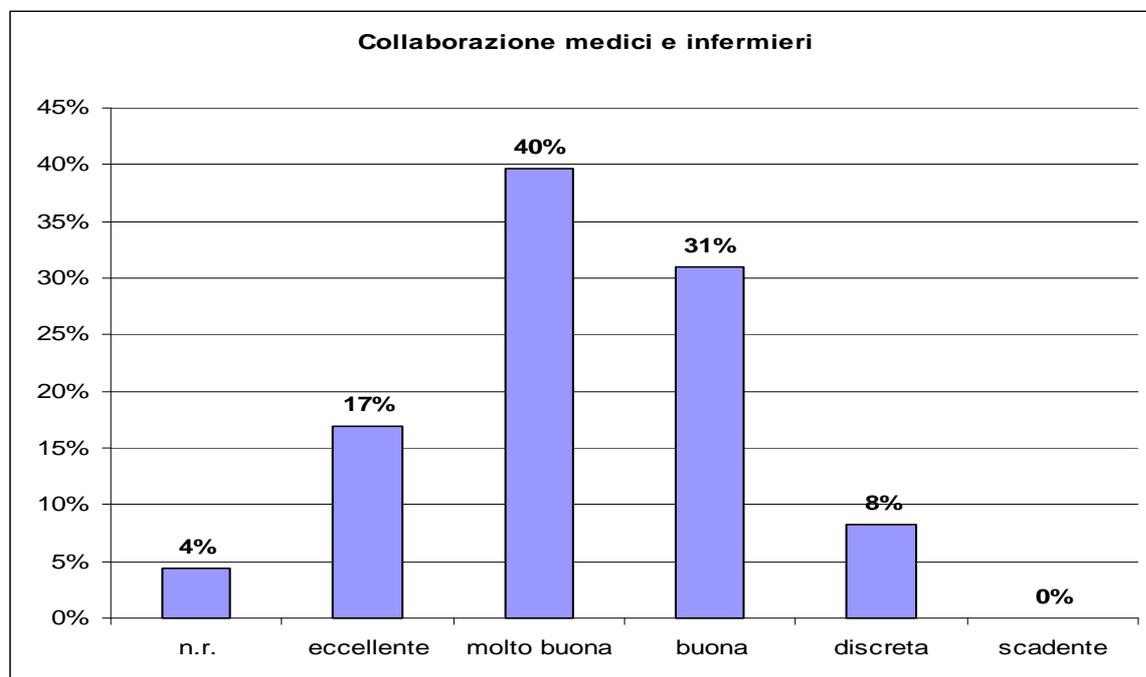
**Grafico 4**

Entrando nel merito delle domande più specifiche, il giudizio appare strettamente collegato alla fiducia e professionalità riconosciute ai medici e infermieri, espressa relativamente dal 79% e dal 73% , solo il 3% dichiara di non avere nessuna fiducia nei medici e il 2% dichiara di non avere nessuna fiducia negli infermieri . (vedi grafico 5)



**Grafico 5**

Il riconoscimento della professionalità degli operatori sanitari è confermato dal giudizio molto positivo dato sulla collaborazione tra medici e infermieri: l'87% dei pazienti la giudica eccellente, molto buona o buona e nessuno la giudica scadente (vedi grafico 6)



**Grafico6**

Le principali criticità riguardano i seguenti aspetti:

- atteggiamenti rispettosi della dignità della persona: rispettivamente il 29% dei medici e il 31,4% degli infermieri parlavano sempre o a volte tra loro come se non ci fosse il paziente.
- possibilità di parlare delle proprie paure e preoccupazioni: il 53% dichiara di aver avuto questa possibilità, mentre il 16% non l'ha avuta per niente.
- coinvolgimento del paziente nelle decisioni riguardanti il suo trattamento: l'11% dichiara di non essere stato coinvolto.

## Risultati dell'indagine anno 2012: sede di Spilimbergo

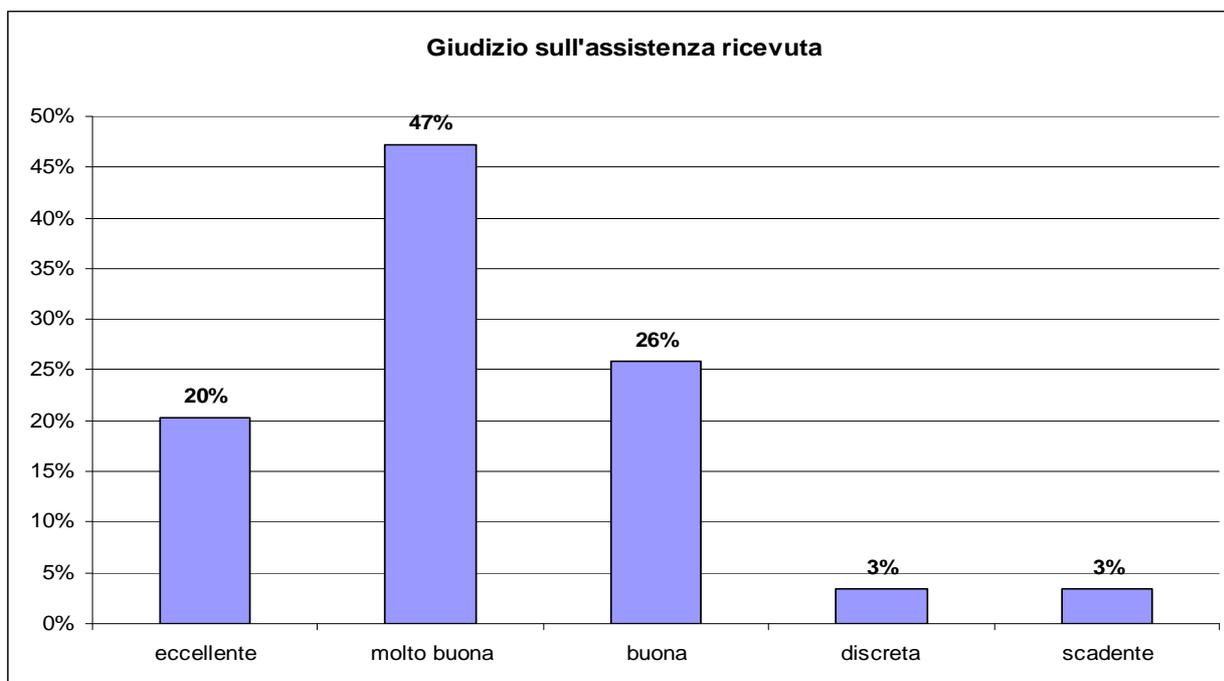
Il campione delle persone alle quali inviare il questionario è stato estratto attraverso il meccanismo dei numeri casuali. Sono stati invitati 273 questionari e restituiti 91 (33%).

Non sono considerati validi ai fini dell'indagine i questionari compilati con meno di 10 risposte.

Dall'analisi dei questionari compilati vengono esclusi 2 questionari per il numero di risposte (minore di 10).

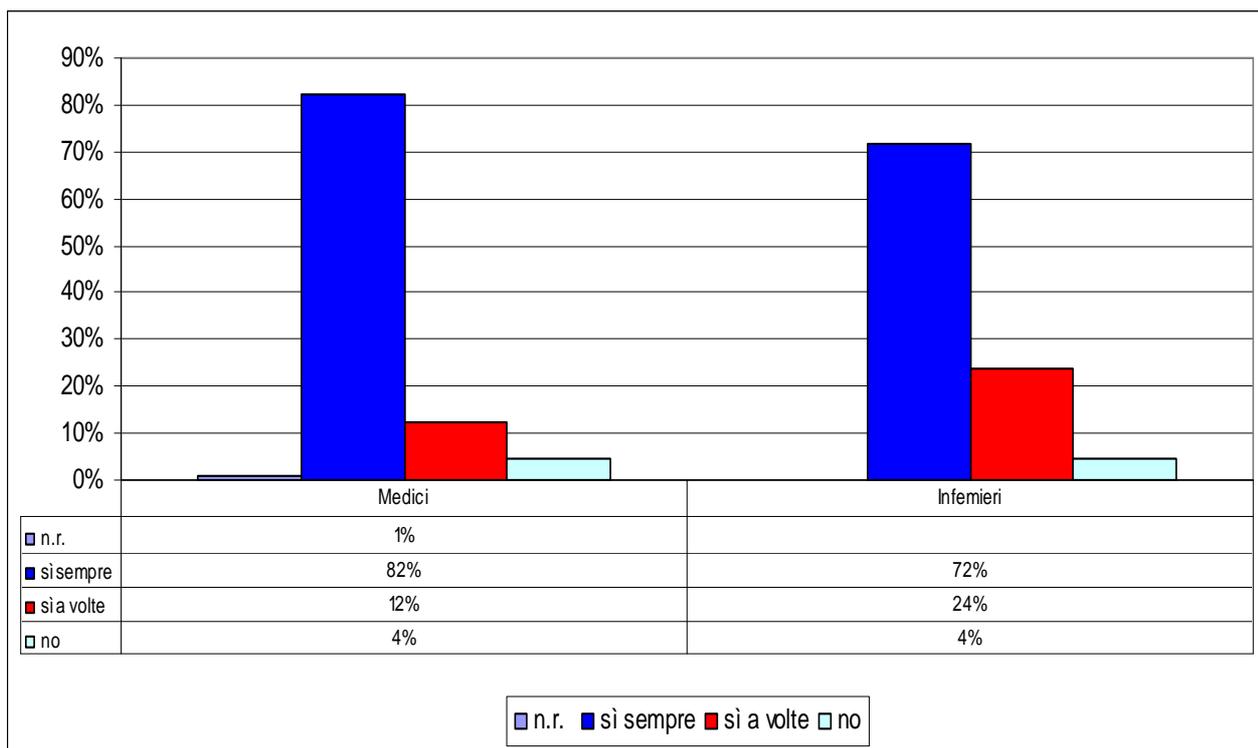
### Valutazione complessiva dell'esperienza del ricovero

Il primo importante punto di forza è rappresentato dal giudizio complessivo che gli utenti esprimono rispetto alla loro esperienza di ricovero ospedaliero, infatti per il 93% è eccellente, molto buona o buona e solo il 3% esprime un giudizio negativo (vedi grafico 7).



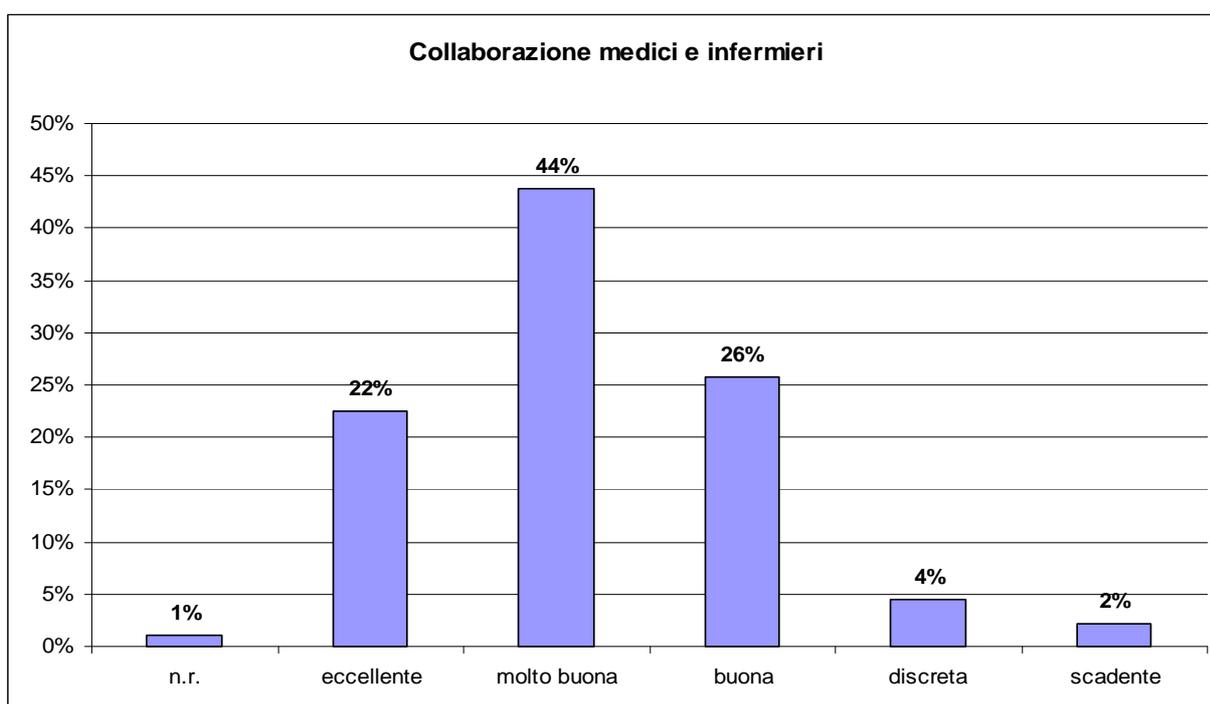
**Grafico 7**

Entrando nel merito delle domande più specifiche, il giudizio appare strettamente collegato alla fiducia e professionalità riconosciute ai medici e infermieri, espressa relativamente dal 82% e dal 72% , solo il 4% dichiara di non avere nessuna fiducia nei medici e negli infermieri . (vedi grafico 8)



**Grafico 8**

Il riconoscimento della professionalità degli operatori sanitari è confermato dal giudizio molto positivo dato sulla collaborazione tra medici e infermieri: il 92% dei pazienti la giudica eccellente, molto buona o buona e solo il 2% la giudica scadente (vedi grafico 9)



## Grafico 9

Le principali criticità riguardano i seguenti aspetti:

- atteggiamenti rispettosi della dignità della persona: rispettivamente il 39% dei medici e infermieri parlavano sempre o a volte tra loro come se non ci fosse il paziente.
- possibilità di parlare delle proprie paure e preoccupazioni: il 48% dichiara di aver avuto questa possibilità, mentre il 25% non l'ha avuta per niente.
- coinvolgimento del paziente nelle decisioni riguardanti il suo trattamento: il 13% dichiara di non essere è stato coinvolto.

