



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

azienda per L'assistenza sanitaria

5 Friuli Occidentale

Via della Vecchia Ceramica, 1 – 33170 Pordenone
C.F. e P.I. 01772890933 – PEC aas5.protgen@certsanita.fvg.it

PIANO ATTUATIVO LOCALE 2017

INDICE

1. RACCORDO CON LA PROGRAMMAZIONE 2016	4
2. LA MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE E DEGLI OUTCOME	8
3. LE PROGETTUALITA'	9
3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI	9
3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE	22
3.3 ASSISTENZA PRIMARIA	35
3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALI	53
3.5 ASSISTENZA FARMACEUTICA	64
3.6 PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIO SANITARI	68
3.7 RAPPORTO CON I CITTADINI	74
PROGETTI AZIENDALI	78
4 FLUSSI INFORMATIVI E VALUTAZIONI	129
5 IL SISTEMA INFORMATIVO	130
6. INVESTIMENTI	134
7. GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	145
8. NOTA ILLUSTRATIVA AL BILANCIO PREVENTIVO ECONOMICO 2017	159

ALLEGATI

Allegato 1 – BILANCIO PREVENTIVO (gestione sanitaria)

Allegato 2 – RENDICONTO FINANZIARIO

Allegato 3 – TABELLE PREVISIONE 2017

Allegato 4 – BILANCIO PREVENTIVO (gestione servizi in delega)

Allegato 5 – BILANCIO PREVENTIVO CONSOLIDATO

Allegato 6 – TABELLE LEA

Allegato 7 – TABELLE PIANO INVESTIMENTI

Allegato 8 – CONTI ECONOMICI DEI PRESIDII DI PORDENONE - SAN VITO/SPILIMBERGO

1. RACCORDO CON LA PROGRAMMAZIONE PRECEDENTE

L'Azienda ha proseguito nel 2016 il percorso di riorganizzazione avviato nel 2015, a seguito dell'emanazione della L.R. n. 17/2014 con la quale è stato ridefinito l'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio Sanitario Regionale. E' stato predisposto il nuovo Atto Aziendale approvato con decreto n. 100 del 1/3/2016 e si è dato avvio alla progressiva applicazione dello stesso nel corso dell'anno.

Parallelamente è stato avviato il percorso di revisione dei principali regolamenti e procedure gestionali, che ha completato la fase di integrazione e riorganizzazione degli assetti organizzativi e delle strutture di supporto.

Assistenza primaria

Nel mese di maggio 2016 è stato attivato il dipartimento di Assistenza Primaria Aziendale, la S.C. Rete delle cure intermedie e riconvertita la S.C. Medicina Interna di Sacile nella Struttura Intermedia Polifunzionale di Sacile. Struttura, quest'ultima, che si configura come un innovativo modello organizzativo, clinico, assistenziale e riabilitativo che si pone in rapporto di integrazione funzionale fra la rete ospedaliera e l'assistenza residenziale e domiciliare nell'obiettivo di costruire un rete di servizi sanitari integrata e mirata ai bisogni clinici, assistenziali e riabilitativi. Lo stesso percorso riorganizzativo è previsto a Maniago. Nel corso dell'anno sono stati avviati i lavori di ristrutturazione previsti. Queste nuove strutture, unitamente alle RSA presenti nel territorio, vanno a costituire le articolazioni della nuova S.C. Rete delle cure intermedie.

La riconversione delle SC. Medicina Interna di Sacile con la conseguente chiusura dei posti letto ordinari e la trasformazione del Pronto Soccorso di Sacile in Punto di Primo Intervento, è stata propedeutica alla chiusura definitiva delle sede di Sacile del Presidio Ospedaliero di Pordenone, completata nel mese di agosto 2016 con la riconversione dell'attività residuale di Day Surgery in attività ambulatoriale.

A fine agosto 2016 è stato trasmesso alla DCS il progetto comprendente la proposta di riassetto complessivo dell'area del comprensorio ospedaliero di Sacile (Progetto Sacile 2).

In relazione all'applicazione dell'atto aziendale, è stata attivata la S.C. di Neuropsichiatria infantile, assegnata al Dipartimento delle Cure Primarie.

E' stato dato avvio al processo di riorganizzazione della medicina generale, come previsto nell'AIR 2016-2018; con decreto del Direttore Generale n. 357 del 23 giugno 2016 sono state costituite le Aggregazioni Funzionali Territoriali della medicina generale (AFT), individuate secondo i criteri previsti dalla DGR 39/2016. In particolare, sono state identificate ed autorizzate 12 AFT, rispettivamente due AFT per ciascuno dei distretti Nord (Distretto delle Dolomiti e Valli friulane) , Est (Distretto del Tagliamento) ed Ovest (Distretto del Livenza) e tre AFT per i distretti Sud (Distretto del Sile) e Urbano (Distretto del Noncello). Inoltre sono state concordate e realizzate le attività previste per il 2016 dall'AIR.

Assistenza ospedaliera

A giugno 2016 è proseguita l'applicazione dell'Atto Aziendale con l'attivazione del nuovo Dipartimento di Chirurgia Generale e Medicina Perioperatoria che ha visto la fusione delle due S.C. di Chirurgia generale di Pordenone, l'istituzione di una nuova S.S.D. di Chirurgia vascolare in un diverso contesto organizzativo che prevede la collocazione della S.C. Anestesia e Rianimazione 2 di PN all'interno del dipartimento ed una maggiore integrazione funzionale fra le sedi ospedaliere di Pordenone e di Spilimbergo, sia per l'attività

chirurgica che per la gastroenterologia gestita in entrambe le sedi dalla S.C. Gastroenterologia. Successivamente alla attivazione del Dipartimento di Chirurgia Generale e Medicina Perioperatoria è stato attivato anche il Dipartimento Materno-Infantile, in ragione della necessità di favorire al massimo le politiche di integrazione e di collaborazione tra le Strutture aggregate, sia per la parte della funzione ginecologica, differenziando il mandato delle due ginecologie aziendali, che, soprattutto, per la parte della funzione pediatrica e neonatologica, gravata, quest'ultima, da importanti criticità per quanto riguarda la disponibilità di specialisti.

Il 28 giugno è stato trasmesso alla Direzione Centrale Salute, il progetto di riorganizzazione delle funzioni di reumatologia che sono assicurate da medici specialisti incardinati all'interno di S.C. di medicina interna del presidio di Pordenone. Nel mese successivo è stata attivata la funzione di malattie infettive presso il presidio hub di Pordenone.

E' stato adottato l'atto ricognitivo dei posti letto per acuti con la rideterminazione dei posti letto a decorrere da luglio 2016. A inizio anno i posti letto totali erano 804 e sono scesi a 774 a maggio con la chiusura dei posti letto ordinari di Sacile. Con la rideterminazione, la dotazione di posti letto per acuti passa da 774 a 700. Nell'ambito della rideterminazione è stata disposta anche la chiusura dei posti letto di dermatologia e di alcune sezioni di Day Hospital quali l'Endocrinologia, la Terapia del dolore di San Vito al Tagliamento e la Riabilitazione Day Hospital di Spilimbergo. La riduzione di posti letto vede un ulteriore calo di 7 unità a settembre con la riconversione del Day Surgery di Sacile in attività ambulatoriale.

In linea generale, proprio a partire dal tema della ridefinizione dei posti letto, la Direzione aziendale ha inteso coinvolgere i professionisti sul tema della valutazione degli esiti delle cure, piuttosto che rimarcare ancora una volta gli aspetti della performance prestazionale espressa in meri volumi di attività. In coerenza con tale cambio di paradigma, il processo di budget 2017 dovrà obbligatoriamente considerare indicatori che raffrontino i risultati a partire dalle disposizioni del Decreto Balduzzi e del suo successivo regolamento attuativo (concentrazione dell'offerta per livelli di complessità soprattutto nell'ambito chirurgico oncologico), dalle indicazioni fornite dal Piano Nazionale Esiti (PNE) messo a disposizione da AGENASS e da quanto fornisce il report annuale "Sistemi di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali" elaborato dalla Scuola Universitaria Superiore Sant'Anna di Pisa.

E' stato sottoscritto l'accordo tra AAS5 e CRO sul trasferimento/integrazione delle funzioni del Laboratorio analisi, Microbiologia e Virologia, Oncologia e Cardiologia oncologica che sarà operativo a far data dal 01/01/2017. L'accordo ha previsto anche significative integrazioni/collaborazioni in ambito chirurgico oncologico e per l'attività di oncoematologia. Mentre per la parte chirurgica le linee di lavoro comuni, oggetto di integrazione, sono in discussione, la riorganizzazione sul bacino provinciale della funzione di oncoematologia è già in parte operativa e in tempi brevi potrà essere realizzato un sistema di gestione integrata (anche attraverso una pronta disponibilità interaziendale) delle urgenze oncoematologiche che afferiscano al Presidio Ospedaliero di Pordenone piuttosto che all'IRCCS CRO in orari in cui gli specialisti non sono in servizio.

Area tecnico - amministrativa

Sempre nel mese di giugno 2016 sono stati istituiti il Dipartimento Amministrativo ed il Dipartimento Tecnico proseguendo il percorso di progressivo e graduale riordino dell'assetto organizzativo e funzionale aziendale, con l'attivazione delle nuove strutture previste nell'Atto Aziendale.

Con decreto n. 404/2016 del 20.07.2016 è stata disposta l'aggiudicazione definitiva della procedura di affidamento della progettazione esecutiva e della realizzazione della Cittadella della Salute e del nuovo

Ospedale Civile di Pordenone. In data 04.10.2016 è stato stipulato il contratto fra l'Azienda ed il raggruppamento temporaneo di aziende ed è stato avviato il percorso operativo che porterà all'avvio del cantiere previsto per gennaio 2017.

Il 21 dicembre sono stati terminati i lavori per la messa a norma antisismica del presidio ospedaliero di San Vito Tagliamento.

E' stata avviata la procedura per l'aggiudicazione dei lavori per la ristrutturazione degli spazi per accogliere la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) a Sacile.

Dipartimento di prevenzione

A fine settembre è stata data attuazione alla riorganizzazione del Dipartimento di Prevenzione, con il completamento dell'assetto organizzativo, ivi compresa l'attivazione della nuova struttura prevista, ovvero la S.S.D. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche. L'implementazione del Piano Regionale della Prevenzione ha comportato la partecipazione del Dipartimento alle linee di lavoro programmate; la riorganizzazione del D.P. ha comportato lo sviluppo della Linea 3.2.10 (Miglioramento della qualità nelle attività del dipartimento di prevenzione con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo), che ha portato, tra l'altro, alla approvazione di un progetto per la ricerca clinica, traslazionale, di base, epidemiologica e organizzativa finanziato dalla Regione Friuli Venezia Giulia, finalizzato alla realizzazione di un sistema di misurazione delle attività di prevenzione in grado di supportare nella programmazione e distribuzione delle risorse, nonché nella valutazione della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni. Tale progetto prevede la partnership delle altre ASS regionali, dell'Istituto di Management della Scuola Superiore di Studi Universitari e perfezionamento Sant'Anna di Pisa e della Università degli Studi di Udine, Dipartimento di Scienze Mediche e Biologiche. Oltre al lieve miglioramento dei tassi di copertura vaccinale e degli screening oncologici, è proseguita l'attività di promozione della salute mirata ad intervenire sui principali fattori di rischio modificabili di malattie croniche (alimentazione scorretta, sedentarietà, tabagismo, abuso/uso scorretto di alcol), in collaborazione con altre strutture aziendali. E' proseguita l'attività di promozione della salute mirante da una parte a rinforzare le capacità degli individui, dall'altra a modificare il contesto di vita delle persone; a tal proposito, si è provveduto ad implementare la Linea n. 3.2.14 (Ambiente e salute, facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio, secondo il modello della salute in tutte le politiche), mediante l'utilizzo della VIS.PA, coniugandola con le emergenze ambientali del nostro territorio (diossina a Maniago e DACT nelle acque destinate al consumo umano). Infine, le attività di tutte le strutture dipartimentali hanno complessivamente raggiunto gli obiettivi di budget 2016, pur operando in situazioni di difficoltà per carenza contingente (SPSAL e SIAN) di risorse umane e per comparsa di emergenze sanitarie (vedasi ad es. Blue Tongue).

Coordinamento Sociosanitario

L'Atto aziendale della AAS5 ha assegnato al Coordinamento sociosanitario un'importante funzione di integrazione delle politiche sociosanitarie e sociali (dalla domiciliarità all'abitare sociale, dallo sviluppo di reti territoriali al welfare di comunità).

In questo senso, oltre alle attività proprie della gestione dei Servizi in Delega per le persone con disabilità assegnate dalla Conferenza dei Sindaci del pordenonese, le attività nel corso del 2016 si sono sviluppate sugli assi della collaborazione costante tra Distretti sanitari e Dipartimenti aziendali con gli Ambiti

Distrettuali, in modo specifico nella Cabina di Regia del Piano di Zona, che hanno portato tra l'altro alla condivisione operativa di alcuni importanti protocolli in tema di valutazione multidimensionale distrettuale, tutela minorile, integrazione lavorativa, politiche giovanili.

Tale modalità di lavoro integrata ha visto, nella seconda metà del 2016, anche un intenso lavoro di analisi per la predisposizione dell'Atto di Delega 2017 per la gestione dei servizi per la disabilità, approvato all'unanimità dalla Conferenza dei Sindaci il 23/11/16, che pur concepito come un documento di proroga introduce importanti aspetti evolutivi di sistema e progettuali, alcuni dei quali inseriti anche nel PAL.

Si sono avviati alcuni percorsi condivisi di collaborazione con i servizi dell'area della salute mentale (Dipartimento di Salute mentale e Neuropsichiatria Infantile) per particolari progetti relativi alla disabilità intellettiva o i disturbi dello spettro autistico, mentre, parallelamente, si è avviata una intesa operativa con il Dipartimento per l'Assistenza Primaria sul tema dell'assistenza sanitaria alle persone con disabilità ospiti di strutture semiresidenziali o residenziali: percorsi che proseguiranno senza soluzione di continuità

Anno 2017

Nel corso del 2017 proseguirà l'implementazione dell'atto aziendale, come descritto nel capitolo apposito.

Nel corso del 2017 l'Azienda proseguirà nell'applicazione del proprio Atto aziendale consolidando le funzioni dei Servizi di area professionale collocati in staff alla Direzione Sanitaria aziendale istituiti con il decreto n. 569 del 27/10/2016 e dando avvio graduale all'attivazione delle piattaforme a gestione professionale nelle articolazioni organizzative aziendali.

Il nuovo modello organizzativo prevede l'assegnazione centralizzata del personale di assistenza ai Direttori di DAO, DAPA, DIP e DSM e l'applicazione del modello della piattaforma.

Durante il 2017 proseguiranno le attività dedicate alla applicazione dell'AIR 2016-2018, nello specifico verranno attivati le medicine di gruppo, almeno altri due CAP e verranno promosse tutte le attività orientate allo sviluppo della medicina di iniziativa.

L'Azienda intende inoltre proseguire la strada di una progressiva omogeneizzazione dell'offerta dei servizi oltre alla definizione di progetti trasversali per aree di particolare rilievo (anziani ed adolescenti) che mettano in collegamento tutte le iniziative previste nel PAL.