## **L'URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico)**

L'URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico) nasce dall'esigenza di semplificare, facilitare e migliorare i rapporti e la comunicazione tra l'utenza e il personale dell'Azienda Ospedaliera ed a favorire la fruizione dei servizi offerti.

L'URP rappresenta il punto di ascolto dove il cittadino può:

- Ricevere informazioni tempestive sulle modalità di accesso ai servizi e di erogazione delle prestazioni ed eventualmente essere accompagnato all'interno del presidio in caso di necessità;
- Presentare osservazioni, suggerimenti per migliorare l'offerta;
- Far pervenire i ringraziamenti nei confronti del personale aziendale;
- Avanzare reclami sulla qualità dei servizi offerti e per i quali l'URP avvia un istruttoria regolata da procedura interna;
- Manifestare volontà alla donazione di organi.

I cittadini possono presentare osservazioni e reclami, nel rispetto delle norme vigenti in materia di privacy.

Gli utenti esercitano il loro diritto mediante:

- a. compilazione dell'apposito modulo sottoscritto dall'utente o suo delegato e consegnato a mano, trasmesso per posta, fax o posta elettronica (non necessariamente posta elettronica certificata) all'Ufficio Relazioni con il Pubblico anche nelle varie sedi periferiche (Punti di Informazione) o tramite le cassette per reclami-suggerimenti-elogi presenti nelle diverse strutture aziendali;
- b. comunicazione scritta, consegnata a mano, trasmessa per posta, fax o posta elettronica all'Ufficio Relazioni con il Pubblico anche nelle varie sedi periferiche (Punti di Informazione) o tramite le cassette per reclami-suggerimenti-elogi disposte nelle strutture aziendali;
- c. colloquio diretto o telefonico con gli operatori dell'URP o dei Punti di Informazione.

Qualora i fatti segnalati all'Ufficio Relazioni con il Pubblico, nelle modalità di cui al punto c. o tramite posta elettronica, contengano elementi significativi d'indagine e richiedano una puntuale verifica dei fatti, il responsabile dell'URP può richiedere al cittadino-utente che ha comunicato la segnalazione di formalizzare la stessa in modalità cartacea, debitamente sottoscritta.

La presentazione delle segnalazioni non preclude la possibilità di adire le vie legali, ai sensi dell'art.4, comma 5 Decreto Legislativo 502/92 (e successive modifiche).

I reclami devono, di norma, essere presentati entro 15 giorni dal momento in cui l'interessato ha avuto conoscenza dell'atto o del comportamento lesivo dei propri diritti (art. 14, comma 5 Decreto Legislativo 502/92 e successive modifiche). Possono essere presentati dopo la scadenza di tale termine qualora il ritardo sia giustificato dalle condizioni ambientali e personali del titolare del diritto.

Ogni segnalazione presentata dai soggetti viene inoltrata dall'URP al Direttore della Struttura interessata affinché provveda ad effettuare l'istruttoria interna, richiedendo relazioni specifiche ed acquisendo ogni elemento necessario alla definizione della segnalazione nonché tutti gli elementi conoscitivi del caso.

Di seguito si evidenziano i report "Reclami/Elogi" presentati nell'anno 2013.

#### **A.O. S. Maria degli Angeli - Sede Pordenone**

Tabella Distribuzione reclami/elogi per tipologia

<b>Tipologia</b>	<b>anno 2011</b>	<b>anno 2012</b>	<b>anno 2013</b>
Aspetti relazionali	35	19	21
Umanizzazione	8	16	12
Informazioni	9	6	24
Tempo	20	27	47
Aspetti alberghieri/comfort	5	2	4
Strutture/logistica	2	3	6
Aspetti burocratico/amm.vi	45	34	92
Aspetti tecnico/professionali	65	36	35
Richieste improprie	2		
Altro	1		7
Suggerimenti	8	11	
<b>TOTALE RECLAMI</b>	<b>200</b>	<b>154</b>	<b>248</b>
<b>ELOGI</b>	<b>37</b>	<b>27</b>	<b>35</b>

## Sede San Vito al Tagliamento

Tabella Distribuzione reclami/elogi per tipologia

Tipologia	anno 2011	anno 2012	anno 2013
Aspetti relazionali	24	8	15
Umanizzazione	5	8	1
Informazioni	4	1	13
Tempo di attesa	23	8	13
Aspetti alberghieri/comfort	3		4
Strutture/logistica	3		1
Aspetti burocratico/amm.vi	33	18	26
Aspetti tecnico/professionali	18	8	18
Altro	1		4
<b>TOTALE RECLAMI</b>	<b>114</b>	<b>51</b>	<b>95</b>
<b>ELOGI</b>	<b>21</b>	<b>14</b>	<b>16</b>

## Sede Spilimbergo

Tabella Distribuzione reclami/elogi per tipologia

Tipologia	anno 2013
Aspetti relazionali	4
Umanizzazione	
Informazioni	3
Tempo di attesa	1
Aspetti alberghieri/comfort	
Strutture/logistica	2
Aspetti burocratico/amm.vi	1
Aspetti tecnico/professionali	1
Richieste improprie	1
Altro	1
<b>TOTALE RECLAMI</b>	<b>14</b>
<b>ELOGI</b>	<b>2</b>

Gli aspetti relazionali maggiormente sentiti dagli utenti sono l'aspetto della "cortesia/gentilezza", rispetto al tempo si evidenziano i reclami per "tempi di attesa per erogazione di esami e prestazioni", mentre per quanto riguardano gli aspetti burocratico/amministrativi (considerato l'accessibilità e procedure amministrative) si sottolineano le segnalazioni per "Importi e procedure per i ticket" e "Problemi di interpretazione/applicazione delle norme".

Nella maggioranza dei casi viene svolta un'azione informativa o spiegazione delle procedure.

### **3.2 Mandato istituzionale e Missione**

L'Azienda Ospedaliera "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone si caratterizza come ospedale per acuti ad alto livello di tecnologia ed assistenza con elevato livello di complessità organizzativa, caratterizzata da una degenza per acuzie sempre più breve ed integrata, secondo protocolli predefiniti.

Gli indirizzi di sviluppo aziendale puntano ai seguenti obiettivi di carattere generale: portare ad eccellenza le funzioni oggi svolte, garantendo il soddisfacimento della domanda dell'utenza dell'area vasta pordenonese e della Regione Friuli V.G., mantenendo e sviluppando la capacità di attrazione verso altre regioni; rafforzare la politica di sviluppo delle risorse professionali e di valorizzazione delle potenzialità del personale, promuovendo modelli di responsabilità organizzativa in capo alla professione infermieristica; avviando modelli sperimentali di gestione basati sulla separazione tra funzioni di diagnosi e cura e funzioni di ricovero ed assistenza; sviluppare esperienze di qualità con caratteristiche sistematiche, secondo le indicazioni regionali e in coerenza con i modelli definiti a livello europeo; garantire un rapporto di comunicazione con il cittadino, con gli Enti Locali e con le organizzazioni sociali, sviluppando interventi di miglioramento della qualità percepita.

### **3.3 Albero della performance**

L'AOSMA dà attuazione al principio, espresso dall'art. 4 del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche), della separazione tra funzioni di indirizzo, esercitate dall'organo di governo dell'ente, e funzioni di gestione, svolte dai dirigenti.

La Direzione Strategica (Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo con il supporto della S.C. Programma Controllo Qualità Accredimento e Risk Management) definisce, sulla base delle indicazioni della pianificazione regionale, le strategie di programmazione aziendale e ne controlla la realizzazione.

L'AOSMA adotta come modello ordinario di gestione operativa delle attività il modello organizzativo dipartimentale. La struttura organizzativa aziendale si articola, pertanto, in dipartimenti, strutture complesse, strutture semplici che costituiscono articolazioni di Dipartimenti (cd. strutture semplici dipartimentali) e strutture semplici che costituiscono articolazioni di strutture complesse.

I Dipartimenti sono individuati secondo specifici parametri dimensionali e funzionali.

Il modello organizzativo dipartimentale persegue le seguenti finalità :

- favorire l'integrazione e l'utilizzo in comune degli spazi, delle risorse umane e tecnologiche, anche attraverso la gestione della mobilità interna del personale;
- attuare la sperimentazione di modalità organizzative che migliorino il coordinamento e lo sviluppo delle attività cliniche e/o tecnico-amministrative, di ricerca, di studio e di audit sulla qualità delle prestazioni per l'ottimizzazione dei percorsi clinici e/o tecnico-amministrativi;
- favorire l'efficacia e l'appropriatezza degli interventi clinico assistenziali, l'accessibilità ai servizi ed il livello di umanizzazione nonché l'efficienza dell'organizzazione;
- promuovere processi di responsabilizzazione della dirigenza, con i seguenti mezzi:
  - a) un efficace impiego delle risorse;
  - b) lo sviluppo della professionalità e competenza degli operatori, mediante la loro valorizzazione e responsabilizzazione;
- l'adozione di una metodologia di lavoro interdisciplinare, caratterizzata dalla ricerca e dal confronto;
- la predisposizione di linee-guida, e/o protocolli , e/o percorsi assistenziali, con particolare attenzione agli aspetti dell'evidenza clinica e del rapporto efficienza-efficacia;
- l'attivazione di modalità organizzative che favoriscano un processo di continuità assistenziale, anche a livello territoriale.

I dirigenti, secondo quanto previsto dell'atto aziendale, esercitano le proprie funzioni di attuazione e gestione degli atti di indirizzo e programmazione annuale delle attività e dei contratti, nel rispetto delle proprie competenze professionali o gestionali ed in relazione agli obiettivi di budget concordati.

Essi sono responsabili dell'attività e della gestione negli ambiti di competenza e dei relativi risultati. La definizione di un sistema di misurazione e valutazione della performance è prevista dal D. Lgs. 150 del 27 ottobre 2009, "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", che introduce una disciplina organica, per la pubblica amministrazione, relativa all'utilizzo di strumenti di valorizzazione del merito e di incentivazione della produttività e della qualità della prestazione lavorativa e principi di selettività e di concorsualità nelle progressioni di carriera, il riconoscimento di meriti e demeriti, l'incremento dell'efficienza del lavoro pubblico ed il contrasto alla scarsa produttività e all'assenteismo, la trasparenza dell'operato delle amministrazioni pubbliche anche a garanzia della legalità.

La performance è un concetto centrale introdotto dal citato D.Lgs 150/09 che assume il significato di contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (organizzazione, unità organizzativa, gruppo d'individui, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita.

Nell'Azienda, la performance va misurata:

- a livello complessivo aziendale rispetto all'efficace raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (performance aziendale), sui quali viene valutata la Direzione Generale;
- a livello di singolo Dipartimento, Struttura Complessa e Struttura Semplice dipartimentale, individuata come centro di responsabilità (performance organizzativa) ;
- a livello di singolo dipendente afferente all'area contrattuale sia della dirigenza che del comparto (performance individuale).

La formalizzazione di un Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance per l'Azienda assolve, quindi, a una pluralità di scopi:

1. migliorare l'efficienza del sistema di programmazione e di attuazione degli obiettivi,
2. introdurre uno strumento di apprendimento organizzativo e di orientamento dei comportamenti a supporto dei processi decisionali,
3. rappresentare, misurare e rendere pubblica e trasparente l'efficacia organizzativa rispetto agli obiettivi istituzionali (accountability).

Conseguentemente i processi d'individuazione degli obiettivi e di misurazione dei risultati si svolgono con riferimento sia a livello complessivo aziendale sia di singola struttura operativa, con risultati che si integrano con la valutazione della performance individuale (articolo 10, comma 1, lett a), D.lgs. n. 150/2009), effettuata secondo le procedure ed i criteri *concordati* con le Organizzazioni Sindacali, ai fini del riconoscimento della retribuzione di risultato, nonché concorre alla valutazione professionale di competenza del Collegio Tecnico.

Nel corso del 2014, verrà iniziato un percorso per la valutazione della performance individuale sia dei dirigenti che del comparto, in quanto attualmente la valutazione delle performance individuale coincide con la valutazione del risultato raggiunto dalla struttura organizzativa di appartenenza.

E' obiettivo dell'Azienda dare attuazione a quanto previsto dal D.lgs. n. 150/2009 in tema di valutazione delle performance.

Il Sistema si basa sull'oggettività della misurazione e della valutazione, a partire dalla individuazione degli indicatori fino alla misurazione ed all'analisi degli scostamenti e individua le responsabilità dei soggetti coinvolti nel processo e prevede idonee modalità per assicurare la trasparenza del processo di gestione della performance sia nei confronti del personale che nei confronti degli stakeholders.

### **ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE (OIV)**

L'OIV - ai sensi dell'art. 44 del D.Lgs. 33/2013 - ha il compito di verificare la coerenza tra gli obiettivi previsti nel Programma triennale di Trasparenza e Integrità, e quelli indicati nel Piano della Performance, valutando altresì l'adeguatezza dei relativi indicatori.

L'OIV, in particolare:

- monitora il funzionamento del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni, comunicando tempestivamente le criticità riscontrate al direttore generale ed elaborando una relazione annuale sullo stato dello stesso;
- valida la relazione sulla prestazione che evidenzia, a consuntivo, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto agli obiettivi programmati e alle risorse, rilevando gli eventuali scostamenti quale condizione inderogabile per l'accesso agli strumenti incentivanti del personale;
- garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, nonché dell'utilizzo dei premi incentivanti, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;
- propone al direttore generale la valutazione annuale dei dirigenti di struttura e la retribuzione a essi della retribuzione di risultato;
- è responsabile della corretta applicazione del sistema di valutazione;
- promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità con riferimento alle disposizioni normative in materia;
- valuta in seconda istanza l'apporto individuale al raggiungimento degli obiettivi da parte del personale dell'Azienda;
- valuta in seconda istanza e a fine incarico le posizioni organizzative e gli incarichi di coordinamento assegnati al personale del comparto;
- effettua ogni altra verifica e valutazione che la direzione intende affidare.

L'attività dell'organismo indipendente di valutazione è disciplinata da apposito regolamento aziendale.

## **4. Analisi del contesto**

### **4.1 Analisi del contesto esterno**

#### **AREA VASTA PORDENONESE**

L'Area Vasta costituisce, in linea con le indicazioni di Piano Sociosanitario regionale 2006/2008, strumento fondamentale per l'attuazione della pianificazione regionale. La programmazione per Area Vasta si realizza in seno alla Conferenza di Area Vasta, a cui partecipano i Direttori Generali delle Aziende che ne fanno parte. Per l'Area Vasta della Provincia di Pordenone il coordinamento compete al Direttore Generale dell'ASS n. 6 "Friuli Occidentale" il quale garantisce anche gli aspetti organizzativi e di segreteria attraverso, di norma, le proprie strutture aziendali.

La Conferenza deve obbligatoriamente riunirsi per la programmazione attuativa annuale e pluriennale e correlata negoziazione sul riparto delle risorse assegnate dall'Area Vasta, per l'esame trimestrale dei risultati dei monitoraggi periodici, su richiesta della Regione o quando lo richieda anche una sola delle Aziende facenti parte dell'Area.

Le convocazioni sono comunicate anche alla Direzione Centrale della Salute, Integrazione Socio sanitaria e protezione Sociale che può parteciparvi a titolo di supporto alle decisioni da assumere.

Le decisioni della Conferenza riguardanti interventi programmatici aventi ricadute sull'attività, sull'organizzazione e sulle risorse delle Aziende si traducono nella stipula di un accordo di Area Vasta. Quest'ultimo costituisce parte integrante dei Piani Attuativi Locali e dei Piani Attuativi Ospedalieri delle Aziende e viene pertanto consolidato a livello regionale. Le decisioni sugli accordi di Area Vasta richiedono l'unanimità.

#### **INTEGRAZIONE DI AREA VASTA**

Il processo di integrazione interaziendale, realizzato in collaborazione tra gli enti dell'area vasta pordenonese (Azienda Ospedaliera S. Maria degli Angeli, ASS n.6 "Friuli Occidentale", Centro di Riferimento Oncologico di Aviano e per alcune specifiche dimensioni Casa di Cura "Policlinico San Giorgio") punta, secondo le indicazioni della programmazione regionale, a promuovere il governo clinico delle funzioni ospedaliere al fine di garantire la continuità assistenziale del paziente.

## STAKEHOLDERS

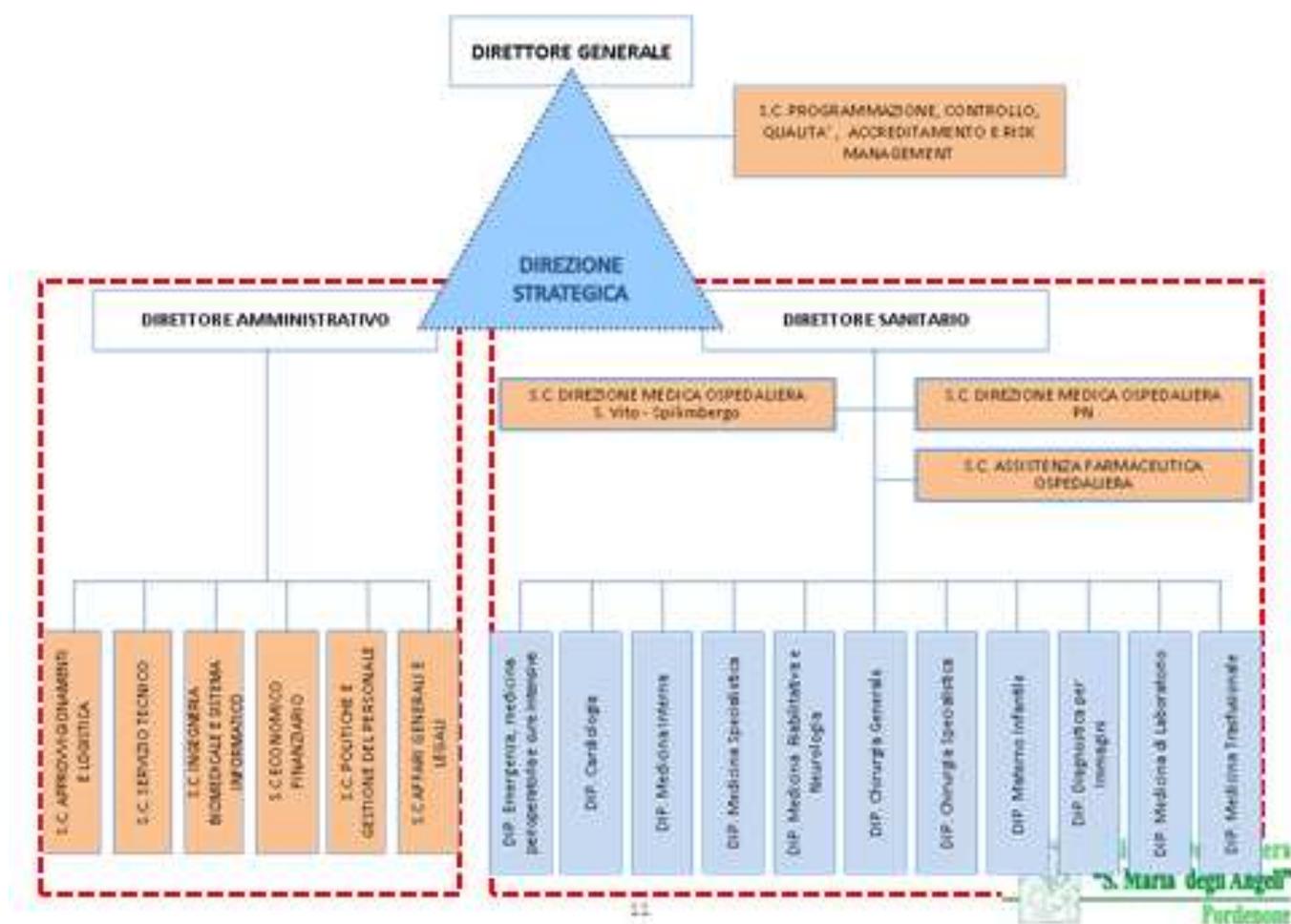
L'Azienda, ai fini degli obblighi di trasparenza previsti dal Decreto legislativo n. 33 del 14 marzo 2013, è obbligata a confrontarsi con gli stakeholder esterni (associazioni di volontariato ritenute portatrici di interessi maggiormente inerenti all'attività svolta dall'Azienda) per l'adozione del Programma triennale di Trasparenza e Integrità, come previsto dall'art. 10 del suddetto decreto.

### 4.2 Analisi contesto interno

#### a) La Struttura Organizzativa dell'Azienda

##### Organigramma aziendale:

L' ORGANIGRAMMA AZIENDALE, definito con l'ATTO AZIENDALE approvato (dopo il parere favorevole della DCSPS) con decreto n. 120 del 1° giugno 2012, è il seguente:



## b) Le risorse strumentali ed economiche

### ➤ Infrastrutture:

L'Azienda Ospedaliera "S. Maria degli Angeli" è attualmente costituita dalle seguenti sedi di erogazione dei servizi: Pordenone, Sacile, San Vito al Tagliamento, Spilimbergo e Maniago.

La sede di Pordenone è organizzata a padiglioni, gli altri a monoblocco.

### ➤ Risorse tecnologiche e biomediche – grandi attrezzature

Vengono indicate in questa sezione le grandi attrezzature che l'Azienda dispone.

#### Dati relativi alle apparecchiature tecnico biometriche di diagnosi e cura presenti al 1/1/2013

Classe descrizione	numero
Ecotomografo	74
Tomografo assiale computerizzato	4
Apparecchio per Emodialisi	98
Analizzatore multiparametrico selettivo	2
Monitor	207
Tomografo a risonanza magnetica	2
Tavolo operatorio	78
Gruppo radiologico	8
Ventilatore polmonare	66
Apparecchio portatile per radioscopia	7
Tavolo telecomandato per apparecchio radiologico	2
Analizzatore automatico per immunochimica	10
Gamma camera computerizzata	2
Apparecchio per Anestesia	29
Lampada scialitica	93
Mammografo	6
Sistema per angiografia digitale	3
Ortopantomografo	2
Apparecchio per radiologia dentale panoramica	1