2 LA MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE E DEGLI OUTCOME

E' priorità di quest'Azienda orientarsi verso una più sistematica valutazione degli esiti, della qualità dei servizi e della performance. A partire dai sistemi di valutazione esistenti e consolidati al livello nazionale (PNE, Bersaglio) e in fase sperimentale in alcune regioni (PROM – patient reported outcome measures), si intende continuare un percorso di analisi delle criticità e avviare con i professionisti un sistema di condivisione dei risultati e di audit clinico e organizzativo basato sia sugli esiti misurati dai sistemi informativi correnti sia sugli esiti orientati all'esperienza del paziente ("esiti riferiti dal paziente" o "patient-reported outcomes").

L'obiettivo per l'anno 2017:

La valutazione di esito, qualità e della performance degli interventi sanitari	
Obiettivo aziendale: Sviluppo di un programma aziendale diffuso, partecipato e costante per la valutazione degli esiti assistenziali e dell'impatto sulla salute	Risultato atteso: Entro la fine 2017 evidenza della diffusione dei dati all'interno dell'Azienda e del loro utilizzo per sviluppare e implementare piani di miglioramento
Azioni e Interventi: <ol style="list-style-type: none">1. Selezionare gli indicatori di esito e della performance (PNE, Bersaglio) più rilevante per l'Azienda2. Diffondere i dati ai Dipartimenti territoriali e ospedalieri3. Pianificare e implementare audit clinici e organizzativi con i professionisti per valutare la qualità dei dati, discutere i risultati e individuare possibili azioni di miglioramento4. Iniziare l'attuazione degli interventi di miglioramento5. Sperimentare un sistema di misurazione degli esiti riferiti dal paziente con il supporto servizio regionale di epidemiologia	

3. LE PROGETTUALITA'

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

3.1.1 ATTO AZIENDALE

Atto aziendale	
<u>Raccordo con la programmazione precedente</u> Con decreto del direttore generale n. 100 del 1 marzo 2016 si è definito il percorso attuativo dell'atto aziendale.	
Obiettivo aziendale Atto aziendale	Risultato atteso Completamento del percorso attuativo dell'atto aziendale.
Azioni e Interventi: Atti e procedure coerenti con il piano definito	

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

Posti letto – assistenza ospedaliera
<u>Raccordo con la programmazione precedente</u> Con decreto del direttore generale n. 228 del 28 aprile 2016 si è avviata la Struttura Intermedia Polifunzionale presso il Presidio Ospedaliero per la Salute (POPS) di Sacile, con contestuale dismissione dei posti letto di medicina per acuti. Il 1 settembre 2016 sono stati chiusi i posti letto di Day surgery del POPS di Sacile, con mantenimento della sola attività di chirurgia ambulatoriale. In data 29 giugno 2016 è stato trasmesso alla Direzione Centrale Salute il decreto di adozione dell'atto ricognitivo dei posti letto (decreto del direttore generale n. 375 del 29.06.2016), che prevede al 31 dicembre 2016 la seguente dotazione di posti letto: <ul style="list-style-type: none">• Presidio Ospedaliero di Pordenone: 431 posti letto di degenza ordinaria e 42 posti letto di ricovero diurno per un totale di 473 posti letto• Presidio ospedaliero di S. Vito Spilimbergo: 194 posti letto di degenza ordinaria e 17 posti letto di ricovero diurno per un totale di 211 posti letto

La dotazione dei posti letto prevista in allegato risulta complessivamente inferiore rispetto alle indicazioni regionali (DGR 2673/14). Lo scostamento è da ricondurre a vincoli logistici, che in entrambi i PO non consentono di incrementare per il 2017 i posti letto dell'area internistica né di portare a regime i posti letto per l'area di Riabilitazione intensiva/estensiva. E' in corso l'adeguamento dei posti letto chirurgici attribuiti all'area chirurgica del PO di S. Vito Spilimbergo, il cui lieve eccesso sarà progressivamente adattato grazie alle manovre riorganizzative poste in essere.

Funzioni

Raccordo con la programmazione precedente

Con riferimento alla DGR 929/15, nel corso del 2016 sono state attivate, presso il PO di Pordenone, le funzioni di:

- Chirurgia vascolare
- Reumatologia
- Malattie infettive

Si è inoltre provveduto a unificare le 2 SC di Chirurgia generale 1 e 2 e a disattivare la SSD di Degenza Breve chirurgica.

Sono stati, infine, predisposti gli atti necessari al trasferimento al CRO della funzione di Oncologia Medica e al PO di Pordenone della funzione di Cardiologia Oncologica e alla integrazione delle funzioni di Medicina di Laboratorio.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Posti letto	Entro il 30 giugno 2017 l'Azienda predispone la relazione sullo stato di applicazione della DGR 2673/14, con la previsione di correzione dello scostamento dei posti letto ospedalieri.
Funzioni	Nel corso del Entro il 30 giugno 2017 l'Azienda predispone la relazione sullo stato di applicazione della 929/15, con la previsione di attivazione o disattivazione delle funzioni ospedaliere e delle SC o SS, anche in coerenza con quanto stabilito dall'Atto aziendale.

Azioni e Interventi:

E' di seguito indicata la distribuzione dei posti letto nelle diverse aree dei 2 PPOO, con specificazione della variazione prevista entro il 31 dicembre 2017

DOTAZIONE POSTI LETTO

Presidio Ospedaliero Santa Maria degli Angeli

Presidio Ospedaliero di Pordenone	Posti letto al 31/12/2016			variazione		Posti letto al 31/12/2017		
	Ordinari	D.H.	Totale	ORD	DH	Ordinari	D.H.	Totale
Cardiologia	32	1	33		1	32	2	34
D.H. Dipartimentale	0	1	1		-1	0	0	0
Gastroenterologia	0	1	1	3	1	3	2	5
Medicina interna 1	49	4	53		-1	98	7	105
Medicina interna 2	49	4	53					
Degenza breve internistica	5	0	5			5	0	5
Nefrologia e dialisi	11	4	15		-2	11	2	13
Neurologia	31	2	33			31	2	33
Pneumologia	24	1	25			24	1	25
Psichiatria	15	0	15			15	0	15
TOTALE	216	18	234	3	-2	219	16	235
DGR 2673/ 2014 Dotazione a regime						230	16	246
Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza	8	0	8			8	0	8
DGR 2673/ 2014 Dotazione a regime						10		10
Riabilitazione	15	0	15			15	0	15
DGR 2673/ 2014 Dotazione a regime						36	4	40
Ostetricia e ginecologia	40	2	42		1	40	3	43
Pediatria	10	3	13			10	3	13
TOTALE	50	5	55		1	50	6	56
DGR 2673/ 2014 Dotazione a regime						50	6	56
Presidio Ospedaliero di Pordenone	Posti letto al 31/12/2016			variazione		Posti letto al 31/12/2017		
	Ordinari	D.H.	Totale	ORD	DH	Ordinari	D.H.	Totale
Chirurgia della mano	10	1	11	-4	4	6	5	11
Chirurgia maxillo-facciale e odon.	2	1	3			2	1	3

Chirurgia Generale	55	2	57	-5	1	50	3	53
Chirurgia vascolare	0	0	0	8	1	8	1	9
Oculistica	3	2	5			3	2	5
Ortopedia e traumatologia	30	1	31	-2		28	1	29
Otorinolaringoiatria	18	2	20	-3		15	2	17
Urologia	18	1	19			18	1	19
TOTALE	136	10	146	-6	6	130	16	146
DGR 2673/ 2014 Dotazione a regime						130	16	146
Anestesia e rianimazione	10	0	10			10	0	10
DGR 2673/ 2014 Dotazione a regime						10	0	10
TOTALE Presidio	435	33	468	-3	5	432	38	470
DGR 2673/ 2014 Dotazione di presidio a regime						466	42	508

Presidio Ospedaliero di San Vito e Spilimbergo

Presidio Ospedaliero di San Vito e Spilimbergo	Posti letto al 31/12/2016			variazione		Posti letto al 31/12/2017		
	Ordinari	D.H.	Totale	ORD	DH	Ordinari	D.H.	Totale
Ortopedia e traumatologia San Vito	26	1	27	-4		22	1	23
Otorinolaringoiatria San Vito	6	1	7	-2		4	1	5
Chirurgia Generale Spilimbergo	14	2	16	-2	1	12	3	15
Ortopedia e traumatologia Spilimbergo	14	3	17		-1	14	2	16
Chirurgia Generale San Vito	24	2	26	-2		22	2	24
TOTALE	84	9	93	-10	0	74	9	83
DGR 2673/ 2014 Dotazione a regime						66	8	74
Medicina interna San Vito	46	2	48	2		48	2	50
Post Acuti San Vito	6		6			6	0	6
Medicina interna Spilimbergo	34	1	35			34	1	35
TOTALE	86	3	89	2	0	88	3	91
DGR 2673/ 2014 Dotazione a regime						90	8	98
Pronto Soccorso e Med. d'urgenza SV			0	4		4	0	4

DGR 2673/ 2014 Dotazione a regime						4	0	4
Ostetricia e ginecologia San Vito	22	4	26			22	4	26
Pediatria San Vito	6	2	8			6	2	8
TOTALE	28	6	34	0	0	28	6	34
DGR 2673/ 2014 Dotazione a regime						28	4	32
Anestesia e rianimazione San Vito	5	0	5			5	0	5
DGR 2673/ 2014 Dotazione a regime						4	0	4
Riabilitazione Spilimbergo	4	0	4			4	0	4
DGR 2673/ 2014 Dotazione a regime						24	4	28

TOTALE Presidio	207	18	225	-4	0	203	18	221
DGR 2673/ 2014 Dotazione di presidio a regime						216	24	240

TOTALE AAS5	642	51	693	-7	5	635	56	691
DGR 2673/ 2014 Dotazione dell'AAS5 a regime						682	66	748

La differenza fra posti letto attribuiti a regime dalla DGR 2673/14 e quelli previsti al 31/12 è dovuto principalmente alla mancata attivazione dei posti letto di Riabilitazione e di area internistica per ragioni di disponibilità di spazi fisici.

Posti letto – assistenza primaria

Raccordo con la programmazione precedente

Nel corso del 2016, a seguito di una specifica progettualità condivisa con la Direzione Centrale della Salute, si è proceduto alla riconversione dei 28 posti letto della SC Medicina Interna e Postacuzie del Presidio Ospedaliero per la Salute di Sacile. Con decreto del Direttore Generale n° 228 del 28 aprile 2016 è stata avviata la **Struttura Intermedia Polifunzionale (SIP)**. La SIP è una struttura sperimentale di tipo residenziale in grado di accogliere malati che abbisognano di un qualificato intervento clinico, assistenziale e riabilitativo estensivo, senza peraltro necessitare di procedure diagnostico-terapeutiche complesse e articolate, specifiche del momento ospedaliero per acuti.

Con decreto n° 230 dello stesso giorno (28/04/2016) è attivata la **SC Rete delle Cure Intermedie**, modello di innovazione organizzativa comprendente 5 RSA, tre delle quali esternalizzate (Sacile, Roveredo in Piano e Pordenone), l'Ospedale di Prossimità di Maniago e la Struttura Intermedia Polifunzionale di Sacile. La SC Rete delle Cure Intermedie afferisce al neocostituito **Dipartimento di Assistenza Primaria Aziendale (DAPA)**, attivato con decreto del Direttore Generale n° 233 del (28/04/2016).

Obiettivo aziendale

Posti letto

Risultato atteso

È avviato il percorso di ridefinizione dei **posti letto dell'assistenza primaria** (Hospice, SUAP, RSA e riabilitazione estensiva, Presidi ospedalieri per la Salute, Salute mentale, Dipendenze) in coerenza a quanto definito dalla DGR 2673/2014.

Azioni e Interventi:

Con l'applicazione degli standard previsti nell'Allegato 1 alla DGR n° 2673 del 20/12/2014, è previsto un consistente aumento di posti letto nelle strutture della rete dei servizi di assistenza primaria. Nell'arco del 2017, sarà innanzitutto valutata, con particolare attenzione, la ricaduta in termini di efficacia, efficienza e qualità degli interventi sanitari presso le suddette strutture residenziali a seguito dell'implementazione del nuovo modello organizzativo (SC Rete delle Cure Intermedie). L'attivazione di ulteriori pl RSA (Allegato 1 alla DGR n° 2673 del 20/12/2014: "Strutture e standard organizzativi della rete dei servizi di assistenza primaria") sarà anche subordinata all'attivazione delle degenze di riabilitazione estensiva presso il Policlinico San Giorgio ed alle indicazioni regionali sull'appropriatezza dei ricoveri riabilitativi previsti dal Patto per la Salute 2014-2016.

Anche i previsti posti letto residenziali di **alcologia** (6), che per tipologia di intervento e di rischio (intermedio) preferibilmente dovrebbero essere allocati all'interno di strutture intermedie polifunzionali (SIP), andranno riconsiderati tenendo conto degli sviluppi dell'offerta e del modello organizzativo complessivo (SC Rete delle Cure Intermedie) sopra menzionati. Attualmente la domanda di pl di alcologia viene soddisfatta mediante l'accoglimento del malato nella SIP di Sacile.

In considerazione dell'opportunità di garantire l'offerta di posti letto **SUAP** (Speciali Unità di Assistenza Protratta) per l'assistenza a persone in stato vegetativo o in stato di minima coscienza, del tutto assente in AAS n° 5, potrà essere considerata la ri-espansione dei posti letto della RSA di Roveredo in Piano, dagli attuali 24 agli originali 36 (riduzione imposta nel 2013 per la mancanza dei requisiti anti-incendio). L'adozione delle misure anti-incendio consentirebbe di ipotizzare l'incremento dei pl da 24 a 36, parte

dei quali da adibire a pl SUAP e gli altri per decongestionare la struttura frequentemente “sotto pressione” (cfr. % di occupazione media) anche per il frequente accoglimento di malati a “rischio intermedio”, in condizioni di instabilità clinica, inappropriati per un contenitore residenziale tradizionale.

In data 31/08/2016, facendo seguito al parere favorevole n° PP2016-AAS5 del 21/01/2016 (con oggetto: “Programma preliminare degli investimenti 2016 - Piano generale per il comprensorio di Sacile”), in particolare alla prescrizione che richiede un piano generale per il comprensorio di Sacile affinché si contestualizzi in una pianificazione più ampia la strategia complessiva e le reali tempistiche di attuazione in merito alla realizzazione di un **nuovo CSM 24 ore nel Distretto Ovest** all’interno del Presidio Ospedaliero per la Salute di Sacile, è stata trasmesso alla Direzione Centrale della Salute, Integrazione sociosanitaria, Politiche sociali e Famiglia il documento di progetto.

posti letto territorio	Posti letto al 31/12/2016	VARIAZIONI 2017	Posti letto al 31/12/2017	DGR 2673 /14
OSPEDALE DI PROSSIMITA' - MANIAGO	30	-	30	
R.S.A. - AZZANO DECIMO	25	-	25	
R.S.A. - PORDENONE	18	-	18	
R.S.A. - ROVEREDO	24	-	24*	
R.S.A. - S. VITO AL TAGLIAMENTO	26	-	26	
R.S.A. - SACILE	28	-	28	
SIP - SACILE	28	-	28**	
totale RSA e strutture intermedie	179	-	179	223
Hospice San Vito	10	-	10	
totale Hospice	10	-	10	20
CSM H 24	22	-	22	31
alcoologia	0	-	6**	6
SUAP	0	12	12*	14

*P.L. della RSA di Roveredo in Piano (36 pl = 24 RSA + 12 SUAP)

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

Linea 3.1.3 Chirurgia e procedure invasive

Raccordo con la programmazione precedente

Nel corso del 2016 le funzioni ricondotte alla presente linea sono state oggetto di:

- Chirurgia oncologica programmata. Avviata la riorganizzazione della funzione chirurgica garantita dai PPOO aziendali e la progettualità di integrazione con il CRO per la risposta alle problematiche afferenti alla chirurgia oncologica; nel corso del 2016 sono state concentrate presso la sede di Pordenone di chirurgia oncologica del tumore della mammella, tumore ginecologici e tumori ORL;
- Chirurgia vascolare. È stata formalmente istituita la funzione;
- Chirurgia bariatrica. Sono stati mantenuti i livelli di attività;
- Protesica ortopedica. Avviata la riorganizzazione della funzione di ortopedia, differenziando l'afferenza dei pazienti fra il PO di Pordenone, al quale competono le urgenze traumatologiche e il PO di S. Vito Spilimbergo che garantisce l'attività programmata, distribuendola fra le 2 sedi sulla base della complessità clinico assistenziale;
- Posizionamento di elettrostimolatori ed altre procedure invasive per terapia antalgica in pazienti cronici. Sono stati mantenuti i livelli di attività;
- Chirurgia pediatrica. È stata mantenuta la collaborazione con l'IRCCS Burlo Garofolo sia per la parte chirurgica che per la parte anestesiologicala.