➤ **Risorse economiche**

**I BILANCI DELL'AZIENDA**

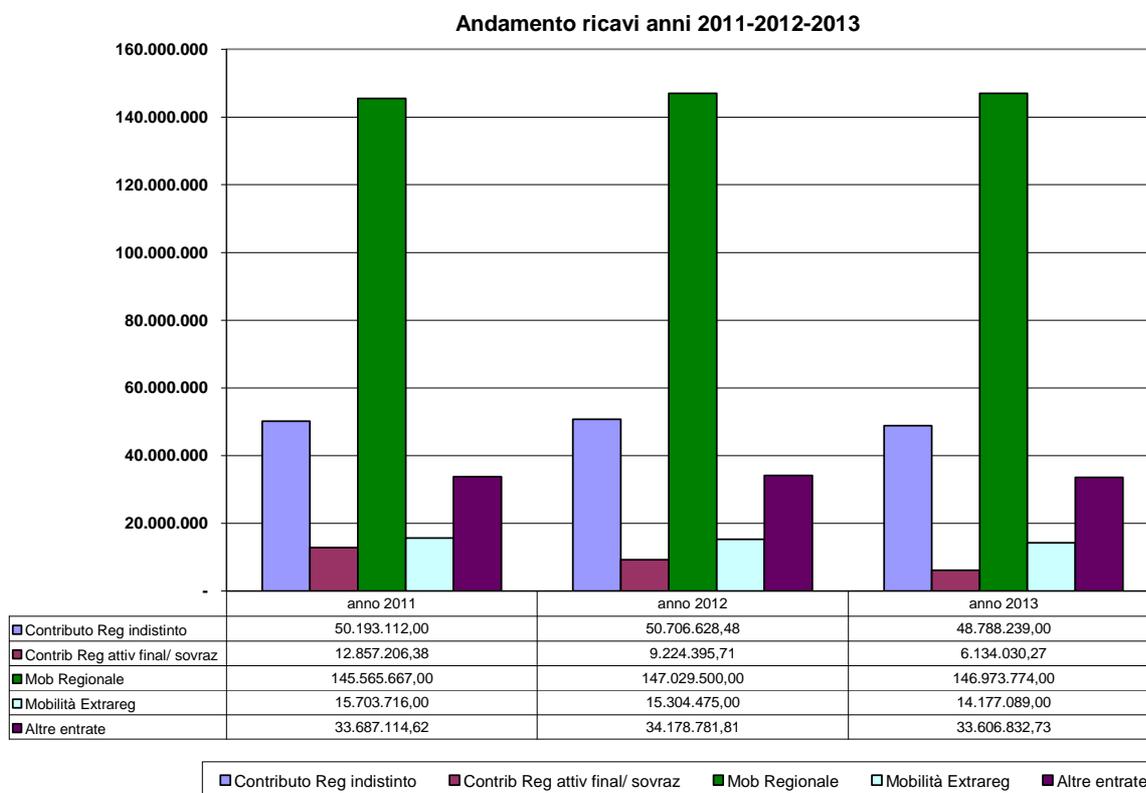
Di seguito si forniscono delle rappresentazioni grafiche che illustrano l'andamento dei ricavi e dei costi negli esercizi 2011 (anno di avvio degli Ospedali riuniti), 2012 e 2013.

Per la parte **RICAVI** giova evidenziare la forte riduzione nel 2013 del contributo regionale indistinto dovuto all'applicazione della legge sulla Spending Review (che per questa Azienda vale – 2.950.000 euro) e all'eliminazione del meccanismo di finanziamento legato alle prestazioni svincolate dai tetti regionali (che per questa azienda valeva circa € 750.000).

Si rileva anche una riduzione sui contributi regionali per attività sovraziendali, ma questo non ha riflessi sul risultato di esercizio in quanto di pari misura diminuiscono i costi.

Rimane sostanzialmente invariato nel 2013 rispetto al 2012 il finanziamento per l'attività in Regione che, invece, aveva subito un forte incremento nel 2012 rispetto al 2011.

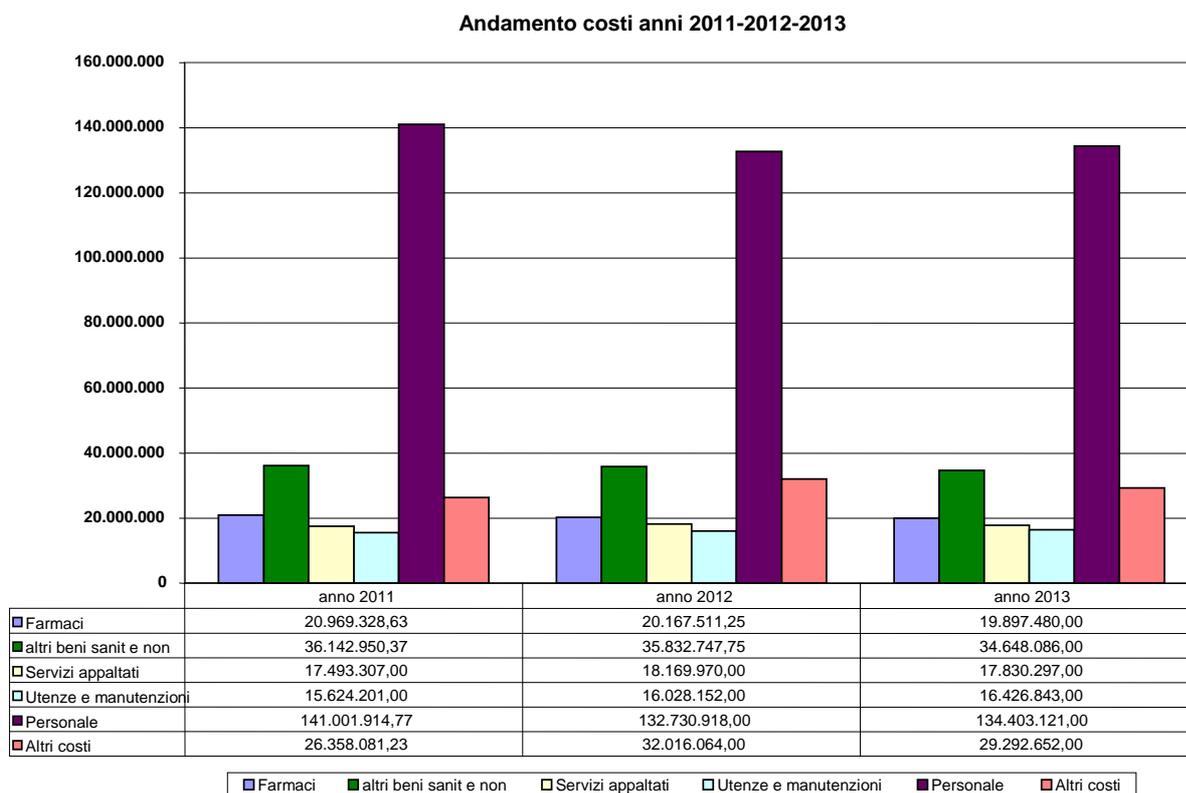
L'attrazione extra regionale, invece, che rappresenta una importante voce di ricavo è in forte e preoccupante flessione.



Nella parte **COSTI** è da segnalare l'elevata spesa per farmaci per l'introduzione di nuove molecole per le patologie onco-ematologiche, per l'incremento dell'uso del Lucentis e per sclerosi multipla e artrite reumatoide.

Una voce di costo in aumento è il costo del Personale dovuto al fatto che mentre nel 2012 per gran parte dell'anno l'Azienda ha operato in forte carenza di personale per le continue e frequenti uscite dovute ai pensionamenti, sostituite con difficoltà, nel 2013, proprio per l'effetto contrario dovuto alla riforma delle pensioni che sostanzialmente impedisce ai lavoratori il collocamento in quiescenza, l'organico ricostituito a fine 2012 sui livelli 2010 rimane sostanzialmente invariato.

A fronte del maggior costo per il Personale, l'Azienda sta razionalizzando sui servizi esternalizzati e su altri costi, quali: acquisto di prestazioni sanitarie da altre Aziende, consulenze e convenzioni, personale somministrato.

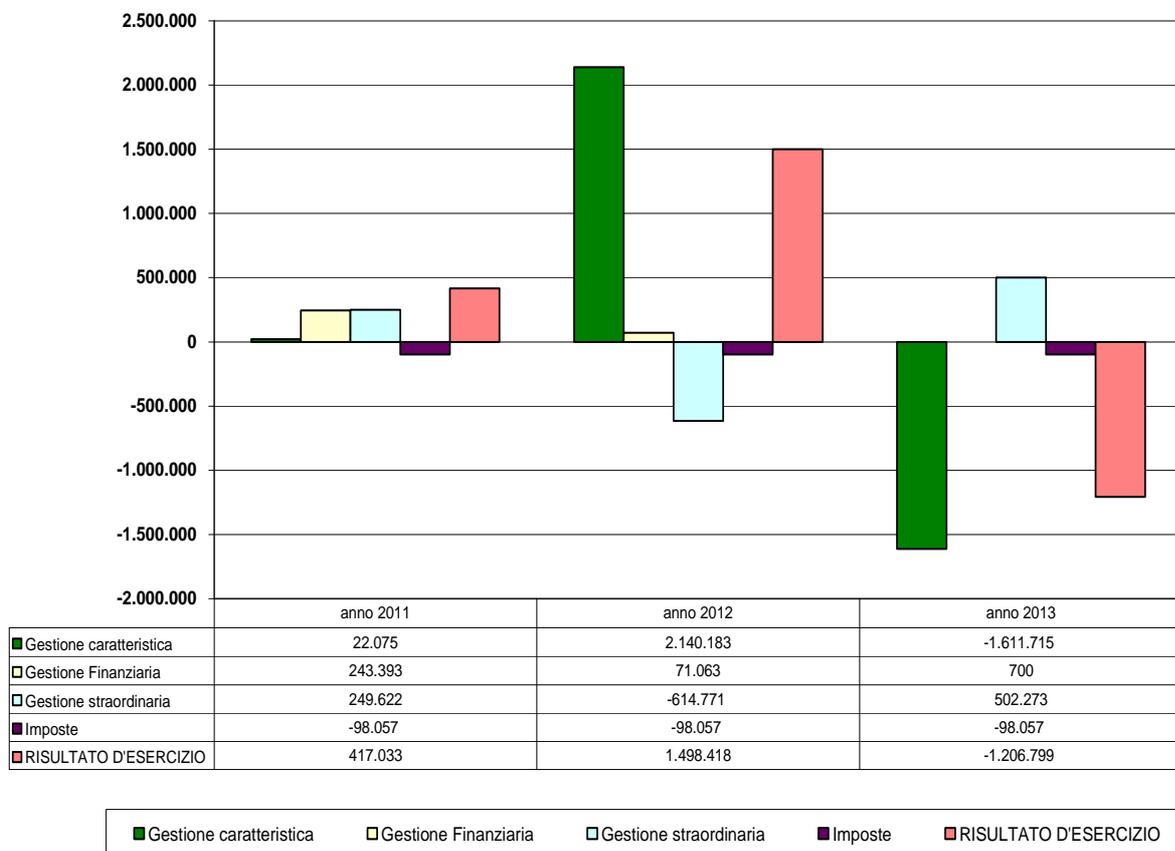


Purtroppo il pesante abbattimento del finanziamento 2013 ha riportato l'Azienda in forte crisi che, nonostante gli sforzi di razionalizzazione e riorganizzazione messi in atto, non è in condizioni di chiudere con un bilancio in pareggio.

Emerge, pertanto, una situazione in cui non sono più sufficienti misure di contenimento e razionalizzazione dei costi ma dei veri e propri interventi strutturali che incidano sul modello e modalità di offerta dell’Azienda Ospedaliera S. Maria degli Angeli .

In tal senso, si definisce un nuovo modello di offerta e non di riduzione dei livelli quantitativi e qualitativi, perché l’attuale sistema di offerta è strutturato in modo tale da consentire azioni di miglioramento dell’appropriatezza, della qualità e della sicurezza del paziente senza ridurre i livelli di assistenza alla popolazione.

**Andamento gestioni: anni 2011-2012-2013**



### c) Risorse Umane

Sulla base di quanto previsto dalla delibera n. 112/2010 della Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità, qui di seguito viene presentata un'analisi quali-quantitativa generale delle risorse umane, suddivisa in tre aspetti:

#### Analisi caratteri quali-quantitativi

<b>Indicatori</b>	<b>Valore</b>
Età media del personale (anni)	47
Età media dei dirigenti (anni)	48
Tasso di crescita unità di personale negli anni	anno 2011 = -1,07%
% di dipendenti in possesso di laurea	19,05
% di dirigenti in possesso di laurea	100
Ore di formazione (media per dipendente)	3,25
<i>Turnover</i> del personale	2013 assunzioni 51 cessazioni 88
% Costi di formazione / spese del personale	0,34

#### Analisi benessere organizzativo

<b>Indicatori</b>	<b>Valore</b>
Tasso di assenza	19,84%
Tasso di dimissioni premature	2,26%
Tasso di richieste di trasferimento	1,08%
Tasso infortuni (il numero di infortuni / numero di lavoratori x 1.000):	34,4‰ (+ 5,7‰ degli itinere)
% di personale assunto a tempo indeterminato	60,78%

#### Analisi di genere

<b>Indicatori</b>	<b>Valore</b>	
% di dirigenti donne	44,97%	
% di donne rispetto al totale del personale	75,06%	
% di personale donna assunto a tempo indeterminato	41,18%	
Età media del personale femminile (distinto per personale dirigente e non)	Dirigente: 44	Non dirigente: 47
% di personale donna laureato rispetto al totale femminile	10,61%	
Ore di femminile formazione (media per dipendente di sesso femminile)	3,48	

## 5. Obiettivi strategici

Le strategie che l'Azienda intende attuare, coincidono in larga parte con gli obiettivi di mandato del Direttore Generale. Gli stessi, direttamente collegati alla programmazione regionale, si sostanziano nel:

- rispetto della normativa Nazionale e Regionale;
- rispetto delle regole di gestione socio-sanitaria definite annualmente dalla Giunta Regionale
- rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi
- controllo e appropriatezza
- edilizia sanitaria.

La programmazione per l'anno 2014, si colloca all'interno di un quadro economico e normativo caratterizzato da:

- importante contrazione delle risorse economiche (sia a livello nazionale che regionale)
- impianto normativo nazionale (DL 95/2012 convertito con legge 135/2012 "Spending review", DL 158/2012 "decreto Balduzzi" convertito con legge 189/2012, dl 179/2012 "ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese") che pone una serie di vincoli alle principali voci di spesa (farmaci, beni e servizi, personale) e l'individuazione di azioni di riorganizzazione dell'offerta in relazione a precisi standard definiti;
- disposizioni regionali.

Queste disposizioni prevedono la conferma ed il rafforzamento del ruolo dell'area vasta quale luogo deputato a:

- o definire una programmazione comune delle attività prevedendo azioni di potenziamento/riconversione in relazione agli standard previsti dalla normativa;
- o attuare azioni strutturali di riconversione in linea con gli standard previsti dal decreto Balduzzi;
- o implementare percorsi assistenziali integrati;
- o avviare percorsi di contenimento della fuga extraregionale attraverso lo sviluppo di azioni di sensibilizzazione/responsabilizzazione dei professionisti.

Uno dei fattori particolarmente innovativi per l'anno 2014 è quello della revisione dei meccanismi di riparto del finanziamento fra gli enti del SSR non più basato sul criterio della spesa storica ma centrato su criteri standard sulla base della popolazione pesata (per età) con indicazioni specifiche per alcuni fattori produttivi.

Le disposizioni regionali prevedono che vengano messe in atto azioni che favoriscano il contenimento dei costi attraverso:

- riduzione dei doppioni assistenziali con il conseguente accorpamento strutturale e delle risorse;
- ridimensionamento dell'organizzazione delle funzioni assistenziali eccedenti gli standard;
- trasformazione dei posti letto per acuti in posti letto di riabilitazione
- rideterminazione quali-quantitativa delle dotazioni organiche.

### **La programmazione per l'anno 2014**

Il processo di riorganizzazione che prende avvio nel 2014 richiede un attento e costante monitoraggio dei fenomeni che riguardano da un lato la salute della popolazione di riferimento, dall'altro l'organizzazione, le attività e i risultati dei vari servizi messi in campo dalle Aziende di Area Vasta.

A tal fine si costituiranno gruppi di lavoro di Area Vasta, con la partecipazione di diverse professionalità presenti nelle tre Aziende, finalizzati all'analisi epidemiologica della popolazione di riferimento nonché alla valutazione degli esiti e al controllo di gestione.

Il ciclo programmazione-controllo di Area Vasta sarà orientato pertanto, oltre che dai tradizionali strumenti di programmazione per lo più basati su indicatori di prestazione e di performance quantitativa, anche dalla capacità di cogliere e misurare fenomeni più strettamente legati alle dimensioni "salute", "bisogni" ed "esiti".

Per questo motivo si intende attivare una cabina di regia di Area Vasta ove monitorare costantemente le diverse attività e i diversi parametri che oggi definiscono i criteri di finanziamento (LEA: spesa ospedaliera, farmaceutica, specialistica, etc.) o che condizionano il consumo di risorse (posti letto, tasso di occupazione, fuga extraregionale, tempi di attesa, etc.), nonché l'impatto sulla salute derivante dagli interventi attuati.

In tal modo, si intende anche sviluppare la cultura della qualità e della responsabilità incentrata sulla descrizione e l'analisi dei processi di cura, dei percorsi assistenziali e dell'impiego delle risorse, sulla tracciabilità delle decisioni e sulla misurazione degli esiti, anche avvalendosi di strumenti e di know how incentrati sulla governance clinica e gestionale.

I documenti di riferimento per l'elaborazione degli obiettivi per l'anno 2014 sono:

- ❖ DGR n.2305 del 06/12/2013 "LR 49/1996, art 12: Linee annuali per la gestione del SSR per l'anno 2014";

- ❖ Indicazioni metodologiche ed operative per la redazione dei Piani attuativi locali (PAL) e dei Piani attuativi ospedalieri (PAO) 2014

## **6. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi**

L'Azienda, nel rispetto dei principi, degli obiettivi e delle compatibilità stabiliti dalla programmazione regionale, elabora le linee strategiche per il governo dei servizi sanitari in rapporto agli specifici bisogni di salute che emergono dal territorio ed, altresì, in una logica di sistema con le altre realtà sanitarie di Area vasta e di condivisione progettuale con gli Enti locali. Il processo di pianificazione, massimamente partecipativo sul piano interno, impegna l'Azienda nella ricerca di ogni utile sinergia ed alleanza con tutti gli attori, pubblici e privati, che concorrono allo stare bene della persona e della comunità.

Fermo restando il dovere aziendale di interventi programmatori annuali o pluriennali sui temi settoriali o intersettoriali indicati dalla Regione, ai sensi dell'articolo 7, comma 1, della legge 17 agosto 2004, n. 23, gli strumenti normali della programmazione sanitaria e socio-sanitaria sono il Piano sanitario e socio-sanitario regionale e il Piano attuativo Ospedaliero (di seguito indicato come PAO).

Il Piano attuativo ospedaliero (PAO) è lo strumento attraverso il quale vengono definite le strategie aziendali. Assume la denominazione di PAO il complesso degli atti di programmazione triennale e annuale previsti dagli articoli dal 13 al 20 della legge regionale 49/1996, come da ultimo modificata dalla legge n. 23/2004, relativi al programma e bilancio pluriennali di previsione e al programma e bilancio preventivo annuali.

Nell'ambito degli obiettivi fissati dal Piano sanitario e sociosanitario regionale e dalle linee annuali di gestione emanate dalla Giunta regionale, il Direttore generale dell'Azienda, in coerenza con il suo mandato e fatti salvi i restanti obblighi di cui agli articoli 16 e 20 della legge regionale 49/1996, predispose la proposta di PAO, che deve essere condivisa a livello di Area Vasta; e la presenta alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale al fine di acquisirne il parere obbligatorio prima della negoziazione con la Direzione Centrale Salute.

Il programma annuale esplicita a livello di Azienda e di struttura operativa le scelte frutto del processo di programmazione annuale. Il programma annuale evidenzia a livello di Azienda e di struttura operativa:

- a) obiettivi annuali e politiche gestionali;
- b) interventi su: struttura organizzativa, processi operativi e direzionali, risorse;

- c) dinamiche del personale;
- d) investimenti da effettuare nell'anno, loro valutazione e modalità di finanziamento.

## **6.1 Percorso di budget**

Il percorso di budget, che funge da guida e da strumento di controllo di gestione per l'Azienda, ed è riferito all'esercizio corrente, evidenzia gli obiettivi operativi assegnati ai diversi responsabili, sulla base delle risorse umane tecniche, strumentali e finanziarie disponibili, a seguito del percorso di predisposizione del PAO, per il loro raggiungimento.

L'AOSMA adotta il sistema di budget quale strumento che consente l'attribuzione di obiettivi e di risorse ai centri di responsabilità (in sede di programmazione) e la verifica dei risultati (in sede di rendicontazione). Il budget non è quindi solo un indicatore economico bensì un misuratore di attività (sia in termini di volumi che per quanto attiene di qualità).

I budget sono negoziati con i singoli Dipartimenti e Strutture aziendali e vengono mensilmente monitorati dalla funzione di controllo di gestione.

Nell'articolazione organizzativa dell'Azienda vengono identificate due diverse tipologie di Centro di responsabilità: Centri di responsabilità di attività (coincidenti con i dipartimenti, le strutture complesse e le strutture semplici) e Centri di responsabilità di risorsa (uffici/servizi amministrativi).

### 1) Centro di responsabilità di attività:

Sono le articolazioni aziendali deputate allo svolgimento dei servizi istituzionali caratteristici dell'Azienda ospedaliera (in particolare le attività sanitarie).

Tali strutture sono responsabili dell'efficacia ed efficienza delle attività produttive, hanno autonomia e responsabilità relativamente all'utilizzo e all'organizzazione delle risorse assegnate (personale, beni e servizi), esclusa qualsiasi forma di discrezionalità relativa alle modalità di acquisizione delle stesse.

### 2) Centro di responsabilità di risorsa:

Sono le articolazioni aziendali deputate a gestire l'acquisizione delle risorse necessarie all'espletamento delle attività istituzionali (in particolare gli uffici amministrativi).

Tali strutture sono responsabili del processo di acquisizione delle risorse che dovranno essere utilizzate dai centri di attività.

I responsabili dei Centri di risorsa devono curare la previsione della quantità e della qualità, l'acquisizione al migliore rapporto qualità/prezzo, la razionalizzazione, lo sviluppo e la dismissione

delle risorse di competenza, senza interferire sulle modalità di utilizzo di questi fattori che spettano ai responsabili dei Centri di attività, fatte salve le indicazioni derivanti dalla ragionevolezza e dal buon andamento amministrativo.

Salva la competenza del Dipartimento per i Servizi Condivisi, i responsabili dei Centri di risorsa, nel rispetto della normativa vigente e nei limiti della programmazione regionale e aziendale e del budget annualmente determinato, acquisiscono le risorse di regola tramite gare (opere, forniture, servizi) ovvero concorsi/avvisi pubblici (personale), adottando i relativi atti in forma di determinazione (Regolamento aziendale di attuazione della legge n. 241/1990).

A ciascun Centro di responsabilità viene annualmente attribuito, previa negoziazione, un budget specifico (di attività e/o di risorsa) e le connesse responsabilità di raggiungimento degli obiettivi prefissati. Il totale di costi previsti per i centri di attività e di risorsa dovrà trovare corrispondenza nel totale del budget previsto a livello generale d'Azienda nel conto economico preventivo. Le risorse utilizzate da più unità operative, sono affidate alla responsabilità del Direttore dello stesso Dipartimento.

**Si evidenziano di seguito gli obiettivi aziendali definiti per l'anno 2014.**

LINEE AZIENDALI 2014 *			
LINEA	OBIETTIVO	RISULTATO ATTESO	DIMENSIONI DI ANALISI
<b>Linea 1.1.1.1 Aggregazioni di funzioni sanitarie per area vasta</b>	Attuare nuovi modelli organizzativi sanitari che consentano di aumentare l'efficienza e di valorizzare le competenze professionali specifiche	a) Entro 30/06/2014 redazione condivisa di un progetto di riorganizzazione per: - Laboratorio di patologia clinica di area vasta - Anatomia patologica di area vasta - Servizio di radiologia su h 24 su area vasta - Altro b) Entro il 31/12/2014 avvio del progetto	Efficacia esterna
<b>Linea 1.1.1.2 Azioni funzionali al raggiungimento dei presupposti del DL 95/2012</b>	Riorganizzazione delle funzioni sanitarie ospedaliere - Applicazione standard del decreto Balduzzi	Le Aziende entro 28/02/2014 dovranno proporre e trasmettere alla DCSPSF un programma con alcune azioni di riconversione, riduzione o soppressione delle strutture ridondanti rispetto a quanto previsto dagli standard stessi o che stanno operando sotto gli standard di sicurezza.	Efficacia esterna
<b>Linea 1.1.3.1 Completamento dei progetti avviati negli anni precedenti</b>	Consolidamento delle attività svolte nel 2013 (Trattamento previdenziale, Gestione personale dipendente – concorsi, Gestione economico-finanziaria, Approvvigionamento e logistica, Fiscalità, Sviluppo albo fornitori di beni e prestatori di servizi di Area Vasta) e avviamento di ulteriori sinergie con le altre aziende di area vasta sul versante dei servizi amministrativi centrali e periferici e ciò soprattutto nell'ottica di mettere in sicurezza attività che potrebbero essere pregiudicate dall'impossibilità di garantire il turn over.	<u>Trattamento previdenziale:</u> l'Ufficio unico, ormai rodato nella sua funzionalità, proseguirà le azioni nel 2014 con misure volte alla stabilizzazione dell'assetto organizzativo. <u>Gestione personale-concorsi:</u> le Aziende, considerate le importanti sinergie raggiunte e i risultati conseguiti, perseguiranno tale obiettivo anche nel 2014 promuovendo procedure concorsuali in comune relativamente alle eventuali figure professionali di reciproco interesse che saranno individuate in corso d'anno. <u>Gestione economico-finanziaria:</u> nel corso del 2014 le attività iniziate nell'anno precedente proseguiranno mettendo a regime il sistema centralizzato di recupero crediti in sofferenza. <u>Approvvigionamenti e logistica:</u> proseguiranno nel 2014 le azioni volte alla stabilizzazione e all'affinamento delle attività correlate al Magazzino Unico presso l'Interporto di Pordenone (per i beni sanitari e non sanitari gestiti a scorta), con l'obiettivo di ridurre quanto più possibile problematiche connesse alle modalità di consegna dei materiali e alle tempistiche di esecuzione in rapporto alle specifiche esigenze dei diversi Presidi ospedalieri.	Efficacia esterna / Efficacia interna / Economicità