Obiettivo aziendale

Riorganizzazione dell'attività chirurgica e delle procedure invasive

Risultato atteso

Entro il 31 dicembre del 2017 sarà adottato un documento di riorganizzazione dell'attività chirurgica e delle procedure invasive con particolare riferimento alle patologie oncologica del tratto gastro-intestinale e alla patologia urologica, coinvolgendo anche la Casa di Cura San Giorgio

Azioni e Interventi:

Il documento specificherà come nel corso del 2017 saranno ridefiniti i percorsi clinico assistenziali dei pazienti chirurgici, con riferimento alla concentrazione della casistica (volumi esiti), alle competenze (tipologia dei pazienti) e alla logistica (sede di erogazione) per le prestazioni di chirurgia oncologica, pediatrica e protesica ortopedica.

Si provvederà, inoltre, a rafforzare e stabilizzare l'offerta di Chirurgia Vascolare e di Radiologia Interventistica e a definire i livelli di integrazione e collaborazione delle 2 Strutture di Terapia Antalgica aziendali.

Linea 3.1.5 Piano Emergenza urgenza

Con la DGR n. 2.039 del 16 ottobre 2015 è stato approvato il Piano dell’Emergenza Urgenza della Regione Friuli Venezia Giulia.

Con decreto n. 231 del 28/4/2016 avente per oggetto “Progetto per la riconversione del Pronto Soccorso di Sacile in Punto di Primo Intervento (P.P.I.): approvazione” con attuazione a decorrere dal 2 maggio 2016.

Obiettivo aziendale

Proseguimento delle attività previste dal Piano dell’Emergenza Urgenza

Risultato atteso

- Proseguire il percorso di uniformità dei protocolli operativi dei servizi di Pronto soccorso.
- Prosecuzione del rinnovo del parco ambulanze.
- Ridistribuzione delle distribuzione dei mezzi di soccorso sul territorio
- Adeguamento dell’elisuperficie in elevazione al volo notturno del presidio ospedaliero hub di Pordenone.
- Avvio dell’eliambulanza notturna

Azioni e Interventi:

- Integrazione e aggiornamento dei percorsi diagnostici terapeutici tra i presidi hub e spoke sia aziendali che extra aziendali.
- Prosecuzione dell’aggiornamento/adequamento del parco ambulanze secondo il piano di investimenti.
- Istituzione di un pool di addetti antincendio tra il personale operante nel presidio ospedaliero di Pordenone, per garantire il servizio antincendio h24 all’elisuperficie in elevazione.

Linea 3.1.6 Geriatria

Negli ultimi anni, la popolazione > 85 anni è in costante aumento. Nella regione Friuli Venezia Giulia si è passati dalle 44.067 unità al 31.12.2010 alle 48.975 unità al 31.12.2015, pari ad un aumento del 11,14%. La prospettiva è che il numero di ultra-ottantacinquenni aumenti ancora e possa superare le 100.000 unità nell'arco di un ventennio.

Il tasso di ricovero dei malati anziani rimane abbondantemente superiore al triplo della popolazione generale, oramai sceso a valori prossimi al 130 %.

L'approccio alla presa in carico del paziente anziano fragile prevede un **modello a rete locale dei servizi** che accompagni l'evolversi dei bisogni dell'anziano e della sua famiglia fornendo di volta in volta interventi diversificati ed appropriati in un circuito di **continuità assistenziale** che attraversi **trasversalmente** il sistema di offerta sanitaria e sociosanitaria.

Obiettivo aziendale

Riorganizzazione dell'attività geriatrica

Risultato atteso

Entro il 31 dicembre del 2017 dovrà essere adottato un documento di riorganizzazione dell'attività geriatrica che ridefinisca l'organizzazione ospedaliera e distrettuale per i pazienti grandi anziani (oltre 85 anni).

La riorganizzazione complessiva dell'attività geriatrica dell'AAS n° 5 prevede un articolato intervento formativo e culturale **trasversale**, nella logica di promuovere lo sviluppo di una sanità di iniziativa (presa in carico proattiva dell'anziano fragile) e di implementare un nuovo approccio che assuma il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che si manifesti o che si aggravi, prevedendo ed organizzando le risposte assistenziali più adeguate (registri di patologia, valutazione proattiva degli ospiti nelle residenze protette, ecc.).

Azioni e Interventi:

- la diffusione e l'implementazione della cultura geriatrica e gerontologica al fine di migliorare la **formazione** professionale di tutti gli operatori sanitari e sociosanitari nel setting ospedaliero e territoriale
- il ripensamento del **modello organizzativo complessivo** di offerta degenziale e residenziale nel contesto, rispettivamente, ospedaliero e territoriale (rete delle cure intermedie alternative al ricovero ospedaliero o con questo integrati, in grado di garantire la continuità assistenziale)
- il coinvolgimento dei **Medici di Medicina Generale**, protagonisti istituzionali dell'assistenza primaria, e, in generale, dei **Distretti**, nelle loro principali linee di lavoro (Servizio infermieristico territoriale - ADI, Servizio riabilitativo territoriale, Assistenza ambulatoriale specialistica, ecc.) e nelle attività di promozione della salute, anche attraverso la partecipazione ed il coinvolgimento dei cittadini e delle associazioni (Community oriented primary care)
- la promozione della cultura della **domiciliarità**, anche con il coinvolgimento degli Ambiti (AS e SAD) nella logica dell'intervento multiprofessionale.

<p>Linea 3.1.7 Medicina di Laboratorio</p> <p>Con PEC n. 45681 del 4 luglio 2016 è stato trasmesso alla Direzione Centrale Salute l'accordo interaziendale su trasferimento/ riorganizzazione delle funzioni di Medicina di Laboratorio con il CRO, da questa approvato il 13 ottobre 2016 con prot. 16562/P del 13 ottobre 2016 .</p> <p>Con lettera prot. 51542/DG del 29 luglio 2016 sono stati costituiti alcuni gruppi tecnici per l'applicazione dell'accordo quadro tra AAS5-CRO per il trasferimento/ riorganizzazione delle funzioni previste dalla delibera DGR 349/2016.</p> <p>Con decreto del direttore generale AAS5 n. 605 del 9/11/2016 e con decreto del direttore generale CRO di Aviano n. 270 del 9/11/2016 è stato approvato accordo interaziendale su trasferimento e riorganizzazione delle funzioni.</p>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Laboratori analisi e Microbiologie e virologia</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Completamento del Centro <i>hub</i> nel presidio ospedaliero di Pordenone, dei Laboratori satellite presso la sede di San Vito al Tagliamento, Spilimbergo e l'IRCCS <i>Centro di Riferimento Oncologico</i> di Aviano (limitatamente all'attività di base) e dei Point of care presso i Punti di primo intervento di Maniago e Sacile.</p>
<p>Azioni e Interventi:</p> <p>Sviluppo e attuazione delle azioni previste dalla delibera DGR 349/2016 per la riorganizzazione delle funzioni di Medicina di laboratorio.</p>	

<p>Linea 3.1.8 Oncologia</p> <p>Nel corso del 2016 sono stati perfezionati gli atti propedeutici al passaggio della funzione di Oncologia all' IRCCS CRO di Aviano.</p> <p>Il passaggio della funzione avviene a partire dal 01.01.2017.</p>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Adozione del nuovo Piano Oncologico</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Collaborazione con la DCS per la predisposizione del Piano Oncologico.</p> <p>Definizione di una road map aziendale per l'attuazione del Piano.</p>
<p>Azioni e Interventi:</p> <p>Partecipazione agli incontri regionali</p> <p>Definizione del piano operativo in collaborazione con il CRO.</p>	

<p>Linea 3.1.9 Pediatria ospedaliera</p> <p>Nel corso del 2016 è stata formalmente istituita la rete per le cure palliative e la terapia del dolore in età pediatrica.</p> <p>E' da tempo in atto una collaborazione con l'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste per la chirurgia pediatrica, con integrazione biunivoca tra le equipe professionali.</p>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Riorganizzazione dell'attività pediatrica</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Adozione di un documento di riorganizzaione dell'attività pediatrica, che prevederà le seguenti sezioni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emergenze e urgenze pediatriche (intra ed extra ospedaliere) con valutazione dell'appropriatezza dell'accesso al pronto soccorso e delle procedure vigenti • Chirurgia programmata in età pediatrica (vedi punto 3.1.4) • Oncologia e onco-ematologia pediatrica
<p>Azioni e Interventi:</p> <p>Individuazione di un gruppo di lavoro aziendale sui temi identificati dalla linea di lavoro.</p> <p>Implementazione del modello organizzativo e delle attività di Cure palliative e di Terapia del dolore in età pediatrica (vedi specifica scheda progettuale)</p>	

<p>Linea 3.1.10 Riabilitazione</p> <p>Non si sono svolti nel 2016 incontri del tavolo tecnico regionale in cui sono coinvolti professionisti aziendali.</p> <p>Sono stati costituiti tavoli tecnici riconducibili alle reti di patologie tra cui quello sulla organizzazione della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi <u>laterale amiotrofica che non hanno ancora prodotto documenti condivisi.</u></p>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Adozione del nuovo Piano della Riabilitazione</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Collaborazione con la DCS per la predisposizione del Piano della Riabilitazione.</p> <p>Definizione di una road map aziendale per l'attuazione del Piano.</p>
<p>Azioni e Interventi:</p> <p>Partecipazione agli incontri regionali</p> <p>Definizione di un gruppo di lavoro aziendale per la definizione di un piano operativo.</p>	

<p>Linea 3.1.11 Salute mentale</p> <p>In data 30.05.16 è stato costituito il Gruppo Tecnico Salute Mentale che ha programmato alcuni incontri nel corso dell' incontro per la stesura della bozza del nuovo Piano della Salute Mentale.</p>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Adozione del nuovo Piano della Salute Mentale</p>	<p>Risultato atteso</p> <p>Collaborazione con la DCS per la predisposizione del nuovo Piano della Salute Mentale.</p>
<p>Azioni e Interventi:</p> <p>Partecipazione al tavolo tecnico per l'elaborazione del nuovo Piano della Salute Mentale da sottoporre a Direzione Centrale Salute</p>	

3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

Linea 3.2.1 Tutela della salute della donna	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Consolidare il ruolo dell' ostetrica nel supporto della donna in ogni fascia d'età, anche attraverso l' inserimento della figura all' interno degli istituendi CAP, insieme ai MMG	Ostetrica inserita nel 30% dei CAP istituiti nel 2017
Strutturare i percorsi della gravidanza fisiologica anche con la prescrizione degli esami diagnostici, e quelli successivi al parto, con il ripristino ed il rafforzamento, dove già esistenti, delle visite domiciliari.	Percorsi della gravidanza fisiologica: procedura definita in collaborazione tra le aziende
Nell' ambito dei corsi di preparazione al parto e nei centri nascita veicolare il messaggio dell' importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani	Evidenza della promozione delle vaccinazioni da parte delle ostetriche e delle assistenti sanitarie nei corsi di accompagnamento al parto e puerperio e nei centri nascita

Linea 3.2.2 Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione al progetto cardio50	Partecipazione
Avvio di un progetto di analisi sulla possibilità di attivazione di uno "screening opportunistico" su stili di vita e rischio cardiovascolare globale nelle Aziende sanitarie della Regione, in coordinamento con l'A.I.R. dei MMGG	Evidenza di avvio dell'operatività nei distretti
Avvio a livello aziendale dei gruppi di lavoro per i Percorsi Assistenziali definiti in coerenza con il documento regionale di indirizzo	Evidenza di gruppi di lavoro attivi
Prosecuzione della formazione (tutte le aziende)	5 corsi FAD specifici per gruppi omogenei e 5 corsi residenziali (1 per azienda): la partecipazione del personale sanitario, come definito dal PRP ed in percentuale cumulativa con 2016, deve raggiungere almeno il 9%
Azioni e Interventi: <ul style="list-style-type: none"> - Analisi dei dati registrati nei programmi gestionali in uso dai MMG - Formazione dei gruppi di lavoro per i Percorsi Assistenziali definiti in coerenza con il documento regionale di indirizzo - Prosecuzione della formazione 	
Programmare e realizzare a livello locale per la presa in carico precoce dei soggetti con disturbi d'ansia/depressivi	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Definizione condivisa di un modello per la presa in carico	Applicazione del modello "stepped care" del percorso di cura del paziente depresso

Formazione di mmg e pls.	Percorso formativo realizzato
Azioni e Interventi: Applicazione delle raccomandazioni sul percorso di cura del paziente depresso di cui all' accordo della Conferenza Unificata Stato Regioni 13.11.2014, su sei step e relativi livelli di intervento che vedono, accanto al MMG, la partecipazione del CSM negli ultimi tre (consulenza, assunzione in cura, presa in carico)	

Linea 3.2.3 Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
raggiungere e/o mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 65% per la cervice uterina, al 65% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto	Adesione pari al 65% per la cervice uterina, al 65% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto
garantire il rispetto degli standard di qualità, come previsto dall'Atto d'Intesa del 18 dicembre 2014 della Conferenza Stato-Regioni sul documento recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia".	Adozione formale di un sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di senologia. Rispetto dei requisiti da parte della Aziende
garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati	<ul style="list-style-type: none"> - lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati - centro regionale unico di lettura per lo screening mammografico
garantire la tempestiva refertazione dello screening mammografico e ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento	<ul style="list-style-type: none"> - >90% esami negativi di primo livello refertato entro 15 giorni - percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%
garantire il rispetto dei requisiti definiti dalla regione per i centri di secondo livello per il programma di screening per la cervice uterina	Adozione formale di un sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di secondo livello. Rispetto dei requisiti da parte della aziende
garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica per gli esami di 2° livello di screening	Percentuale di compilazione dei campi fondamentali >=95%
mantenere aggiornate, tramite i distretti, le anagrafi sanitarie verificando assistiti in base ai dati del monitoraggio delle lettere inesitate fatti pervenire dalla Direzione Centrale Salute.	Anagrafe sanitaria aggiornata
Azioni e Interventi: Partecipazione ad incontri e tavoli di lavoro promossi dalla regione Trasmissione periodica ai distretti dei file relativi alle lettere inesitate Monitoraggio periodico degli indicatori di qualità della refertazione della mammografia e della completezza della cartella endoscopica Verifica del rispetto dei requisiti definiti dalla regione per i centri di secondo livello ed eventuale definizione di un piano di adeguamento Mantenimento delle anagrafiche sanitarie aggiornate	