		<p><u>Fiscalità</u>: il Servizio di consulenza fiscale è centralizzato in Area vasta e proseguirà in tale modalità per tutto l'anno 2014.</p> <p><u>Albo fornitori di beni e prestatori di servizi di Area Vasta</u>: Consolidamento a livello di area vasta pordenonese dell'Albo Fornitori, quale strumento propedeutico allo svolgimento dell'attività contrattuale di competenza aziendale (contratti di fornitura di beni e servizi di valore inferiore a € 40.000) e documentazione correlata.</p>	
<b>Linea 1.1.4.1 Piano di formazione di Area Vasta</b>	rafforzare la co-progettazione delle attività formative nelle aree di intervento individuate	evidenza delle attività co-progettate	Efficacia esterna / Efficacia interna / Economicità
<b>Linea progettuale 1.1.5.1 Firma digitale</b>	Estensione obbligatoria della Firma digitale	<p>A partire dalla seconda parte dell'anno, è obbligatorio l'utilizzo della firma digitale per i seguenti documenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- G2 Clinico &gt;80% del totale dei referti</li> <li>- Laboratorio e microbiologia &gt; 80% del totale dei referti</li> <li>- Medicina trasfusionale &gt;80% del totale dei referti</li> <li>- Anatomia patologica &gt;95 % del totale dei referti</li> <li>- Radiologia &gt; 80% del totale dei referti</li> </ul>	Efficacia esterna / Efficacia interna
<b>Linea progettuale 1.1.5.2 Obblighi informativi</b>	Rispetto degli obblighi informativi verso gli applicativi regionali, i flussi NSIS (nuovo sistema informativo sanitario) ed il MEF (ministero economia e finanza)	Le Aziende adempiono a tutti gli obblighi informativi rispetto agli applicativi regionali, i flussi NSIS, il MEF	Efficacia esterna / Economicità
	Migliorare il flusso della scheda di dimissione ospedaliera	Tutti i campi devono essere compilati, con una completezza =>95%	Efficacia esterna / Economicità.
<b>Linea progettuale 1.1.5.4 Privacy</b>	Dare al cittadino la possibilità di esprimere il consenso alla consultazione degli episodi sanitari	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prosecuzione nell'implementazione della raccolta consenso</li> <li>- Recepimento del regolamento ex art. 20.</li> </ul>	Efficacia esterna
<b>Linea progettuale 1.1.5.5 Order Entry</b>	Attivazione del modulo per la gestione delle richieste di ordini e/o prestazioni sanitarie all'interno delle strutture di diagnosi e cura	Attivazione entro la fine del 2014	Efficacia interna
<b>Linea progettuale 1.1.6.1 PACS</b>	Attivazione dell'archiviazione degli esami ecocardiografici nel repository regionale secondo i profili di integrazione definiti nell'ambito del sistema PACS regionale da parte di INSIEL	Gli esami sono disponibili nel repository regionale	Efficacia esterna / Efficacia interna
	Estensione del sistema PACS regionale ESAOTE alla	Attivazione della refertazione sul G2/ESTENSA in	Efficacia esterna / Efficacia

	diagnostica ecografica dei servizi ospedalieri di ginecologia.	almeno il 50% delle strutture ospedaliere di ecografia.	interna
	Tracciati ECG: refertazione, archiviazione, conservazione legale sostitutiva e consultazione intra ed extra aziendale.	Le aziende collaborano con il DSC alla: <ul style="list-style-type: none"> <li>- mappatura delle attuali soluzioni tecnologiche e flussi operativi implementati a livello di ciascuna Azienda per l'acquisizione, refertazione e gestione dei tracciati ECG.</li> <li>- verifica dell'effettiva necessità clinica di condivisione in un ambito sovra aziendale dei referti e i tracciati ECG.</li> <li>- valutazione delle opportunità e dei benefici nella gestione dei tracciati ECG come evidenze documentali (archivio documentale con una specifica classe documentale) piuttosto che come insieme di rappresentazioni grafiche di dati clinici (PACS come archivio immagini e report strutturati).</li> <li>- individuazione delle possibili soluzioni tecnologiche e di impianto informativo per la condivisione di referti e tracciati ECG a livello extra –aziendale e per l'eventuale successiva fase di conservazione legale sostitutiva.</li> </ul>	Efficacia esterna / Efficacia interna
<b>Linea n. 1.3.1.1: Contenimento dei tempi d'attesa</b>	Rispetto dei tempi d'attesa in ambito di Area Vasta, secondo le indicazioni previste dal DGR 1439.	I tempi di attesa di tutte le prestazioni individuate sono rispettati nei monitoraggi regionali.	Efficacia esterna / Efficacia interna
	Rispetto del piano di produzione di Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa	Sono rispettati i volumi di produzione delle prestazioni critiche come individuate nel piano di produzione allegato	Efficacia esterna / Efficacia interna
<b>Linea 1.3.1.2 Rispetto di norme e indicazioni sui tempi di attesa</b>	Diritti di superamento previsti dalla L.R. 26-3-2009 n. 7: Diffusione e applicazione di percorsi comuni in Area Vasta a garanzia dei diritti di superamento previsti dalla L.R. 26-3-2009 n. 7	Aggiornamento del materiale informativo e delle procedure di Area Vasta entro il 1 marzo 2014.	Efficacia esterna
	Libera professione: Il rapporto fra i volumi di prestazioni erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli erogati in libera professione intramuraria ambulatoriale e di ricovero rispondono ai vincoli normativi e sono in continuità con i risultati storicizzati.	Il rapporto risponde ai requisiti normativi ed è in continuità con quanto raggiunto nel corso del 2013 ( $\pm 5\%$ ).	Efficacia esterna / Efficacia interna
	Monitoraggio tempi d'attesa - Le Aziende partecipano ai monitoraggi nazionali e regionali sulle attività istituzionali e ALPI.	Sono trasmessi entro i termini definiti dalla DCSPS i dati previsti per i monitoraggi. Il monitoraggio ALPI viene incluso nei monitoraggi	Efficacia esterna / Efficacia interna

		regionali.	
	Criteria di priorità - Applicare i criteri di priorità definiti dal livello regionale.	Avvio delle agende di prenotazione stratificate per criterio di priorità entro 4 mesi dalla diffusione ufficiale dei criteri di priorità a seguito dell'attivazione dell'offerta di formazione regionale dei professionisti.	Efficacia esterna / Efficacia interna
<b>Linea n 1.3.2.2</b> <b>Programmi di screening</b>	Realizzazione dei programmi di screening	Vedi tabella indicatori LEA	Efficacia esterna / Efficacia interna
	Garantire una percentuale di controlli di secondo livello a 6 mesi / 1 anno (early recall) in linea con le raccomandazioni GISMA ed europee	Percentuale di early recall per unità senologica (casi con esito di secondo livello "sospeso"/ totale dei casi chiusi dall'unità senologica) <10%	Efficacia esterna / Efficacia interna
<b>Linea n. 1.3.2.3</b> <b>Prevenzione infortuni e malattie professionali</b>	Individuazione di una modalità uniformi di raccolta dati sulle idoneità dipendenti delle aziende sanitarie regionali	Proporre un modello excel con variabili significative condivise ed omogeneo per il FVG per la raccolta dati delle idoneità espresse dai medici competenti delle aziende sanitarie / ospedaliere / universitarie utilizzabile sia per interventi preventivi, che per la corretta gestione dei casi di idoneità con limitazioni e prescrizioni.	Efficacia esterna / Efficacia interna
<b>Linea n 1.3.2.4</b> <b>Attività di promozione sensibilizzazione e formazione</b>	Prevenzione obesità e promozione della corretta nutrizione: - promozione dell'allattamento al seno	Evidenza della attuazione dei programmi di: - allattamento al seno: rilevazione alla dimissione dell'ospedale sull'80 % dei nati.	Efficacia esterna / Efficacia interna
<b>Linea progettuale n 1.3.2.7</b> <b>Altre attività di prevenzione</b> <b>Prevenzione cardiovascolare</b>	Formare i professionisti	Formazione a distanza realizzata e disponibile per gli operatori sanitari della Regione Friuli Venezia Giulia.	Efficacia esterna
<b>Linea n. 1.3.3.1</b> <b>Assistenza farmaceutica</b>	Contenimento della spesa farmaceutica territoriale e appropriatezza prescrittiva e assistenza integrativa	1. Incentivazione della prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS). Le Aziende tenderanno alle percentuali target individuate dall'AIFA/MEF, con particolare riferimento a quelle indicate nell'Allegato, rilevate attraverso il Sistema TS. 2. Adozione di protocolli atti a favorire la prescrizione di biosimilari in ambito di area vasta, con particolare riferimento a somatotropina,	Efficacia esterna / Efficacia interna / Economicità

		<p>epoietine, fattori di crescita granulocitari. Le aziende adottano specifici indicatori-obiettivi per monitorarne la prescrizione da parte dei centri autorizzati.</p> <p>3. Distribuzione diretta (I ciclo)/ADI/ residenzialità: - viene assicurata la distribuzione del primo ciclo in dimissione ospedaliera e dopo visita specialistica (favorendo la prescrizione in principio attivo e secondo il prontuario aziendale o di area vasta, con analisi a campione sulle schede di dimissione), anche secondo accordi interaziendali;</p> <p>4. Medicinali di recente immissione sul mercato ad alto costo e destinati all'impiego territoriale (nuovi farmaci per l'epatite C e nuovi anticoagulanti orali): le aziende adottano i percorsi definiti a livello regionale e gli indicatori di monitoraggio correlati</p>	
	<p>Contenimento della spesa ospedaliera e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo (appropriatezza prescrittiva)</p>	<p>1. La prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà avvenire nel rispetto delle indicazioni prefissate, 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 per i registri che risultano operativi;</p> <p>2. A livello di area vasta, anche tramite il prontuario di area vasta, dovranno essere condivisi protocolli per l'utilizzo e la gestione di terapie farmacologiche ad alto costo, soprattutto quelle che richiedono un alto livello di integrazione ospedale-territorio;</p> <p>3. La cartella oncologia informatizzata viene implementata relativamente ai campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti: monitoraggio semestrale del raggiungimento dei parametri di completezza (al 30.06.2014, al 31.12.2014);</p> <p>4. Flussi informativi verso le amministrazioni centrali (diretta-dpc-ospedaliera): assicurare l'implementazione e controllo della congruità dei dati entro il 10 di ogni mese, prevedendo la copertura della fase 3 della diretta pari ad almeno il</p>	<p>Efficacia esterna / Efficacia interna / Economicità</p>

		90%; 5. Le Aziende sanitarie implementeranno il sistema SIASA-File F anche per i pazienti regionali al fine di quantificare la mobilità intra-regionale. Potranno alternativamente essere utilizzati altri sistemi validati e condivisi che forniscano le medesime informazioni. Invio alla Direzione centrale di un report con la composizione della distribuzione diretta in valori assoluti e percentuali, per ASS di residenza del paziente	
<b>Linea n. 1.3.3.2 Governo clinico e sicurezza delle cure</b>	Garanzia di livelli di qualità e sicurezza omogenei per le cure sanitarie sul territorio regionale con focalizzazione sui percorsi preventivo/diagnostico/clinico/terapeutici ed in relazione all'evoluzione del quadro europeo (direttiva 24/2011) e nazionale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolidamento dei programmi esistenti e trasmissione del monitoraggio degli indicatori individuati dal programma regionale del rischio clinico.</li> <li>- Avvio di valutazioni esterne tra operatori (es SafetyWalkAround) al fine di facilitare lo scambio di esperienze e il miglioramento continuo;</li> <li>- Focalizzazione sulla sicurezza nelle varie fasi dell'uso dei farmaci in tutte le articolazioni del SSR (dalla prescrizione, alla riconciliazione, alla somministrazione, ecc.) con speciale riferimento alla polifarmacoterapia nei pazienti anziani, all'uso degli antibiotici</li> <li>- Acquisizione progressiva e diffusa nelle varie articolazioni del SSR degli standard di sicurezza richiesti dalle istituzioni nazionali (es. eventi sentinella, buone pratiche), regionali (es. documenti sulle lesioni da decubito, sul rischio infettivo, ecc.) e dalla letteratura scientifica (es. Choosingwisely)</li> <li>- l'attenzione, partendo dai percorsi paziente riferiti alle patologie principali, nei confronti dell'appropriatezza dell'uso della diagnostica e delle terapie;</li> <li>- Sviluppo del raccordo e coordinamento delle diverse linee di lavoro esistenti su tema della sicurezza del paziente a livello regionale e aziendale che includano anche la sistematica relazione con i dati assicurativi e relativi al contenzioso;</li> </ul>	Efficacia organizzativa / Efficacia interna

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementazione del principio di “trasparenza” mettendo progressivamente a disposizione dei cittadini e degli interessati i dati di performance del SSR anche nella logica richiesta dalla direttive UE 24/2011;</li> <li>- Coinvolgimento dei pazienti rispetto ai temi della sicurezza sia nella logica di una maggior informazione che in quella di un loro ruolo attivo nella perseguimento del miglioramento continuo;</li> <li>- Formazione continua del personale aziendale nei settori principali affrontati</li> <li>- Definizione di piani di miglioramento per le proprie strutture che hanno registrato performance inferiori alla media nazionale, in coerenza con il Programma Nazionale Esiti.</li> </ul>	
<b>Linea progettuale n. 1.3.3.3 Accredimento</b>	Consolidamento del programma regionale di accreditamento istituzionale	Prosecuzione del programma di autovalutazione delle strutture sanitarie pubbliche: autovalutazione dei requisiti della rete per l’assistenza ai pazienti con ictus, della rete trapianti, gravi insufficienze d’organo e della rete delle cure palliative e redazione/aggiornamento dei piani di adeguamento	Efficacia esterna / Efficacia interna
<b>Linea n. 1.3.3.4 Assistenza protesica</b>	Applicazione del Piano Regionale di revisione dell’assistenza protesica e ai regolamenti di attuazione adottati in Area Vasta;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione e attuazione di linee operative per l’applicazione del Regolamento;</li> <li>- Prosecuzione, attraverso i referenti aziendali, della formazione del personale - sanitario e amministrativo - coinvolto nell’assistenza protesica (con l’individuazione di specialisti all’interno delle strutture);</li> <li>- Aggiornamento periodico dell’elenco aziendale dei prescrittori dei dispositivi protesici, con formale comunicazione a INSIEL dei nominativi da inserire/cancellare; (con ampliamento alle strutture meno interessate alla prescrizione)</li> </ul>	Efficacia esterna / Efficacia interna
	Recepimento delle linee guida sui singoli dispositivi protesici emanate dalla DCSISPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione delle procedure operative per l’applicazione delle linee guida emanate nel corso dell’anno</li> <li>- Aggiornamento e formazione dei prescrittori sulle linee guida emanate;</li> <li>- Eventuale adeguamento delle strutture</li> </ul>	Efficacia esterna / Efficacia interna / Efficacia organizzativa

		interessate relativamente alla logistica/dotazione strumentale, conformemente alle indicazioni delle linee guida emanate	
<b>Linea n. 1.3.3.5 Cure palliative</b>	Definizione dei percorsi assistenziali e delle reti nell'ambito delle cure palliative .	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partecipazione alla definizione del percorso di accreditamento delle tre reti secondo i principi dell'accordo stato Regioni n. 151 del 25 luglio 2012 ed all'autovalutazione;</li> <li>- Prosecuzione dei lavori dei tavoli tecnici, finalizzati alla individuazione dei bisogni e alla definizione dei percorsi assistenziali per pazienti eleggibili alle cure palliative e terapia del dolore per l'età adulta.</li> </ul>	Efficacia esterna / Efficacia interna / Efficacia organizzativa
<b>Linea n. 1.3.3.6 Trapianti e attività del CRT</b>	Ottimizzazione della funzionalità e monitoraggio della Rete regionale trapianti (direttiva europea 45/2010 e documento conferenza stato regione ottobre 2011).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pronta disponibilità infermieristica nei tre centri prelievo (Udine, Trieste e Pordenone).</li> <li>- Applicazione dei nuovi standard di operatività dei coordinamenti locali</li> </ul>	Efficacia esterna
	Monitoraggio dei decessi per lesione cerebrale acute. Tracciabilità dei processi di donazione.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementazione del registro dei decessi per lesione cerebrale acuta da parte delle Aziende.</li> <li>- Rapporto nr. Accertamenti di morte/decessi per gravi cerebrolesioni acute &gt;39%.</li> </ul>	Efficacia esterna / Efficacia interna
	Razionalizzazione delle attività di e-procurement	Monitoraggio ed evidenza di valutazione, da parte delle Aziende, di idoneità alla donazione di cornea/ tessuti non corneali dei deceduti in Ospedale.	Efficacia esterna / Efficacia interna
	Gravi insufficienze d'organo: rene, fegato, cuore	Definizione di Percorsi diagnostico terapeutici condivisi con le tre reti per le fasi di pre e post trapianto	Efficacia esterna / Efficacia interna
<b>Linea progettuale Piano Sangue : AO PN</b>	Piena funzionalità del Centro Unico Produzione Emocomponenti presso la SOC di Medicina Trasfusionale di Palmanova con assorbimento della funzione delle strutture del Dipartimento Trasfusionale Pordenonese.	entro il 30.09.2014 il sangue intero raccolto nel territorio dei dipartimento dell'area vasta pordenonese è frazionato presso la SOC di Palmanova.	Efficacia esterna / Efficacia interna
	Contributo all'autosufficienza regionale e nazionale	Mantenimento dell'attività di raccolta sangue territoriale secondo un calendario unitario regionale concordato con il Coordinamento Regionale Trasfusionale e le Associazioni e Federazioni del Volontariato del sangue; mantenimento della convenzione attiva con la regione Lazio per il volume concordato di 1800 unità di emazie concentrate.	Efficacia esterna / Efficacia interna

	Accreditamento della struttura aziendale	Mantenimento dell'accREDITAMENTO della struttura trasfusionale senza non conformità essenziali (per i requisiti di competenza)	Efficacia esterna
<b>Linea n. 1.3.3.8 Reti di patologia</b>	Ripresa del percorso assistenziale per le neoplasie di colon retto – mammella- polmone con la seguente suddivisione - AV. Giu.Isontina per le neoplasie della mammella - AV. Udinese per le neoplasie del polmone - AV. Pordenonese per le neoplasie del colon retto	Le tre aree vaste svilupperanno: - Entro il 30/06/2014 svilupperanno un documento di analisi e di valutazione dei percorsi esistenti, inclusi i principali costi evitabili e la definizione di un set di almeno 5 indicatori nelle tre dimensioni della qualità (clinico professionale, gestionale-organizzativa e quella percepita dall'utente); - Entro il 31/12/2014 ogni area vasta adotterà un documento che sarà costituito da una componente programmatica ed una organizzativa gestionale; - Entro il 31/12/2014 le aree vaste parteciperanno ad una conferenza di consenso e condivisione delle esperienze fra le aree vaste	Efficacia esterna / Efficacia interna
	Patologica cardiovascolare: Avvio della rete delle emergenze cardiovascolare	Partecipazione avvio della rete delle emergenze cardiovascolari	Efficacia esterna
<b>Linea 1.3.3.9: Percorso nascita</b>	Le Aziende, per il tramite dei propri referenti del Comitato regionale per il Percorso nascita, collaborano al raggiungimento dell'obiettivo regionale di miglioramento delle cure in ambito materno-infantile, con particolare riguardo alla qualità, sicurezza ed appropriatezza degli interventi sanitari, di cui alla DGR 1083/2012	- Partecipazione dei referenti aziendali ai lavori del Comitato per il Percorso Nascita regionale e collaborazione a tutte le attività del Comitato, in linea con quanto previsto dalla DGR 1083/2012, con definizione di percorsi omogenei e condivisi (in particolare: percorso assistenziale modulato e differenziato in base al grado di rischio della gravidanza, cartella integrata ospedale-territorio –Agenda della gravidanza-procedure omogenee e condivise per il trasporto d'emergenza neonatale e per il trasporto d'emergenza materna). - Attuazione di tutti i provvedimenti ritenuti necessari., qualora i livelli di sicurezza previsti dai provvedimenti nazionali e regionali non possano essere garantiti	Efficacia esterna / Efficacia interna
<b>Linea n. 1.3.3.10 Malattie rare</b>	- Le Aziende si impegnano a supportare la Direzione centrale salute nelle azioni propedeutiche alla ridefinizione della rete	Per le Aziende: - Segnalazione al registro MR di almeno l'80% dei casi seguiti negli ultimi 3 anni e non ancora	Efficacia esterna

	regionale MR e in quest'ottica collaboreranno con il coordinamento regionale malattie rare all'implementazione del flusso informativo al registro regionale e nazionale.	registrati (valutazione su SDO specifiche) - Segnalazione di tutte le nuove diagnosi	
<b>Linea n 1.3.3.11 Diabete</b>	Gli enti del SSR nel 2014 dovranno fornire il necessario supporto alla definizione e attuazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali finalizzati all'implementazione delle migliori evidenze garantendo il coinvolgimento di tutti i professionisti interessati e successivamente provvedendo all'implementazione dei percorsi così definiti.	Le Aziende sanitarie forniscono, per il tramite dei professionisti interessati, il necessario supporto ai gruppi di lavoro che operano, con il coordinamento dalla Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia, sul temi del piano nazionale. Garantiscono il costante coinvolgimento dei referenti aziendali sulle tematiche di riferimento e contribuiscono alla definizione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali e percorsi di cura integrati secondo gli obiettivi strategici indicati dal piano nazionale. Le attività dei gruppi di lavoro così costituiti saranno orientate alla definizione di percorsi omogenei e definiti su tutto il territorio regionale. Per il 2014 le aree di interesse e le linee di lavoro da consolidare dovranno includere: - Diabete e gravidanza - Età evolutiva e transizione - Gestione integrata - Piede diabetico - Prevenzione dell'insorgenza e delle complicanze Una volta definiti i percorsi le Aziende dovranno garantirne la loro pronta attuazione. Nella definizione dei percorsi saranno coinvolti, oltre ai professionisti interessati anche i rappresentanti delle principali associazioni dei pazienti e del volontariato.	Efficacia esterna / Efficacia interna
<b>Linea n. 1.3.4.2 Riabilitazione</b>	Attivazione e messa a regime della Rete per le gravi cerebrolesioni in Friuli Venezia Giulia a garanzia della continuità del PDTA dei pazienti con GCA	<u>Per l' Area Vasta Pordenonese:</u> Utilizzo a regime in ogni area vasta dei 10 posti letto dedicati alla residenzialità nelle Speciali Unità Assistenza Protratta (SUAP), come programmato nel 2013.	Efficacia esterna
<b>Linea n. 1.3.4.5 Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale</b>	Revisione dell'assetto logistico e funzionale delle proprie Unità di Valutazione Alzheimer	Ottimizzazione dei percorsi per la presa in carico di persone con disturbi cognitivi	Efficacia esterna

	Incrementare il numero di soggetti in dialisi peritoneale con l'obiettivo del 20% dei pazienti in trattamento dialitico nell'arco di un triennio	Attivazione ed implementazione, nei soggetti candidabili, di trattamenti di dialisi peritoneale	Efficacia esterna / Efficacia interna
<b>Linea n. 1.3.4.9 Inserimento nel mondo del lavoro delle persone svantaggiate</b>	Mantenimento e prosecuzione delle attività svolte nel 2013 Garantire che per gli affidamenti dove si è valutato possibile, vengano utilizzati gli strumenti legislativi che favoriscono la realizzazione di opportunità di inserimento lavorativo di persone svantaggiate.	Per tutte le procedure di gara che non risultino unificabili vi sarà evidenza che sarà attuato, nei casi in cui sia possibile, quanto previsto dell'art. 5 della L 381/91 e dalla LR 20/2006, utilizzando lo schema di convenzione tipo previsto dall'art. 23 della LR 20/2006 In tutti gli affidamenti "sopra soglia comunitaria" dove vi sia la possibilità di favorire la creazione di opportunità lavorative per i soggetti svantaggiati, verranno utilizzate le "clausole sociali" prevedendo, in relazione al tipo di servizio, in alternativa le seguenti modalità: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ la possibilità di accesso alla gara solo per le ditte che si impegnino a realizzare il 30% di inserimenti lavorativi sul totale della forza lavoro complessivamente impiegata nel servizio;</li> <li>○ un punteggio per la valutazione dei progetti di inserimento lavorativo non inferiore al 10% del punteggio complessivo di offerta previsto.</li> </ul>	Efficacia esterna / Efficacia interna

\* Riferimenti: DGR n. 2305 del 6 dicembre 2013: "Linee annuali per la gestione del SSR per l'anno 2014".