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

Linea 3.2.5 Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Le aziende sanitarie collaborano e sostengono percorsi ed azioni coerenti a diffondere in tutta la Regione il modello di Scuola che promuove la salute, che ha lo scopo di migliorare il successo scolastico e facilitare l'azione in favore della salute.	Almeno il 20% delle 167 scuole della Regione dovranno esser raggiunte dalla proposta di aderire alla rete Scuole che promuovono salute (SHE).
Presentazione e avvio, da parte di tutte le aziende sanitarie, di una progettualità, con il finanziamento dedicato, di per education nelle scuole della regione. Continua la diffusione e implementazione dei progetti riconducibili alle buone pratiche, quali modello What's up, Unplugged, peer education ecc	Aderiscono alla progettazione almeno il 45% delle scuole della regione (almeno 60 scuole raggiunte).
AAS 5: coordina le attività relative al perseguimento degli obiettivi del programma III relativamente all'obiettivo specifico di promozione della cultura della salute e sicurezza in ambito scolastico	Report alla DCS

Linea 3.2.6 Prevenzione delle dipendenze (Programma IV PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Creare un Gruppo di formatori per i docenti delle scuole primarie e secondarie sulle life skills come strumento di prevenzione anche delle dipendenze, attraverso l'organizzazione di un Workshop regionale teorico-pratico	1 workshop formativo Regionale almeno 1 workshop di "trasferimento LS contesto scuola" per azienda almeno 4 operatori formati per Azienda (Prevenzione, Dipendenze e altre strutture interessate)
Formare gli Assistenti sociali degli ambiti territoriali per diffondere gli strumenti di identificazione precoce delle persone vulnerabili al gioco d'azzardo patologico	Almeno 1 corso per Assistenti sociali degli ambiti su ogni territorio Aziendale;
Azioni ed interventi: Individuazione di 4 operatori (Dipartimento di Prevenzione, Dip. Dipendenze, Distretti) da inviare per la formazione regionale Gli operatori formati organizzeranno un workshop locale per il trasferimento nel contesto aziendale	

Linea 3.2.7 Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Avvio di un progetto di attività fisica rivolto alla popolazione adulta da realizzare con il finanziamento dedicato	Presentazione del progetto alla DC e avvio realizzazione
Realizzazione progetti di promozione attività fisica adattata Favorire lo sviluppo di attività di promozione della salute attraverso iniziative volte a incrementare corretti stili di vita, in particolare l'attività fisica (gruppi di cammino, ecc.) e la corretta alimentazione	Almeno 2 iniziative/progetti
Diffusione del catalogo aziendale delle offerte e opportunità di attività fisica presenti sul territorio e aggiornamento dello stesso	Catalogo aziendale pubblicato sul sito aziendale e aggiornato
Azioni ed interventi:	

Linea 3.2.8 Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sensibilizzare alla prevenzione degli incidenti stradali	Iniziative di comunicazione e informazione alla popolazione
Adottare le raccomandazioni regionali per l'invio ad approfondimento neuropsicologico dell'idoneità alla guida	Raccomandazioni adottate e accertamenti eseguiti
Azioni ed interventi: Sviluppo di iniziative di comunicazione e informazione alla popolazione	

Linea 3.2.9 Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Continuare nell'attività di sensibilizzazione della popolazione nella prevenzione degli incidenti domestici	Report congiunto di monitoraggio relativo alle attività previste dal Programma VII PRP inviato alla DCS
Proseguire la rilevazione attraverso la check-list dei rischi nelle abitazioni con analisi dei risultati	Almeno 50 abitazioni valutate
Formazione operatori sanitari e dell'assistenza, con particolare riferimento al personale di assistenza dell'anziano	Almeno 1 evento
Azioni ed interventi: Proseguimento delle attività già avviate nel 2016	

Linea 3.2.10 Miglioramento della qualità nelle attività del dipartimento di prevenzione con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo (Programma VIII PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
SPSAL: partecipare ad azioni di verifica della omogeneità dell'applicazione in ambito regionale delle procedure di vigilanza in edilizia e prosecuzione della diffusione delle stesse ai portatori di interesse	Partecipazione ai lavori del GRE Report elaborato da parte del GRE sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in edilizia in regione. Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro in edilizia
SPSAL: partecipare ad azioni di verifica della omogeneità dell'applicazione in ambito regionale delle procedure di vigilanza in agricoltura e prosecuzione della diffusione delle stesse ai portatori di interesse	Partecipazione ai lavori del GRA Report elaborato da parte del GRA sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in agricoltura in regione.

	Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro in agricoltura
Partecipare ai lavori di stesura di linee guida regionali sulla prevenzione di rischi infettivi nelle attività correlate alle pratiche estetiche e di protocolli operativi sulla uniformità dei controlli	Proposta di linee guida regionali
SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	Almeno 36 auditor ufficiali formati (regionale complessivo)
SPSAL: realizzare un programma di audit mirato alle aziende dei comparti agricolo ed edile con il coinvolgimento dei comitati paritetici e bilaterali	Operatori formati secondo le indicazioni del PRP, Scheda di audit realizzata, Programma di audit realizzato
Partecipare alla revisione della lista dei controlli sulle imprese e alla diffusione del documento ai portatori di interesse	Partecipazione al Gruppo regionale che provvederà alla revisione ed integrazione della Lista regionale dei controlli sulle imprese disponibile sul sito aziendale
Azioni e Interventi:	
<ul style="list-style-type: none"> - Interventi coerenti con gli obiettivi ed i risultati attesi - Redazione e divulgazione attraverso portale web aziendale del Piano di vigilanza annuale in Edilizia - Rilascio del verbale di accesso ispettivo nei cantieri secondo le indicazioni del Gruppo Regionale Edilizia 	

Linea 3.2.11 Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio (Programma IX PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale	<p>5% delle aziende vigilate.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Agricoltura mantenimento dell'attività di vigilanza dell'anno precedente 90 aziende agricole a livello regionale · Edilizia vigilare un numero di cantieri pari al 12% dei cantieri notificati nell'anno precedente <p>(Report di attività alla DCS)</p>
Realizzare almeno un incontro informativo/formativo rivolto ai soggetti della prevenzione operanti nel settore edile e agricolo	Report di attività alla DCS con descrizione evento formativo, numero di operatori formati suddivisi per categoria
Azioni e Interventi:	
Sviluppare un sistema di vigilanza nei cantieri che tenga conto della distribuzione geografica, finalizzato	

all'analisi per fase di sviluppo del cantiere e che ponga attenzione degli aspetti organizzativi della prevenzione.

Sviluppare una azione di sostegno dell'applicazione della normativa regionale sulla prevenzione delle cadute dall'alto (L.R. 24 del 2015) attraverso la realizzazione di 10 interventi finalizzati alla verifica dell'applicazione di tale norma nel territorio di competenza dell'Aas5.

Garantire le attività di vigilanza integrata con la Direzione Territoriale del Lavoro secondo gli accordi pattuiti con la locale direzione

Linea n 3.2.12 Emersione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Realizzare in modo coordinato, 2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione, finalizzati ad una maggiore conoscenza della corretta valutazione dei rischi, al reinserimento dei soggetti patologici e all'appropriatezza e qualità delle segnalazioni di malattia professionale.	2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione a livello regionale (1 a Pordenone)
Partecipare all'avvio dell'applicazione del metodo OCCAM (pag.90 PRP)	Analisi OCCAM su una neoplasia professionale
Proseguire in ogni azienda il programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolge i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici..." del PRP.	- Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale - Offerta di percorsi per smettere di fumare
Realizzazione di un progetto sullo stress lavoro correlato	- Entro dicembre 2017 realizzato il progetto sullo stress lavoro correlato
Azioni e Interventi:	
Realizzazione di 1 corso a Pordenone	

Linea n 3.2.13 Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza (Programma XI PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Alimentare le banche dati Informo e Malprof e coordinarsi per la stesura di un report regionale	Report congiunto di attività inviato alla DCS
Sviluppo di sistemi informativi rivolta alla dematerializzazione delle comunicazioni obbligatorie	a) Informatizzazione delle notifiche ex art.250 e 256 del D.Lgs. 81/08 b) Avvio delle procedure per l'informatizzazione delle notifiche ex art.99 del D.Lgs 81/08
Inviare i dati di attività dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro delle aziende alla regione per trasmissione al comitato interregionale di coordinamento	Dati inviati alla DCS
Monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito database	il 50% delle verifiche effettuate da ogni azienda sanitaria è inserito a data base

Linea n 3.2.14 Ambiente e salute, facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio, secondo il modello della salute in tutte le politiche (Programma XII PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Stesura delle linee di indirizzo regionali sulla VIS (Valutazione di impatto sulla salute per la Pubblica Amministrazione) secondo i contenuti delle "Linee Guida VIS - Tools 4 HIA" attraverso la partecipazione al tavolo tecnico VIS	Adozione linee di indirizzo VIS regionali
Partecipazione attiva al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali " di cui al Decreto n°630/SPS del 12.08.15 finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali;	Evidenza di partecipazione al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali "
Il monitoraggio straordinario delle acque destinate al consumo umano, per le aziende nei cui territorio sono state rilevate criticità	Report sui risultati del monitoraggio
Promozione della sostenibilità e della eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, in relazione al rischio radon anche attraverso iniziative di formazione;	1 corso realizzato a livello regionale per professionisti

Linea n 3.2.14 Ambiente e salute, facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio, secondo il modello della salute in tutte le politiche (Programma XII PRP)	
Promozione del corretto uso della telefonia cellulare attraverso la programmazione di eventi formativi nelle scuole.	Realizzare la formazione in almeno il 50% degli istituti comprensivi
Azioni e Interventi:	
Proposta che l'AAS 5 sia capofila per la stesura delle linee di indirizzo regionali sulla VIS (Valutazione di impatto sulla salute per la Pubblica Amministrazione)	

Linea n 3.2.14 Ambiente e salute, facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio, secondo il modello della salute in tutte le politiche (Programma XII PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<ol style="list-style-type: none"> 1. Raccogliere i dati relativi ai mesoteliomi degli ex esposti e inviare al COR assicurando la trasmissione delle schede ReNaM 2. trasmettere i dati sui soggetti attualmente esposti al CRUA e alla DCS secondo le relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica. 	<ul style="list-style-type: none"> - dati inviati al COR - schede ReNaM trasmesse - i dati sui soggetti attualmente esposti trasmessi al CRUA e alla DCS
Garantire un numero di controlli coerenti con il piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate,	almeno 1 controllo
Realizzare un evento formativo regionale per le imprese e RSPP del settore del legno arredo mirato alla sensibilizzazione degli "end user", anche produttori di articoli, sugli obblighi che fanno loro capo in materia di REACH	1 evento formativo

Linea n 3.2.15 - Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Adottare e applicare le Linee guida regionali per il controllo della tubercolosi e realizzare la formazione degli operatori	<ul style="list-style-type: none"> - Assicurare la partecipazione ad un evento regionale - 1 iniziativa formativa/informativa in ogni Azienda
Garantire l'offerta attiva e gratuita del test HIV, anche in forma anonima, anche ad utenti in	Report aziendale

Linea n 3.2.15 - Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP)	
trattamento per problemi alcol correlati.	
Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate	Miglioramento delle coperture vaccinali come da tabella LEA
Adeguare la progressione dell'offerta vaccinale al nuovo PNPV attraverso la <ul style="list-style-type: none"> - Formazione - Revisione organizzativa - Attività di comunicazione per operatori (MMG, PLS) e utenti Sviluppare un progetto in collaborazione con la PLS per la promozione delle vaccinazioni.	<ul style="list-style-type: none"> - Un corso di formazione sul campo in materia di vaccinazioni in ogni Azienda Sanitaria - Formazione degli operatori dei servizi vaccinali al counselling prevaccinale - offerta attiva garantita per meningococco B - offerta garantita (non attiva) per rotavirus - offerta garantita (non attiva) per herpes zoster (ai 65enni) - evidenza di iniziative di comunicazione
Assicurare procedure uniformi per la gestione dei soggetti inadempienti/esitanti alla vaccinazione	- Adozione formale di protocollo regionale
Offerta vaccinazioni in categorie a rischio	definiti i protocolli aziendali in applicazione ai protocolli regionali
Avvio di un processo di accreditamento dei servizi vaccinali	evidenza di avvio del processo
Garantire la rilevazione delle reazioni avverse a vaccino	Report aziendale inviato alla DCS
Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	indicatori regionali monitorati
Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sulle Infezioni correlate all'assistenza.	PPS effettuata
Effettuare in tutti gli ospedali per acuti la Point Prevalence Survey sul consumo degli antibiotici.	Report aziendale sul consumo di antibiotici
Formazione degli operatori sull'uso appropriato degli antibiotici in ospedale e nelle strutture residenziali per anziani	Almeno 1 iniziativa di formazione
Formazione degli operatori sull'uso appropriato degli antibiotici negli allevamenti industriali	1 evento
Azioni e Interventi:	
Tutte le reazioni avverse sono rilevate come da decreto AIFA.	

Linea n 3.2.16 - Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare settimanalmente i dati di attività	Report mensile
Realizzare in modo coordinato tra le aziende sanitarie almeno un intervento formativo/informativo per la sensibilizzazione di gruppi specifici (tatuatori, estetisti, piercers..) sui problemi correlati alle malattie trasmissibili	1 intervento formativo/informativo
Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	In ogni azienda almeno il 25% di medici prescrittori formati
Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci
In applicazione del Piano generale regionale di risposta alle emergenze, definire e formalizzare l'unità di crisi aziendale	Unità di crisi aziendale formalizzata
Azioni e Interventi:	

Linea n 3.2.17 - Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sviluppare il piano d'azione elaborato da ogni azienda per i propri punti nascita e garantire la partecipazione degli operatori dedicati, al percorso formativo programmato a livello regionale	40% operatori dedicati formati
Monitorare le gare di appalto di PA e Enti già mappate nel 2016 e fornire il proprio contributo nelle gare d'appalto in corso nel 2017 per favorire il maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta	Contributo al 5% delle gare d'appalto di PA e Enti in corso nel 2017
Realizzare corsi di formazione in ogni azienda su stili alimentari salutari per operatori sanitari della prevenzione, delle cure primarie e degli ospedali, anche integrati con le proposte dei programmi I e X	Realizzare un corso di formazione

Linea n 3.2.17 - Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)	
Realizzare un secondo corso di formazione, a valenza regionale con la condivisione e il contributo di tutte le Aziende Sanitarie, rivolto a formatori di GDO, Ristorazione Collettiva e Pubblica sui temi del maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, la dovuta attenzione ai soggetti allergici e intolleranti attraverso la corretta applicazione del Reg.CE 1169/2011	Partecipazione alla realizzazione del corso regionale Report che evidenzi la diffusione dei contenuti nel territorio aziendale

Linea n 3.2.18 - Sicurezza alimentare e di salute e benessere animale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Effettuare il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in BDN.
Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari; a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2016	Come da Prisan regionale VET. Origine Animale): <ul style="list-style-type: none"> - n. 718 interventi ispettivi programmati per il 2017; - n. 18 audit per settore programmati per il 2017 - Campionamento come da PRISAN - n. 55 valutazioni del rischio programmate - n. 10 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni. SIAN: <ul style="list-style-type: none"> - controlli ufficiali 20% - Campionamento come da PRISAN - Valutazione rischio 100% delle attività controllate - N. 6 Audit - n. 10 controlli congiunti Servizio veterinario e SIAN come da Accordo Conferenza Stato Regioni Adesione alle indicazioni regionali.
Attuazione del quarto anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura. Applicazione del nuovo	Aumentare l'informazione e la formazione sul territorio, informando le Aziende dell'allargamento del paniere dei prodotti come da DPRReg 0179-2015

Regolamento con coinvolgimento del Servizio SIAN.	del 01/09/2015. Stesura di una relazione finale di verifica Aziendale indicante il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni eseguite su: <ul style="list-style-type: none"> - carni suine e avicunicole - carni di specie diverse - prodotti lattiero caseari di malga - vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...
Misure di prevenzione su base genetica per l'eradicazione della Scrapie ovina classica, finalizzate all'incremento dell'allele di resistenza della proteina prionica (ARR) nell'intero patrimonio ovino nazionale	Controlli sierologici sui capi destinati alla riproduzione come da quanto previsto nel decreto Ministeriale, al fine di ottenere un patrimonio ovino regionale indenne da Scrapie.
Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.	n. allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale da controllare al fine del mantenimento dell'indennità.
Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015	n. interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PRISAN 2017
Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.	Raggiungimento del 3% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali.
Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.	Effettuare il 100% dei controlli sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.
Applicazione piano vaccinale blue tongue	100% entro 28 febbraio 2017

3.3 ASSISTENZA PRIMARIA

Raccordo con la programmazione precedente

Nel corso del 2016, in base a quanto previsto nell’AIR 2016-2018, sono state attivate le 12 AFT della provincia di Pordenone con l’adesione di tutti i MMG della Provincia. Sono state avviate le attività con i MMG previste negli obiettivi dell’accordo. Sono pervenute 14 domande di adesione alla medicina di gruppo integrata (MGI). Sono stati realizzati lavori di adeguamento di strutture di proprietà della AAS5 per la realizzazione di CAP aziendali. Entro il 31 dicembre verranno attivati 2 CAP (San Vito e Cordenons).

Linea n. 3.3.1 Attuazione accordo per la Medicina generale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1) Avvio delle Nuove medicine di Gruppo in ogni Azienda	1. Sviluppo delle Nuove medicine di gruppo conforme a quanto previsto dalla DGR 39/2016.
2) Sviluppo dei CAP in ogni Azienda	2. In ogni Azienda sono presenti non meno di 4 CAP.
3) Attivazione di programmi di medicina d’iniziativa	3. Evidenza in ciascuna Azienda Sanitaria di effettivo avvio dei programmi nell’ambito della gestione delle patologie croniche; miglioramento del livello degli obiettivi raggiunti per quanto riguarda il diabete previsti dall’AIR di cui alla DGR 39/2016 nel 2017 vs 2015.
4) Revisione procedure dimissione protetta	4. Evidenza di aggiornamento della procedura delle dimissioni protette sulla base delle nuove indicazioni regionali.
Azioni e interventi <ul style="list-style-type: none">- Avvio delle nuove medicine di gruppo- Ricognizione in ogni distretto di tutte le sedi con la presenza di medicina di gruppo ed altre attività sanitarie (consultori, ambulatori) per l’avvio di 2 nuovi CAP (4 presenti in azienda)- Avvio del programma di medicina d’iniziativa come previsto dall’accordo AIR sui “pazienti fragili”- Evidenza di piani miglioramento	
Previsione fabbisogno di personale: 11 IP per AFT 4 IP per CAP 40 ore ostetrica dedicata (30% cap = 1,2 ostetriche) 32 Ore psicologo (complessivamente per tutti i CAP)	

Linea n. 3.3.2 Accreditamento

Raccordo con la Programmazione precedente:

Nel corso del 2016 sono state effettuate le visite per l'accREDITamento istituzionale (giugno 2016). Sono state identificate delle non conformità e definiti una serie di programmi di miglioramento a scadenze diversificate (da 1 a 8 anni).

Le attività svolte nel corso dell'anno sono state orientate alla pianificazione e predisposizione di processi di miglioramento finalizzati a risolvere le non conformità, nei seguenti ambiti:

- Conformità documentazione clinica e cartella clinica
- Riformulazione del Prontuario e smaltimento documenti
- Formazione sui DPI
- Supporto all'anatomia patologia nella risoluzione delle non conformità
- Supporto all'UO di PMA nella risoluzione delle non conformità.

E' stato avviato il percorso per l'accREDITamento all'eccellenza dell'UO di Gastroenterologia.

Obiettivo aziendale:

1. **Partecipazione attiva al programma di accREDITamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti.**
2. **Collaborazione allo sviluppo dell'organismo tecnicamente accREDITante (OTA), costituito da tutti i referenti dell'accREDITamento istituzionale, secondo le direttive dell'Intesa CSR del 19/2/2015 recepita con la DGR 2220/2015**
3. **L'AAS5 pianificare e avviare le iniziative di miglioramento per il raggiungimento delle standard dove individuate non conformità**

Risultato atteso:

- Mantenimento della messa a disposizione dei valutatori per i sopralluoghi di accREDITamento per almeno 20 giornate;
- partecipazione alle attività regionali (OTA)
- Definizione e avvio di un programma pluriennale per il raggiungimento degli standard

Azioni e Interventi:

Per il 2017, in accordo con la legge di riordino del SSR 17/2014, è previsto l'avvio al processo di accREDITamento delle strutture intermedie pubbliche e private con particolare riferimento a RSA, Hospice, riabilitazione funzionale per minori con disturbi neuro-psichici, ospedali di comunità, strutture private per le dipendenze.

Realizzazione delle iniziative previste nel programma volte al raggiungimento degli standard previsti

Linea 3.3.2 Accreditemento	
Progetto aziendale	
Raccordo con la Programmazione precedente:	
<p>Nel corso del 2016, il Coordinamento sociosanitario ha partecipato direttamente all'elaborazione del testo e manuale (di imminente pubblicazione) della Norma Uni 11010 per la definizione dei requisiti (standard) dei servizi per l'abitare e i servizi per l'inclusione sociale delle persone con disabilità.</p>	
Obiettivo aziendale	Risultati attesi:
L'AAS5 sperimenta nei servizi per persone con disabilità le norme UNI 11010 per la definizione dei requisiti (standard) dei servizi per l'abitare e i servizi per l'inclusione sociale delle persone con disabilità.	<ul style="list-style-type: none"> - La norma UNI 11010 viene sperimentata nei servizi per l'abitare dei servizi per la disabilità dell'AAS5
Azioni ed interventi:	
<ul style="list-style-type: none"> - Realizzazione di un percorso di formazione sulla Norma Uni 11010 promosso dal Coordinamento sociosanitario 	
Indicatori:	
<ul style="list-style-type: none"> - Numero servizi oggetto della sperimentazione - Inserimento della Norma Uni 11010 nei sistemi di affidamento per l'abitare sociale per persone con disabilità 	

Linea n. 3.3.3 Odontoiatria sociale	
<u>Raccordo con la programmazione precedente</u>	
<p>Il 2 novembre 2016 presso la SC di Chirurgia Maxillo Facciale e Odontostomatologia del PO di Pordenone è stato avviato il Pronto Soccorso Odontoiatrico, attività dal lunedì al venerdì, dalle 9.00 alle 16.00.</p> <p>Sono state, inoltre, definite le sedi distrettuali presso le quali sarà svolta l'attività di ortodonzia in età pediatrica e di protesica nell'anziano (Porcia provvisoriamente e successivamente San Vito per minori; Azzano X per >65 anni).</p> <p>È stato avviato il piano di acquisizione delle attrezzature e del materiale necessario per la completa implementazione del progetto.</p>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Aumento delle prestazioni LEA erogate raggiungendo la media aziendale di almeno 1,5 prestazioni/ora per odontoiatra	1. Incremento del 20% delle prestazioni LEA erogate nel 2015
2. Prestazioni non LEA erogate	2. N. 50 casi di terapia ortodontica e n. 200 protesi totali

3. Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche	3. Percentuale non superiore al 50% del totale delle prestazioni erogate (sono escluse le visite del pronto soccorso odontostomatologico)
4. Razionalizzazione dell'offerta nel distretto sud	4. Recupero delle risorse dall'ambulatorio distrettuale di Prata per il potenziamento delle altre sedi

Azioni ed interventi:

L'azienda garantisce la collaborazione al Coordinatore della rete odontoiatrica regionale per il completamento del programma di odontoiatria sociale.

In particolare la collaborazione sarà finalizzata a:

- Attivare la cartella clinica elettronica condivisa
- Adottare gli atti organizzativi che permettano un reale coordinamento dell'offerta odontoiatrica aziendale anche mediante uniformazione delle regole degli ambulatori distrettuali ed ospedalieri
- Semplificare e razionalizzare materiali e strumentazioni utilizzate
- Adeguare i protocolli clinici ed amministrativi

Linea n. 3.3.4 Cure palliative e terapia del dolore	
<u>Raccordo con la programmazione precedente</u>	
<p>a. Rete cure palliative e terapia del dolore dell'adulto A livello aziendale è attiva la rete per le cure palliative dell'adulto, che assicura le attività in hospice ed in tutti i distretti aziendali in raccordo con il Servizio Infermieristico domiciliare.</p> <p>Con delibera n. 397 del 1/12/2009 è stato avviato il "Programma Aziendale Rete delle Cure Palliative Domiciliari di Area Vasta."</p> <p>Con delibera n. 328 del 14/10/2014 è stato adottato il protocollo della "Rete delle Cure Palliative Domiciliari di Area Vasta" e confermato il Responsabile del Programma.</p> <p>Al 7/12/2016 i pazienti presi in carico risultano 520 e le visite domiciliari effettuate 2767; i decessi i tra i pazienti seguiti a domicilio sono stati 96, quelli avvenuti in hospice 81 e 44 quelli in RSA e SIP.</p>	
<p>b. Rete cure palliative e terapia del dolore in età pediatrica Si rinvia alla specifica scheda</p>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<p>1. Prosecuzione delle attività della rete locale per le cure palliative</p> <p>2. Istituzione/potenziamento degli hub e spoke della rete locale per la terapia del dolore dell'età adulta</p> <p>3. ASSISTENZA H12 7 su 7: sono garantite Cure Palliative domiciliari 5 giorni su 7, dalle 9 alle 17, attraverso l'erogazione diretta degli operatori dell'équipe e con reperibilità medico 7 giorni su 7 dalle 8 alle 20 (consulenza telefonica agli assistiti e/o ai Medici dei servizi di continuità assistenziale)</p> <p>4. TEMPISTICA DI PRESA IN CARICO MALATI ONCOLOGICI DECEDUTI: Suddividere il numero di malati oncologici deceduti in base al tempo intercorso tra il momento della segnalazione e la presa in carico. Entro 1 giorno dalla segnalazione/Tra 1 e 2 giorni dalla segnalazione/Tra 2 e 3 giorni dalla segnalazione/Oltre 3 giorni dalla segnalazione/Momento della segnalazione non noto.</p>	<p>1. Mantenimento dell'attività</p> <p>2. Attivare il centro hub di terapia del dolore e negli altri ospedali attivare i centri spoke secondo le indicazioni della DGR 165/2016 che ne ha definito le caratteristiche e i requisiti.</p> <p>3. Assistenza garantita h12 7 giorni su 7</p> <p>4. La sommatoria dei malati presi in carico entro 1 giorno, entro 2 giorni ed entro 3 giorni deve essere superiore o uguale all'80%</p>

<p>5. CIA (coefficiente di intensità assistenziale) dell'assistenza domiciliare a favore dei pazienti terminali presi in carico dalla rete delle cure palliative</p> <p>6. Percentuale di malati oncologici deceduti fuori dall'ospedale</p> <p>7. attivazione del monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali</p> <p>8. Attivazione di almeno una campagna informativa sulle reti delle cure palliative e della terapia del dolore da realizzarsi con finanziamento della LR 10/2011 in ciascuna Azienda</p> <p>9. Attivazione di presa in carico dei malati oncologici in "fase avanzata" con supporto psico-relazionale individuale e della famiglia.</p>	<p>5. superiore o uguale a 0,5</p> <p>6. uguale o superiore al 50%</p> <p>7. trasmissione report alla direzione centrale salute</p> <p>8. Campagna informativa realizzata</p> <p>9. Almeno il 20% dei pazienti presi in carico con supporto psico-relazionale individuale e delle famiglie</p>
<p>Azioni ed interventi:</p> <p>Realizzazione delle attività.</p> <p>Attivazione centri terapia del dolore</p> <p>Realizzazione campagna informativa</p>	

Linea n. 3.3.5 Superamento della contenzione

Raccordo con la programmazione precedente

Il problema della contenzione nelle strutture sanitarie e socio sanitarie è stato affrontato nel corso di una serie di incontri organizzati a livello aziendale. Dati raccolti in alcune strutture convenzionate evidenziano una percentuale di pazienti in varie forme di contenzione pari al 60%.

Obiettivo aziendale:

Risultato atteso:

1. Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016

1. Costituzione di una commissione multidisciplinare e multi professionale per l'eliminazione della contenzione.

Almeno un incontro del gruppo di lavoro multidisciplinare per l'analisi ed il recepimento del DGR n.1904/2016

Costituzione di una commissione tecnica aziendale multi-professionale e multi-disciplinare

2. Prevenzione delle situazioni assistenziali difficili caratterizzate da:

- comportamenti aggressivi
- non adesione al trattamento
- volontà di allontanamento della persona destinataria di cure inderogabili.

Report di mappatura, monitoraggio e analisi del fenomeno della contenzione (primo trimestre 2017 T0; ultimo trimestre 2017 T1) in tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali e tre aree ospedaliere (medicina, chirurgia e ortopedia) almeno nel 30 % delle persone ospiti/accolte secondo quanto disposto nella DGR 1904/2016

Azioni ed interventi:

1. Recepimento ed attuazione DGR n.1904/2016 (Raccomandazione per il superamento della contenzione)

Individuazione membri rappresentativi delle diverse discipline e professionalità per la costituzione della commissione/gruppo di lavoro AAS5 .

Costituzione di una commissione tecnica aziendale multi-professionale e multi-disciplinare.

2. Incontri a carattere seminariale multidisciplinari e multi professionali finalizzati all'individuazione e condivisione di modalità, tempistica e strategie di cura e di contesto per l'eliminazione della contenzione.

Mappatura, monitoraggio e analisi del fenomeno della contenzione in tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali e tre aree ospedaliere (medicina, chirurgia e ortopedia) nel 30 % delle persone ospiti/accolte

Linea n. 3.3.6 Riabilitazione

Raccordo con la programmazione precedente

Nel corso del 2017 proseguiranno le azioni di consolidamento e sviluppo della rete dei servizi di riabilitazione indicate dai documenti di programmazione regionale.

Con l'applicazione degli standard previsti dalla nuova riforma è previsto un aumento considerevole dei posti letto di riabilitazione, sia ospedalieri che territoriali. Con la DGR n. 817/2016 sono stati approvati gli standard qualificanti le RSA riabilitative. Alle Aziende Sanitarie è richiesto di completare entro il 2017 il processo di riqualificazione dei posti letto di RSA pubblici e privati che entreranno a far parte della rete di riabilitazione estensiva extra ospedaliera.

Degenze riabilitative. Relativamente alla dotazione di posti letto di degenza riabilitativa intensiva nel 2016 risultavano attivi 15 posti letto presso l'ospedale di Pordenone e 4 posti letto presso l'ospedale di Spilimbergo.