Esempio scheda di budget assegnata alla Strutture Aziendali

SCHEDA OBIETTIVI SPECIFICI DEL DIPARTIMENTO  
Budget 2014

OBIETTIVI SPECIFICI DEL DIPARTIMENTO

OBIETTIVO	ATTIVITA' PREVISTE	INDICATORE	RISULTATI ATTESI	SCADENZA	U.O. COINVOLTE	PESO
<b>ATTIVITA'</b>						
Mantenimento attività	Mantenimento attività	n. ricoveri complessivo n. prestazioni		31/12/2014		
<b>TEMPI D'ATTESA INTERVENTI</b>						
Rispetto TA interventi	Rispetto dei Tempi di attesa come da indicazioni regionali per gli interventi soggetti a monitoraggio	Rispetto dei Tempi di attesa come da indicazioni regionali	Rispetto Tempi d'attesa come da indicazioni reg.li	31/12/2014		
<b>TEMPI D'ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI</b>						
Contenimento dei TA e garanzia dei volumi	Rispetto dei Tempi di attesa come da indicazioni regionali per le prestazioni ambulatoriali:	Garanzia di 1) flessibilità nella gestione delle agende definite 2) erogazione dei volumi minimi per le seguenti prestazioni	1) Evidenza di valutazione della DMO 2) Garanzia dei volumi minimi di prestazione	31/12/2014		
<b>CONSUMI</b>						
Contenimento spesa per beni di consumo	Attivazione di iniziative finalizzate ad un più efficiente utilizzo delle risorse	Spesa dei beni consumo < = al budget assegnato		31/12/2014		
<b>OBIETTIVI REGIONALI</b>						
Programmi di screening				31/12/2014		
Dematerializzazione dei referti	Estensione obbligatoria della firma digitale	Presenza firma digitale su un n. di referti di G2 clinico >80% nel secondo semestre.	Utilizzo sistematico della firma digitale	31/12/2014		
Dematerializzazione dei referti	Ricetta elettronica	Incremento utilizzo ricetta elettronica		31/12/2014		
Reti di patologia	Ripresa del percorso assistenziale per le neoplasie del colon retto	Produzione documento		31/12/2014		
Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale	Revisione dell'assetto logistico e funzionale delle proprie Unità di Valutazione Alzheimer	Ottimizzazione percorsi	Ottimizzazione dei percorsi per la presa in carico di persone con disturbi cognitivi	31/12/2014		
Farmaceutica	Contenimento e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo	- registrazione dei medicinali con registro AIFA informatizzato	Prosecuzione della registrazione dei medicinali con registro AIFA informatizzato	31/12/2014		
<b>OBIETTIVI AZIENDALI</b>						
Rischio clinico	Miglioramento degli indicatori relativi alla documentazione sanitaria e alle attività di riduzione del rischio clinico	-Valutazione completa del dolore all'ingresso  -Completezza del Foglio Unico di Terapia nei primi 7gg.  -Corretta identificazione del paziente (tramite doppio identificativo)  -completezza	-Valutazione completa del dolore >= 90% (std regionale)  -Completezza FUT > 70% (std regionale)  -Identificazione corretta del paziente : - miglioramento rispetto l'anno precedente  - completezza > 90%(std	31/12/2014		

		consenso per l'intervento chirurgico	regionale)			
		completezza percorso operatorio	-completezza > 70%(std regionale)			
Rischio clinico	Adesione ai programmi regionali di sorveglianza delle infezioni	Migliorare l'adesione alla pratica igiene delle mani  Tasso infezioni per intervento al colon	Raggiungere l'adesione del 65% per tutto il personale  Ridurre il tasso di infezione	31/12/2014		
Rischio clinico	Attuazione di iniziative/azioni di miglioramento sulla scorta dell'attività di rischio clinico e/o di segnalazioni dell'utenza	Evidenza del piano di miglioramento in termini di azioni e risultati attesi.	Attuazione di almeno un piano di miglioramento per Dipartimento.	31/12/2014		
Rischio clinico	Analisi sistematica delle cartelle cliniche	Analisi di 15 cartelle per semestre per ogni SOC di degenza	Analisi di 15 cartelle per semestre per ogni SOC di degenza	Rispetto delle scadenze definite dalla Regione		
<b>OBIETTIVI GESTIONALI</b>						
Fruizione dei congedi ordinari	Programmazione fruizione da parte del personale della struttura di almeno 30 gg di congedo ordinario	Fruizione di almeno 30 gg congedo ordinario + (per urologia chirurgia 2 e gastro) 15 gg di rischi radiologico	Fruizione almeno di 30 gg di congedo ordinario + (per urologia chirurgia 2 e gastro) 15 gg di rischio radiologico per il personale delle strutture.	31/12/2014		
Formazione	Partecipazione ad eventi formativi sia del personale con obbligo ECM che non	Acquisizione di 15 crediti formativi per personale con obbligo ECM e partecipazione ad almeno un evento formativo per il 50% del personale senza obbligo ECM	Acquisizione in media di 15 crediti formativi personale struttura con obbligo ECM. Per il personale non ECM, partecipazione ad almeno un evento formativo per il 50% del personale di struttura	31/12/2014		
Incontri periodici con i collaboratori per il monitoraggio degli obiettivi di budget	Comunicazione, condivisione e monitoraggio obiettivi 2014 con i collaboratori	Svolgimento di almeno 2 incontri	Indire e verbalizzare almeno 2 incontri all'anno (compreso quello di presentazione degli obiettivi)	31/12/2014		

## **7. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance**

### **7.1 Fasi, soggetti del processo di redazione del Piano e coerenza con la programmazione economico finanziaria e di Bilancio.**

Il ciclo delle performance coincide con la programmazione per budget all'interno di un quadro definito dalla programmazione regionale.

Sulla base di questi obiettivi, accompagnati dai relativi indicatori di performance, l'Azienda andrà a creare la propria strategia aziendale che confluirà nel documento di programmazione e nel piano della performance, il quale verrà integrato ed aggiornato annualmente.

All'interno del Piano, per ogni singola linea aziendale sono indicati gli obiettivi strategici e risultati attesi. A sua volta, ogni obiettivo strategico è articolato in obiettivi operativi per ciascuno dei quali sono definite le azioni, i tempi, le risorse e le responsabilità.

Il Piano della performance, una volta deliberato dalla Direzione Generale, viene pubblicato nel sito internet aziendale. Le fasi e i tempi del Piano della performance 2014-2016:

<b>Dicembre 2013</b>	<b>Direzione Strategica: Individuazione degli obiettivi e delle priorità aziendali</b>
<b>Gennaio 2014</b>	<b>Condivisione degli obiettivi generali: Collegio di Direzione, Direttori di Dipartimento, Coordinatori, Sindacati</b>
<b>Febbraio - Marzo</b>	<b>Individuazione degli obiettivi specifici Schede di Budget 2014</b>
<b>Ogni 3 – 6 mesi</b>	<b>Monitoraggio:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Reportistica consumi e attività</li><li>- Stato avanzamento degli obiettivi di PAO</li></ul>
<b>Giugno – Luglio 2014</b> <b>Giugno – Luglio 2015</b>	<b>Valutazione finale</b>

L'adozione del Piano costituisce un punto di partenza e non di arrivo, dal momento che l'Azienda, individuati gli obiettivi e formalizzati gli impegni, intende realizzare non soltanto un controllo susseguente, ma anche e soprattutto quello concomitante nel corso della gestione. A tale scopo saranno effettuate verifiche parziali ed a consuntivo sull'efficacia e sull'efficienza con riferimento alle strutture nel loro complesso ed in relazione all'attività loro demandata e saranno a tale scopo investiti delle responsabilità loro derivanti dalla normativa di riferimento la U.O. di Programmazione e Controllo della gestione e l'Organismo Indipendente di Valutazione oltre che, naturalmente, tutti gli operatori aziendali in relazione al ruolo ricoperto.

In base a quanto previsto dalla delibera n.112/2010 della CIVIT, si evidenziano nello schema seguente i nominativi dei soggetti che hanno partecipato in modo diretto all'elaborazione del Piano, con espressa indicazione del ruolo assunto dagli stessi soggetti, nel processo di sviluppo.

Nome Componente	Ruolo Assunto	Competenze	Posizione nella struttura	
			Interno	Esterno
Paolo Bordon	Direttore Generale	Individuazione della strategia	X	
Tecla Del Dò	Direttore Amministrativo	Responsabile area amministrativa	X	
Giuseppe Sclipa	Direttore Sanitario	Responsabile area sanitaria	X	
Cristina Barazzutti	Direttore S.C. Programmazione, Controllo, Qualità, Accredimento e Risk Management	Coordinamento per la redazione, la gestione e la verifica del Piano delle Performance	X	

Il Piano della Performance è coerente con la programmazione economico-finanziaria e il bilancio aziendale, al fine di garantire standard assistenziali di eccellenza assicurando, nel contempo, il sostanziale equilibrio finanziario del sistema.

Per la sostenibilità del sistema, fattore determinante diventa quello di ottimizzare l'utilizzo delle risorse impiegate, pertanto l'individuazione degli obiettivi strategici ed operativi del presente documento sono individuati sulla base delle risorse effettivamente disponibili per il raggiungimento degli stessi.

## 7.2 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

Il Piano della Performance verrà aggiornato annualmente e revisionato in funzione degli obiettivi regionali e nell'ottica di un miglioramento continuo delle prestazioni verranno individuati ulteriori strumenti correttivi necessari.

L'Azienda, nella redazione del piano, si attiene a quanto disposto dal D.lgs. 150/09; in mancanza di precise indicazioni regionali si seguirà la disciplina prevista dal decreto.

Tuttavia, le azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione della performance, da parte dell'Azienda, si articoleranno nel prossimo futuro principalmente in quattro elementi principali:

1. la verifica della congruità degli obiettivi assegnati in relazione all'attività delle unità operative coinvolte e della capacità del sistema di valutazione di contribuire al miglioramento del clima

interno dell'organizzazione e dello sviluppo professionale di tutte le risorse coinvolte nel nuovo processo di valutazione della performance;

2. la possibilità di modulare nel corso del tempo, a partire dal 2014, l'assegnazione di obiettivi legati alle tematiche attinenti all'attività dell'anticorruzione e della trasparenza;

3. il miglioramento delle modalità e degli strumenti di comunicazione nei confronti degli stakeholder esterni e di monitoraggio della Customer satisfaction;

4. monitoraggio nel tempo di un accordo integrativo aziendale, siglato, sia con le organizzazioni sindacali della dirigenza che con quelle del comparto, per la valutazione individuale del dipendente.

C'è da osservare, in proposito, che l'accordo rappresenta una grossa novità nel quadro delle relazioni interne e sindacali, giacchè introduce una diversa e più efficace focalizzazione di quello che deve costituire il carattere incentivante della modalità di assegnazione degli obiettivi.

# INDICE

<b>1. Presentazione del Piano</b>	pag. 2
<b>2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni</b>	
2.1 Chi siamo	pag. 4
2.2 Cosa facciamo	pag. 16
2.3 Come operiamo	pag. 17
<b>3. Identità</b>	
3.1 L'amministrazione "in cifre"	pag. 21
3.2 Mandato istituzionale e Missione	pag. 76
3.3 Albero della performance	pag. 76
<b>4. Analisi del contesto</b>	
4.1 Analisi del contesto esterno	pag. 80
4.2 Analisi del contesto interno	pag. 81
<b>5. Obiettivi strategici</b>	pag. 87
<b>6. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi</b>	pag. 89
<b>7. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance</b>	
7.1 Fasi, soggetti del processo di redazione del Piano e coerenza con la programmazione economico finanziaria e di Bilancio	pag. 104
7.2 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance	pag. 106