L'individuazione e attivazione di ulteriori pl di riabilitazione sarà subordinata al monitoraggio sull'utilizzo dei pl attivati in esito all'attività del nucleo controlli aziendale, all'attivazione delle degenze di riabilitazione estensiva presso il Policlinico San Giorgio e alle indicazioni regionali sull'appropriatezza dei ricoveri riabilitativi previsti dal Patto per la Salute 2014-2016.

Residenze intermedie. Con l'aggiudicazione della gara per l'esternalizzazione del personale assistenziale di tre delle RSA aziendali sono stati parzialmente recepite le indicazioni regionali. Andrà completata la valutazione dell'impatto degli standard regionali per l'accreditamento relativi ai moduli riabilitativi (DGR 817/2016) e predisposto un piano di adeguamento anche tenendo conto della natura sperimentale della rete delle strutture intermedie e del modello organizzativo della SIP di Sacile.

Riabilitazione cardio-pneumologica presso il presidio di Sacile. L'attività è stata avviata in forma ambulatoriale da febbraio 2016; sono in corso le azioni propedeutiche all'acquisizione di personale già formato da impiegare nell'attività tramite ricorso all'istituto della mobilità esterna.

Piano regionale della riabilitazione. Non si sono svolti nel 2016 incontri del tavolo tecnico regionale in cui sono coinvolti professionisti aziendali.

Sono stati costituiti tavoli tecnici riconducibili alle reti di patologie tra cui quello sulla organizzazione della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica che non hanno ancora prodotto documenti condivisi.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Attivazione a livello aziendale della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica	1. E' attivato un gruppo integrato neuromuscolare (GIN) con la finalità della presa in carico della persona con malattia neuromuscolare nell'ambito territoriale di competenza.
2. Attivazione a livello aziendale del PDTA per la sclerosi multipla entro la seconda metà del 2017.	2. Entro il 2017 i pazienti con sclerosi multipla sono presi in carico con le modalità previste dal percorso assistenziale
3. Formazione personale	3. Formazione di 15 IP e 10 FT per riabilitazione cardiopneumologica domiciliare

Azioni ed interventi:

- Valutazione aumento dei posti letto ospedalieri di riabilitazione allo 0,3 per 1.000 abitanti, tenendo conto della DGR n. 2673 del 30 dicembre 2014
- Consolidamento della rete di posti letto di Riabilitazione estensiva extra-ospedalieri come da DGR 2151/2015 (analisi scostamento in eccesso o in difetto dei posti letto dell'assistenza primaria -> hospice, SUAP, RSA e riabilitazione estensiva)
- Rinforzo dell'assistenza primaria, in particolare per consolidare setting assistenziali che privilegino l'assistenza delle malattie croniche fuori dall'ospedale, con percorsi integrati e innovativi di presa in carico attraverso il MMG, gli specialisti e altri operatori socio-sanitari.
- Completamento del processo di verifica e accreditamento delle strutture intermedie pubbliche e private ed in particolare delle RSA, Hospice, strutture di riabilitazione funzionale per minori con disturbi neuropsichici e ospedali di comunità (obiettivo contenuto nella linea Accreditamento 3.3.2)
- Consolidamento attività di riabilitazione cardiopneumologica e formazione di infermieri e fisioterapisti distrettuali finalizzata gestione dell'ossigenoterapia domiciliare e alla riabilitazione respiratoria ambulatoriale e domiciliare
- Sviluppo di un progetto di fattibilità per la riabilitazione in acqua in collaborazione con il Comune di Maniago.

Linea n. 3.3.7 Assistenza domiciliare	
<u>Raccordo con la programmazione precedente</u>	
<p>Nel corso del 2016 sono stati incrementati il numero di utenti presi in carico dal servizio infermieristico domiciliare. In particolare l'incremento di attività è stato assicurato nei confronti di persone con età superiore ai 65 anni valutati con VMD Valgraf e con il Piano assistenziale.</p> <p>L'indicatore dell'assistenza domiciliare definito dal Ministero della Salute è l'ICA (indice di complessità assistenziale), con un valore soglia a livello nazionale > 1,8%.</p>	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Incrementare il numero di pazienti presi in carico in Assistenza Domiciliare con documentazione completa e accessi >= 1 settimana.	ICA valore \geq a 2,3% popolazione > 65 anni (secondo nuova griglia LEA)
<p>Azioni ed interventi:</p> <p>Analisi delle modalità operative in essere per la valutazione dei casi e inserimento dei dati di attività domiciliare.</p>	

Linea n. 3.3.8 Salute mentale	
<u>Raccordo con la programmazione precedente</u>	
<p>In data 30.05.16 è stato costituito il Gruppo Tecnico Salute Mentale che ha programmato alcuni incontri nel corso dell'incontro per la stesura della bozza del nuovo Piano della Salute Mentale.</p>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Adozione del nuovo Piano della Salute Mentale	Collaborazione con la DCS per l'elaborazione del Piano d'azione regionale per la Salute Mentale.
Informatizzazione dei dati relativi alle attività dei servizi di salute mentale (età adulta ed età evolutiva)	Implementazione e adozione del nuovo gestionale regionale (ancora non disponibile)
<p>Azioni e interventi</p> <p>Partecipazione al tavolo tecnico per l'elaborazione del nuovo Piano della Salute Mentale da sottoporre a Direzione Centrale Salute</p>	

Linea n. 3.3.9 Disturbi del comportamento alimentare**Raccordo con la programmazione precedente**

Il 04.10.2016 presso la Direzione Generale si è svolto un incontro con la partecipazione del DSM, delle Pediatrie, della NPI e del Coordinamento Socio-Sanitario finalizzato alla condivisione di un progetto riorganizzativo del servizio.

Obiettivo Aziendale

- 1. Partecipazione dei referenti aziendali individuati al Tavolo tecnico salute mentale**

DCA

- 1 Partecipazione e collaborazione attiva al Tavolo tecnico regionale DCA**

- 2 IRCCS Burlo Garofolo e ASUIUD attivano la funzione di osservatorio epidemiologico per i DCA, in collaborazione con la Direzione Centrale Salute, i DSM e i servizi per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, come definito dal Decreto 1200/2013;**

- 3 Consolidamento della rete di offerta con l'attività a regime degli ambulatori dedicati e dei centri diurni per l'età adulta e per l'età evolutiva.**

- 4 Formazione specifica degli operatori**

Risultato atteso

- 1 I referenti regionali individuati hanno partecipato all'80% degli incontri

DCA

- 1 I referenti regionali individuati hanno partecipato all'80% degli incontri
Gli Osservatori epidemiologici DCA predispongono un report sull'attività 2017 della rete sulla base di indicazioni della Direzione.

2. Riorganizzazione del CDA di S. Vito ed individuazione del responsabile

- 3 Evidenza documentale di un percorso aziendale strutturato per l'intervento semiresidenziale

- 4 Evidenza di corsi formativi

Azioni e interventi

- Partecipazione dei referenti aziendali al Tavolo tecnico regionale DCA
- Protocollo per presa in carico ed inserimento in strutture semiresidenziali con differenziazione dei percorsi di assistenza a seconda dei livelli di gravità
- Definizione di un protocollo per l'intercettazione precoce e presa in carico dei DCA (età adulta ed età evolutiva)

Linea n. 3.3.10 Salute mentale in età evolutiva

Raccordo con la programmazione precedente

Nel corso del 2016 sono stati realizzati una serie di incontri del gruppo di coordinamento per la progettazione e realizzazione dell'obiettivo (26.05.2016 a San Vito). È stato realizzato un progetto di formazione sul campo che ha coinvolto due gruppi di operatori della NPI e del DSM, che si è svolto presso il distretto urbano e quello sud-est (5 incontri per ognuno dei due gruppi).

Il 7.12.2016 si è svolto un evento formativo sulle problematiche dell'adolescenza con il gruppo "Il Minotauro" aperto agli operatori della NPI, DD, Consultorio di tutta la Regione.

Obiettivo aziendale

Salute mentale in età evolutiva

Risultato atteso

Collaborazione con la DCS per la formazione della rete regionale dei servizi di salute mentale per l'età evolutiva.

Proseguimento nel rinforzo dei servizi di salute mentale per l'età evolutiva come previsto dalla DGR n.1671/09.09.2016 (assunzioni in deroga)

Azioni e interventi

1. Partecipazione agli incontri regionali
2. Organizzazione dell'"area disturbi comportamentali in adolescenza" e avvio della SSD "Riabilitazione, adolescenza, disabili" (prevista nell'atto aziendale) e definizione dei rapporti con il CDA

Linea n. 3.3.11 Autismo

Raccordo con la programmazione precedente

Con DGR n.623 del 2/4/2015, la Regione ha incluso la Fondazione “Bambini e Autismo” nell’elenco delle strutture private censite nel Piano Regionale della Riabilitazione e/o erogatrici di prestazioni di riabilitazione funzionale per le disabilità fisiche, psichiche e sensoriali.

Nelle more della conclusione dei procedimenti di accreditamento, l’Azienda ha approvato (decreto del Direttore Generale n.466 del 13/8/2015) l’accordo con la Fondazione “Bambini e Autismo” per l’attuazione degli interventi riabilitativi erogati a favore di soggetti, residenti nel territorio della provincia di Pordenone, affetti da autismo e altri disturbi generalizzati dello sviluppo.

Obiettivo Aziendale

- 1. Partecipazione dei referenti individuati delle NPI al tavolo tecnico regionale in tema di salute mentale**
- 2. Implementazione del percorso diagnostico assistenziale per il minore affetto da disturbi dello spettro autistico**

Risultato atteso

1. I referenti individuati hanno partecipato all’80% degli incontri regionali organizzati
2. Numero corsi (Early Start Denver Model) e numero operatori formati in tema di gestione del minore con disturbi dello spettro autistico
3. Costituzione di un’equipe integrata dedicata alle persone affette da disturbi comportamentali in disabilità intellettiva e dello spettro autistico.

Azioni e interventi

1. Partecipazione dei referenti aziendali al Tavolo tecnico regionale in tema di autismo e salute mentale
2. Stesura protocollo (definito congiuntamente tra professionisti e associazioni) per la presa in carico delle persone adulte con autismo e per gli inserimenti in strutture specialistiche
3. Partecipazione ai corsi regionali in tema di gestione del minore con disturbi dello spettro autistico
4. L’equipe, anche integrata con le risorse messe a disposizione per gli effetti della DGR 1671/16, sviluppa percorsi di valutazione, accompagnamento, formazione degli operatori dei vari servizi coinvolti.

Linea n. 3.3.12 Consulteri familiari	
Obiettivo Aziendale 1. Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio. 2. Promozione della salute della donna in età post-fertile	Risultato atteso 1. Attivazione del servizio. 2. Evidenza di interventi a favore della salute della donna in età post-fertile
Azioni e interventi Offerta attiva della visita domiciliare alle donne che partoriscono nei Punto Nascita dell'AAS 5. Realizzazione di almeno 1 incontro per Distretto sul tema della salute della donna in età post-fertile Ostetriche monitorizzano gravidanza fisiologica : obiettivo della linea 3.4.4. Materno-infantile Inserimento ostetrica all'interno del CAP: Linea 3.2.1. Monitoraggio gravidanza fisiologica : Linea 3.2.1 Veicolare messaggio importanza vaccinazione infantile e adozione stili di vita sani: Linea 3.2.1	

Linea n. 3.3.13 Diabete	
Nel mese di ottobre 2016 si sono svolti due incontri (rispettivamente a Palmanova e a Monfalcone) in cui sono stati formati i formatori il cui compito sarà quello di organizzare 2 eventi a livello Aziendale entro marzo 2017. L'obiettivo degli eventi è quello di formare i MMG ed il personale infermieristico sul Progetto di Assistenza alla Persona con Diabete i cui contenuti sono declinati nel Documento di Indirizzo Regionale. Indicatore sarà il numero di MMG e di operatori sanitari che parteciperanno agli eventi/MMG e Operatori sanitari dell'AAS5 che si occupano di diabete nell'assistenza primaria.	
Obiettivo Aziendale 1. Le Aziende organizzeranno corsi di formazione per garantire l'applicazione del <i>"Documento di indirizzo regionale sull'Assistenza alla Persona con Diabete"</i>	Risultato atteso 1. Evidenza attuazione dei corsi a livello aziendale rivolti ai MMG e agli operatori dei distretti che si occupano di diabete nell'assistenza primaria.
Azioni e interventi Organizzazione a livello aziendale di 2 eventi formativi entro marzo 2017.	

Linea n. 3.3.14 Sanità penitenziaria

Raccordo con la programmazione precedente

Nell'aprile 2014 è stato sottoscritto un protocollo di intesa tra regione autonoma FVG e il Provveditorato regionale della Amministrazione Penitenziaria di Veneto Trentino AA, FVG relativo alla definizione di forme di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario per l'erogazione della assistenza sanitaria a favore dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari della regione FVG ed indicazione per la definizione dei protocolli locali.

Nel 2016 è stato deliberato e sottoscritto il Protocollo operativo locale triennale con la Casa Circondariale di Pordenone (Decreto n. 377 del 29/06/2016), ove viene precisata la necessità di una valutazione specialistica nei confronti del detenuto a rischio suicidario o autolesivo.

È stata inoltre garantita la partecipazione alle sedute dell'Osservatorio regionale permanente della sanità penitenziaria e ai relativi gruppi di lavoro (istituzione del gruppo tecnico regionale per la prevenzione del suicidio e dei gesti autolesivi in carcere il 12/12/2016).

Obiettivo Aziendale

- 1. A seguito dei lavori del Gruppo tecnico regionale le Aziende elaborano programmi per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere.**

Risultato atteso

1. Programmi aziendali per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere entro il 2017.

Azioni e interventi

1. Individuazione formale dei referenti aziendali (un referente per il DSM è già attivo)
2. Partecipazione dei referenti al Tavolo Tecnico regionale
3. Stesura di un programma per la prevenzione del rischio auto-lesivo e suicidario
4. Partecipazione agli incontri dell'Osservatorio regionale permanente della sanità penitenziaria.

Linea n. 3.3.15 Ospedali psichiatrici giudiziari

Raccordo con la programmazione precedente

Nel 2015 è stata attivata e resa operativa la Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) e con decreto n. 300 del 21/5/2015 è stato approvato il regolamento della REMS presso la comunità Residenziale di Via Colle in Maniago.

E' stato dato avvio alla progettazione della struttura Nell'ottobre 2016 è stato consegnato in Direzione Centrale il progetto "nuova REMS/ CSM 24h di Maniago".

Con decreto 348 del 17.06.2016 è stata attribuita al responsabile della SS del DSM di Spilimbergo tra le altre la funzione di gestione della REMS di Maniago.

Obiettivo aziendale

REMS di Maniago

Risultato atteso:

Attivazione di percorsi personalizzati per gli utenti inseriti nella REMS.

Azioni e interventi

Definizione del modello che vede la integrazione tra REMS e CSM 24 h di Maniago
Affidamento dei lavori secondo il progetto ed inizio degli stessi per la REMS definitiva
Mantenimento dell'attività.

Linea n. 3.3.16 Dipendenze

Raccordo con la programmazione precedente

Nel 2016 sono state mantenute le attività di raccordo a livello regionale per la predisposizione di indicatori di outcome.

Nel 2016 sono stati sviluppati meccanismi operativi per il contenimento della spesa per le comunità terapeutiche extraregionali, attraverso una collaborazione tra DSM, Dipartimento delle Dipendenze e Neuropsichiatria Infantile.

Sono inoltre consolidate le azioni per la costruzione di percorsi alternativi alla pena con la formulazione di programmi terapeutici personalizzati e sono continuati i confronti sugli strumenti terapeutico-riabilitativi a livello regionale.

Obiettivo Aziendale

- 1. Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.**
- 2. Partecipazione alla realizzazione di un workshop regionale, in collaborazione con il terzo settore sui trattamenti alcolici.**
- 3. Promuovere e aumentare il numero di programmi terapeutico riabilitativi in**

Risultato atteso

1. Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze.
Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio.
2. Partecipazione di almeno il 70% del personale dei servizi per le dipendenze dedicati al trattamento alcolologico al workshop regionale.
3. Partecipazione alla realizzazione di una formazione a valenza regionale sulle misure

<p>misura alternativa alla detenzione per detenuti con dipendenza patologica e di messe alla prova.</p> <p>4. Partecipazione ai tavoli di monitoraggio sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.</p> <p>5. Produzione di almeno 3 indicatori di outcome.</p>	<p>alternative e messe alla prova.</p> <p>Aumento delle misure alternative e messe alla prova (2017 vs 2016).</p> <p>4. Individuazione di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.</p> <p>5. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome.</p>
<p>Azioni e interventi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Partecipazione agli incontri periodici previsti ed azioni per il corretto inserimento dei dati nel sistema per i flussi informativi. 2. Promozione di incontri periodici regolari con le ACAT territoriali per favorire la costruzione del sistema algologico territoriale e per contribuire alla realizzazione del workshop regionale. Prevista, inoltre, la sensibilizzazione del personale che si occupa di problemi alcol correlati alla partecipazione al workshop di cui sopra. 3. Individuazione per ogni soggetto in detenzione carceraria di un programma terapeutico personalizzato allo scopo di favorire un percorso fuori dal carcere. Verrà inoltre favorita la partecipazione alla formazione regionale sul tema. 4. Le Assistenti sociali del dipartimento parteciperanno agli incontri regionali per il monitoraggio degli strumenti terapeutici. Inoltre saranno individuati almeno 3 indicatori di outcome per la valutazione degli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale. 5. Applicazione degli indicatori di outcome già identificati (drop out, astinenza dal fumo, eventi sentinella) per la valutazione degli esiti dei trattamenti. 	

Linea n. 3.3.17 Privacy	
Obiettivo aziendale Fascicolo sanitario elettronico (FSE) Attivazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE).	Risultato atteso: Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
Azioni e interventi Viene garantita la partecipazione ai tavoli regionali Incremento nella raccolta del consenso	

Linea n. 3.3.18 Continuità assistenziale 116-117	
Obiettivo aziendale Attivazione della linea telefonica dedicata. Sostegno alla continuità assistenziale.	Risultato atteso: Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale Organizzazione con risorse infermieristiche della continuità assistenziale dei pazienti in cura/assistenza domiciliare, coerentemente con l'Accordo Stato - Regioni.
Azioni e interventi Viene garantita la partecipazione ai tavoli regionali	

Linea n. 3.3.19 Sperimentazione di assistenza infermieristica di comunità in aree urbane	
Obiettivo aziendale Migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari delle fasce più deboli della popolazione	Risultato atteso: Sperimentare in aree urbane l'utilizzo di personale infermieristico per lo svolgimento di attività di salute comunitaria e per favorire una migliore accessibilità ai servizi per le fasce più deboli.
Azioni e interventi Avviare un'area infermieristica di comunità nella città di Pordenone	

3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALI

Linea 3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti	
<u>Raccordo con la programmazione precedente</u>	
<p><u>Cuore</u> L'indicatore previsto dalle LL.GG. - il tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni) - nella provincia di Pordenone la stima 2016 è di 223,11 vs 167,88 (anno 2015). Valore medio regionale 2015 di 208,26 – fonte Bersaglio (obiettivo al di sotto il valore di 210 per 100.000 abitanti).</p> <p><u>Rene</u> I pazienti in emodialisi, al 30/6/2016, rappresentano il 44% del totale dei pazienti in terapia sostitutiva (trapiantati, emodializzati, dialisi peritoneale).</p> <p><u>Pancreas</u> L'indicatore previsto dalle LL.GG. – il tasso di amputazioni maggiori per diabete per milioni di residenti previsto, a livello aziendale, per l'anno 2016 è del 26,56 vs 32,93 (anno 2015). Valore medio regionale 2015 di 29,39 – fonte Bersaglio (obiettivo al di sotto il valore di 30 per 1.000.000 abitanti).</p> <p><u>Polmone</u> L'indicatore previsto dalle LL.GG. - il tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni) - la stima 2016 è 61,03 vs 34,39(anno 2015). Valore medio regionale 2015 di 65,84 – fonte Bersaglio (obiettivo al di sotto il valore di 60 per 100.000 abitanti).</p> <p><u>Occhi</u> Nel Presidio di Pordenone, la stima per l'anno 2016, è 75 trapianti di cornea.</p>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<u>Cuore</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Partecipazione al tavolo regionale per la predisposizione di almeno 2 percorsi assistenziali a valenza regionale (VAD e ECMO). 2. Riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni < 210.
<u>Rene</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantenimento dei pazienti in emodialisi al di sotto del 46% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale). 2. Potenziamento del programma Trapianti di rene con riduzione dei Tempi di iscrizione in lista (differenza tra inserimento in donor manager T3 e raccolta del consenso all'avvio dell'iter per l'inserimento in lista T0 < 10 mesi almeno nel 75% dei casi che hanno dato il consenso)
<u>Fegato</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali a valenza regionale dei quali almeno uno che riguarda i pazienti trapiantati.

<p><u>Pancreas</u></p> <p><u>Polmone</u></p> <p><u>Occhi</u></p> <p><u>Donazione d'organi</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Individuazione e segnalazione pazienti per la iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD, di almeno 13 pazienti nell'anno 2017. 1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione della filiera <i>pancreas</i> della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti. 2. Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo al di sotto di 30 casi per milione di residenti. 1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione della filiera <i>polmone</i> della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti. 2. Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo al di sotto del 60 per 100.000 residenti di 50-74 anni. 3. Formazione di 3 infermieri per ogni distretto sanitario per la gestione integrata con le Pneumologie di riferimento dell'ossigenoterapia domiciliare 4. Formazione di 2 fisioterapisti per distretto, da parte delle Pneumologie di riferimento, finalizzata alla riabilitazione respiratoria ambulatoriale e domiciliare 1. Mantenimento dei volumi di donazione cornee 2. Aumento del numero di trapianti di cornea 1. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione del protocollo per prelievo d'organi da paziente con accertamento del decesso con criteri cardiologici. 2. Partecipazione al tavolo regionale per la formalizzazione del protocollo per la donazione multi-tessuto esistente.
<p>Azioni e Interventi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione ai tavoli di lavoro attivati a livello regionale - Monitoraggio strutturato degli indicatori definiti. 	

Linea 3.4.2. Emergenza urgenza	
<u>Raccordo con la programmazione precedente</u>	
<u>Trauma</u>	
<p>L'indicatore da Piano Nazionale Esiti: Percentuale di pazienti con età > 65 anni con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 48h nei primi 8 mesi del 2016 è stata pari al 81,74% presso l'Ospedale di Pordenone, mentre nell'Ospedale di San Vito/Spilimbergo detta percentuale si attesta al 73,77%.</p>	
<u>Pronto soccorso ed emergenza urgenza</u>	
<p>L'indicatore (Bersaglio C16.2) riguarda la percentuale di pazienti con codice verde visitati entro un'ora. Nei primi 8 mesi del 2016 il dato aziendale è stato del 50,3% vs 57,8% (anno 2015) presso l'Ospedale di Pordenone, mentre nell'Ospedale di San Vito/Spilimbergo detta percentuale si attesta al 74,8% vs 74,1% (anno 2015).</p> <p>L'indicatore (Bersaglio C16.3) riguarda la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza inferiori a 4 ore. Nei primi 8 mesi del 2016 il dato aziendale è stato del 81,5% vs 82,3% (anno 2015) presso l'Ospedale di Pordenone, mentre nell'Ospedale di San Vito/Spilimbergo detta percentuale si attesta al 76,7% vs 75,9% (anno 2015).</p>	
<u>Ictus</u>	
<p>Nell'anno 2016, è stato incrementato il numero di procedure di trombolisi venosa in coerenza all'obiettivo regionale (stima 2016 = 100 vs obiettivo 75).</p>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<u>Ictus</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantenimento dell'attività di trombolisi endovenosa/endoarteriosa a 75 casi/anno presso AAS5 2. Misurazione dei tempi intercorrenti fra <i>allertamento-TAC</i> e <i>TAC-trombolisi venosa</i> (relazione di analisi dei dati 2016 e primo semestre 2017). 3. Presenza nella documentazione clinica informatizzata della scala Barthel Index e della Rankin Scale modificata all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale (almeno l'85% degli episodi di ricovero con DRG 14 o codici ICD-9-CM relativa a: 430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3 (afasia) - periodo di misurazione tutto l'anno 2017). Qualora sia attivo lo strumento informatico, le AAS sono tenute all'uso dello stesso anche ai fini del monitoraggio del dato richiesto,

Linea n. 3.4.3 Reti di patologia	
Obiettivo aziendale Malattie rare Malattie reumatiche	Risultati attesi <ol style="list-style-type: none">1. Produzione entro il 31 dicembre 2017 di almeno 1 percorso assistenziale per eventuali gruppi nosologici attribuiti al PO di Pordenone.2. Implementazione del flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2001 (aggiornamento dati del registro con inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2017) <ol style="list-style-type: none">1. Utilizzo dello strumento informatico che sarà messo a disposizione per il monitoraggio dell'applicazione dei percorsi assistenziali già formalizzati.2. Evidenza, entro il 30 giugno, nel sito aziendale dei medici reumatologi aggregati alle medicine interne e di quelli appartenenti ai servizi.
Azioni ed interventi: Costituzione di un gruppo di lavoro aziendale per la redazione del PDTA malattie rare	

Linea 3.4.4. Materno-infantile	
<u>Raccordo con la programmazione precedente</u>	
<u>Parti con taglio cesareo (indicatore Bersaglio)</u>	
Nei primi 8 mesi 2016: Pordenone 28,2%, San Vito 9,4% (AAS5 = 19,3% vs 14,89% anno 2015).	
Valore medio regionale 2015 pari a 16,38% - fonte Bersaglio (obiettivo al di sotto del 20%).	
<u>Parti indotti</u>	
Nei primi 8 mesi 2016: Pordenone 21,9%, San Vito 21,2% (AAS5 = 21,5% vs 17,86% anno 2015).	
Valore medio regionale 2015 pari a 21,44% - fonte Bersaglio (obiettivo al di sotto del 20%).	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
<u>Gestione gravidanza fisiologica</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Responsabilizzazione diretta delle ostetriche nella gestione del percorso per la gravidanza fisiologica (previa definizione di un protocollo regionale). Monitoraggio del 50% delle gravidanze fisiologiche che accedono al consultorio a partire dalla data di avvio e dalla disponibilità di personale 2. Mantenimento della percentuale dei parti cesarei depurati (NTSV) al di sotto del 20% dei parti totali dei parti depurati (valore medio regionale 2015 pari a 16,38% - fonte Bersaglio). 3. I parti indotti farmacologicamente devono essere ridotti al di sotto del 20% (valore medio regionale 2015 pari a 21,44% - fonte Bersaglio) 4. Redazione di un elenco degli interventi chirurgici pediatrici che, per assicurare adeguati livelli di sicurezza e qualità, è necessario centralizzare in un'unica struttura o far eseguire da una sola equipe chirurgica ed anestesologica dell'IRCCS "Burlo Garofolo" (vedi punto 3.1.4)
<u>Riduzione parti cesarei depurati (NTSV)</u>	
<u>Riduzione parti indotti farmacologicamente</u>	
<u>Chirurgia pediatrica</u>	
Azioni e Interventi:	
Percorsi gravidanza fisiologica (sulla base delle indicazioni del comitato regionale percorso nascita).	
Evidenza promozione vaccinazione e stili di vita nei corsi di accompagnamento a parto e puerperio e nei centri nascita.	
Evidenza attività ostetriche nel monitoraggio gravidanza fisiologica	
Mantenimento delle attuali modalità operative (induzione parto, ricorso al cesareo)	
Partecipazione agli incontri del tavolo regionale.	

Linea 3.4.5. Percorso nascita	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p><u>Sicurezza e appropriatezza percorso nascita</u></p> <p><u>Supporto alle giovani famiglie dopo il parto</u></p>	<p>Risultato atteso</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Attuazione aziendale di quanto previsto nei provvedimenti nazionali e regionali, in termini di miglioramento della qualità, sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita. 2. Partecipazione alle attività del Comitato percorso nascita regionale. 3. Definizione di un documento per la gestione del percorso nascita nella provincia di Pordenone presso erogatori pubblici e privati accreditati. 4. Presa in carico ambulatoriale o domiciliare di almeno il 30% dei nati.
<p>Azioni e Interventi:</p> <p>Revisione, ed elaborazione di nuovi protocolli, procedure, linee guida nell’ambito neonatologico e ostetrico/ ginecologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisione della scheda di valutazione del neonato durante skin to skin - Revisione del protocollo dell’ipoglicemia - Revisione del protocollo percorso nascita - Elaborazione del protocollo gestione travaglio parto fisiologico secondo standard cure amiche delle mamme - Revisione procedure ambulatorio 37 settimana - Integrazione protocollo gestione banca del latte umano donato <p>Partecipazione ai tavoli regionali sulle attività del Comitato percorso nascita</p> <p>Attivazione gruppo di lavoro interaziendale per la stesura e l’applicazione del documento per la gestione del percorso nascita provinciale e l’applicazione del documento.</p>	

Linea 3.4.6 Sangue ed emocomponenti			
Raccordo con la programmazione precedente			
Nel 2015 è stata avviata l'attività trasfusionale extra-ospedaliera, per i pazienti dell'Hospice di San Vito e dell'Ospedale di prossimità di Maniago.			
Nel 2016 è stato accreditato a pieno titolo il Servizio Immunotrasfusionale per tutte le sedi aziendali.			
La % di utilizzo delle sacche nell'anno 2016:			
	Unità Richieste	Unità Consegnate	%
PRES. OSPEDAL.			
PN	17846	7636	42,79
San Vito	2054	1485	72,30
CRO	3563	2475	69,46
Spilimbergo	836	660	78,95
Sacile	303	292	96,37
CCSG	789	373	47,27
TOTALE	25391	12921	50,89
le trasfusioni extra ospedaliere:			
<ul style="list-style-type: none"> • Ospedale di prossimità di Maniago: 03 Richieste trasfusionali per un totale di 04 unità trasfuse • RSA Sacile: 20 Richieste trasfusionali per un totale di 35 Unità trasfuse • Hospice S. Vito: 34 Richieste trasfusionali per un totale di 61 Unità trasfuse 			
Obiettivo aziendale		Risultato atteso	
Contributo all'autosufficienza regionale e nazionale		- Partecipazione alle attività di raccolta sangue e plasma destinato al frazionamento industriale.	
Sicurezza ed appropriatezza trasfusionale		- Partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza trasfusionale.	
		- Mantenimento della attività del Cobus	
Partecipazione al centro unico regionale di produzione degli emocomponenti		- Trasferimento al centro regionale delle funzioni previste	
Azioni e Interventi:			
<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione alle attività regionali - Riorganizzazione delle attività di raccolta in coerenza alle indicazioni del Coordinamento Regionale - Evidenza dell'attività di autovalutazione. 			

Linea 3.4.7. Erogazione livelli di assistenza	
Raccordo con la programmazione precedente	
<u>Tasso di ospedalizzazione</u>	
Stima 2016= 130,32 per mille (anno 2015 = 132,36)	
<u>Ricoveri in Day Hospital medico con finalità diagnostica</u>	
Questo indicatore (Bersaglio) riguarda la percentuale di ricoveri in Day Hospital medico con finalità diagnostica, distinto per gli adulti e per i pediatrici.	
<u>Dati dei primi 8 mesi 2016</u> : 18,34% per gli adulti e 61,48% per i pediatrici.	
La performance aziendale va mantenuta e monitorata in particolare per le procedure pediatriche in radiologia (con mezzo di contrasto) che, come concordato in sede regionale, è opportuno vengano effettuate in regime di dh (così pure per i pazienti disabili).	
<u>Ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni</u>	
L'indicatore riguarda la percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni.	
<u>Dati dei primi 8 mesi 2016</u> : 2,36 % (anno 2015 = 2,37%).	
Valore medio regionale 2015 = 5,23% - fonte Bersaglio.	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Monitoraggio coordinato degli indicatori per valutare efficienza ed efficacia della cure	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riduzione del tasso di ospedalizzazione dal 128,57 ‰ al 125 ‰. 2. Riduzione del numero di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica: < 30% per gli adulti e < 50% per i pediatrici. 3. Mantenimento della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni: < 4%. 4. Recupero di almeno il 25% della fuga extra-regionale di ricovero e di specialistica ambulatoriale rispetto ai dati 2015. 5. Trasmissione alla DCS entro il 30 giugno 2017 dei 3 pacchetti di prestazioni da eseguire in day service ambulatoriali (proposte: scompenso cardiaco, diagnostica e follow up del paziente candidato al trapianto renale, iniezioni intravitreali con farmaci anti VEGF).
Azioni e Interventi	
Incontri e analisi di discussione delle modalità operative in essere per il miglioramento della performance	
Individuazione dei gruppi di lavoro per le proposte dei pacchetti di prestazioni in day service ambulatoriali	

Linea n.3.4.8 Rischio clinico	
Raccordo con la programmazione precedente	
<p>Nel corso del 2016 sono state svolte le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio costante degli indicatori di rischio clinico indicati dalla Regione • Inserimento dei principali indicatori di rischio clinico nella programmazione di budget • Partecipazione alle attività previste a livello regionale finalizzate all'empowerment di cittadini sulle tematiche individuate • Partecipazione al programma regionale poli-farmaco terapia negli ultrasessantacinquenni • Partecipazione alle attività previste dalla Regione relative all' "antimicrobial stewardship" 	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso:
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Attuazione del programma regionale di Rischio Clinico a garanzia di adeguati livelli di sicurezza omogenei sul territorio regionale in continuità con le altre linee di lavoro regionali</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • Evidenza delle attività di rischio clinico nei diversi setting aziendali in coerenza con il Programma Regionale di Rischio Clinico • Partecipazione ai programmi regionali con particolare attenzione alle seguenti linee: <ul style="list-style-type: none"> a) sicurezza del farmaco; b) adozione delle misure di "antimicrobial stewardship" già definite; c) partecipazione alla "Point Prevalence Survey" e diffusione capillare dei risultati; d) adozione di strumenti per la valutazione dello stato nutrizionale del paziente; e) identificazione, coinvolgimento e formazione anche attraverso la partecipazione agli eventi formativi organizzati dalla DCSISPS dei referenti e dei <i>link professional</i> aziendali dei progetti regionali; f) empowerment dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio.
Azioni ed interventi:	
<ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione del monitoraggio degli indicatori individuati a livello regionale • Sviluppo di linee di attività per la continuità tra ospedale e territorio • Partecipazione agli incontri dei gruppi di lavoro regionali • Estensione dell'utilizzo della scheda del rischio da allegare alla lettera di dimissione • Sviluppo delle attività relative all'uso sicuro dei farmaci (Ospedali, RSA) • Partecipazione alle attività dei gruppi di lavoro regionali sulle linee di lavoro individuate • Diffusione ed implementazione dei documenti elaborati dai componenti dei tavoli tecnici. Partecipazione alla "Point Prevalence Survey" e diffusione capillare dei risultati. 	

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

3.5 ASSISTENZA FARMACEUTICA

<p>Linea Assistenza farmaceutica</p> <p><u>Raccordo con la programmazione precedente:</u></p> <p>Si è data diffusione alla reportistica regionale per i MMG ed avviata una reportistica specifica agli specialisti ospedalieri per il monitoraggio di biosimilari, antiepatite e oncologici.</p> <p>Sono stati elaborati specifici indicatori per l'utilizzo dei biosimilari (incremento dell'utilizzo di biosimilari di epoetine e fattori di stimolazione delle colonie per alcune SOC ospedaliere (nefrologia, oncologia e medicine)</p> <p>Sono stati predisposti report specifici per i medicinali a brevetto scaduto in ambito territoriale, come per i biosimilari (monitoraggio, invio di report e riunioni con MMG)</p> <p>E' stata assicurata la partecipazione alle iniziative regionali del 2015 (patologia iatrogena e politerapie).</p>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contenimento della spesa farmaceutica territoriale e appropriatezza prescrittiva e assistenza integrativa - Contenimento della spesa ospedaliera e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo (appropriatezza prescrittiva) 	<p>Risultato atteso</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Individuazione di specifici obiettivi per i prescrittori sia a livello territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) che ospedaliero correlati ad indicatori di risultato da collegare alla programmazione per budget. Effettuazione di un monitoraggio periodico sull'utilizzo delle categorie di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriata favorendo l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia, redigendo un report semestrale con evidenza delle azioni intraprese nel corso del primo e secondo semestre da inviare alla DCS sia con riferimento alle iniziative di audit e feedback che alle iniziative più significative adottate (in particolare oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, biosimilari). 2. Nell'ambito della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo, definizione di idonei percorsi che consentano la verifica dell'appropriatezza d'uso anche da parte delle AAS e ASUI di residenza del paziente. 3. In ambito territoriale la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS) e riportati nella Tabella n. 1 delle Linee per la gestione del SSR – anno 2017, dovranno tendere ai valori target indicati. 4. Evidenza della prescrizione di bio-similari (ovvero di farmaci aggiudicatari di gara regionale con il profilo di costo-efficacia più favorevole nell'ambito delle categorie in cui è presente l'alternativa bio-simile) per i nuovi pazienti, al miglior valore possibile ovvero dovranno rappresentare una quota non inferiore all'80% del totale delle prescrizioni/confezioni erogate (resta comunque la possibilità per il prescrittore di indicare il farmaco più opportuno motivando la scelta effettuata secondo percorsi definiti a livello aziendale).

Linea Assistenza farmaceutica

5. Oltre alla promozione d'uso di medicinali a brevetto scaduto e biosimilari a livello territoriale, dovranno essere valutate a campione, in tempistiche e reparti che saranno comunicati dalla direzione centrale, le % percentuali di utilizzo di queste categorie di medicinali e le % di prescrizioni in dimissione o dopo visita ambulatoriale. I reparti interessati riguarderanno in particolare reumatologie, cardiologie, medicine, centri osteoporosi, nefrologie, oncologie, neurologie con riserva di integrare anche altri reparti nel corso dell'anno.
6. Evidenza del rispetto delle indicazioni prefissate nella prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro. A tal fine potranno essere programmata analisi a campione da parte della direzione centrale.
7. A seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale dovrà essere assicurata l'erogazione del 1° ciclo di terapia in distribuzione diretta. L'attività di distribuzione diretta continua ad essere garantita nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare presso tutte le strutture. Inoltre relativamente ai medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio e che sono inseriti nell'elenco dei farmaci erogabili in DPC, attuazione di ogni utile percorso per favorire la distribuzione diretta nelle more della effettiva disponibilità di tali medicinali in DPC fornendo anche le opportune informazioni ai prescrittori.
8. Per i medicinali DPC per i quali si rilevi un elevato ricorso alla non sostituibilità da parte del prescrittore, attuare specifici approfondimenti con i prescrittori, dando evidenza alla direzione centrale dei monitoraggi effettuati e delle azioni adottate.
9. Oltre alla DPC promuovere l'attività di integrazione delle farmacie nel SSR nell'ambito della farmacia dei servizi, con particolare riferimento alle farmacie ubicate nelle zone più disagiate, prioritariamente su temi quali le patologie croniche, l'aderenza alle terapie, la prevenzione di interazioni ed eventi avversi.
10. Sul tema della farmacovigilanza continuano le attività già avviate a livello regionale dalla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, quali la segnalazione spontanea in pronto soccorso, la segnalazione nell'ambito della dimissione da ricovero ospedaliero. Verranno inoltre avviati un percorso formativo a distanza (FAD) specifico sull'utilizzo della nuova piattaforma nazionale Vigifarmaco, nonché i progetti di farmacovigilanza attiva approvati dall'Agenzia italiana del farmaco.

Linea Assistenza farmaceutica

Su tali iniziative assicurare la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzative. In tale ambito continua a trovare applicazione la convenzione di cui alle DGR 435/2013 e 2199/2014. In generale, anche tramite convenzione della direzione centrale con gli Enti del SSR potranno essere avviati progetti sulle attività stabilite dalla DGR 1365/2015, volti a favorire un'informazione indipendente sull'impiego sicuro del farmaco, utilizzando i fondi statali dedicati a tali iniziative.

11. Potenziare il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa al fine di porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti. Dovranno, inoltre, essere avviate a livello aziendale o in collaborazione tra aziende iniziative che prevedano differenti modalità di erogazione/distribuzione dell'assistenza integrativa. In particolare, per quanto riguarda l'erogazione di ausili di assistenza protesica, favorire la distribuzione diretta e prevedere, relativamente agli ausili per diabetici modalità di erogazione vantaggiose per l'SSR (es. diretta, accordi con le farmacie).
12. Implementazione della cartella oncologia informatizzata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti.
13. Garantire la copertura delle prescrizioni personalizzate da parte dei medici dipendenti da AAS5 con iter elettronico tramite PSM per l'85% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale, al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da EGAS.
14. Dovrà essere garantito il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 50% dei nuovi pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive.
15. Assicurare l'implementazione e il controllo dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese e l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (tendenziale 100% della spesa negli ambiti previsti) compatibilmente con la necessità di garantire le urgenze tramite magazzino centralizzato. Evidenza dell'inserimento a sistema del codice targatura in fase di erogazione dei medicinali.
16. Sempre con riferimento ai flussi informativi, dare riscontro agli eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni.

Linea Assistenza farmaceutica

Azioni e interventi

1. a. Definizione di indicatori di budget specifici per i diversi prescrittori in collaborazione con la SOC Programmazione e Controllo.
b. Predisposizione e definizione dei report definiti per le diverse categorie di prescrittori
2. Richiesta di dati ai centri prescrittori extra-aziendali per i trattamenti con farmaci ad alto costo avviati agli assistiti dell'AAS5.
3. Promozione dell'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto nell'ambito della medicina generale e nell'ambito della medicina specialistica/ospedaliera tramite riunioni di approfondimento e/o invio di reportistica di monitoraggio.
4. Monitoraggio delle prescrizioni di biosimilari sui nuovi pazienti in particolare per quanto riguarda epoetine e fattori di crescita granulocitaria. Monitoraggio generale dell'utilizzo di farmaci biosimilari in ambito reumatologico e gastroenterologico e in tutti gli altri ambiti in cui è prevista l'introduzione di nuovi biosimilari.
5. Esecuzione delle analisi a campione secondo le indicazioni della DCS.
6. Analisi delle eventuali criticità nella gestione dei registri e attività di sensibilizzazione alla risoluzione dei problemi.
7. a. Prosecuzione dell'attività di distribuzione diretta in primo ciclo e nelle strutture territoriali.
b. Attività informativa ai prescrittori in merito alle tempistiche di distribuzione dei nuovi farmaci inseriti in DPC.
8. Monitoraggio del ricorso alla non sostituibilità per i farmaci in DPC e adozione di azioni di approfondimento con i prescrittori in caso di particolari criticità.
9. Valutazione su eventuali implementazioni delle attività attualmente avviate nell'ambito della farmacia dei servizi.
10. Partecipazione alle progettualità e alle attività formative organizzate dalla DCS.
11. Monitoraggio periodico dell'utilizzo di dispositivi per l'assistenza integrativa e valutazione di modalità di erogazione alternative ed economicamente vantaggiose per gli ausili per diabetici.
12. Monitoraggio periodico della completezza della cartella oncologica.
13. Prosecuzione dell'attività di promozione/assistenza nell'utilizzo delle prescrizioni informatizzate in particolare negli ambiti di scarso utilizzo.
14. Monitoraggio del ricorso alla prescrizione informatizzata tramite PSM-PT per i nuovi pazienti e implementazione progressiva del sistema informatizzato.
15. Mantenimento dell'implementazione e controllo dei flussi informativi.
16. Effettuazione di approfondimenti eventualmente richiesti dalla DCS

3.6 PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI

Linea 3.6.1 Non autosufficienza e disabilità

Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani	
<u>Raccordo con la programmazione precedente</u>	
<p>Nel 2016 sono state mantenute le attività in continuità con le annualità precedenti in particolare per quanto attiene il sistema di VMD Valgraf per gli utenti delle strutture residenziali per anziani.</p> <p>Sono proseguite le attività di monitoraggio e promozione della qualità nelle strutture residenziali. Sono stati realizzati monitoraggi periodici sull'implementazione corretta degli applicativi dedicati (SIRAFVG).</p> <p>E' stato attivato e concluso processo di autorizzazione all'esercizio dei servizi semiresidenziali per anziani non autosufficienti, funzionanti e nuovi, secondo le modalità e i termini previsti dall'articolo 45 del D.P.Reg. 144/2015.</p>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Processo di riclassificazione delle residenze per anziani	<ol style="list-style-type: none">1. Vengono assicurati i livelli di collaborazione richiesti dall'Amministrazione Regionale in attuazione a quanto previsto al titolo X del D.P.Reg. 144/2015 attraverso:<ul style="list-style-type: none">o la verifica del possesso dei requisiti strutturali ed edilizi dichiarati dagli enti gestori delle strutture residenziali nell'ambito del processo medesimo (art. 52, comma 5 del D.P.Reg. 144/2015) nei casi richiesti dalla Regione;o il supporto alla valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori (articolo 56, comma 2), secondo le modalità indicate dalla Regione;o il supporto alla valutazione dei bisogni degli utenti delle residenze per anziani attraverso l'utilizzo del sistema di valutazione multidimensionale Val.Graf.-FVG (articolo 50 del D.P.Reg. 144/2015), nelle residenze per anziani non convenzionate.
2. Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani	<ol style="list-style-type: none">1. Mantenimento delle attività di verifica e promozione della qualità2. Realizzazione di almeno tre audit (a livello aziendale).3. Redigere e trasmettere alla DCS, entro il primo semestre 2017, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità realizzate.

<p>3. Sistemi informativi L'Azienda monitora, verifica ed eventualmente sollecita, l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantenere il monitoraggio degli aggiornamenti delle Val. Graf._FVG secondo le tempistiche previste dalla norma e trasmettere alle strutture formale comunicazione della situazione rilevata. 2. Effettuare verifica trimestrale nel sistema SIRA-FVG dei report relativi alle presenze, ai movimenti degli ospiti e alle liste d'attesa prodotti delle strutture residenziali convenzionate.
<p>4. Sistema di VMD Val.Graf.-FVG Tutte le AAS provvedono a valutare, mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Per tutti gli utenti accolti nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani è presente nel sistema informativo e-GENeSys una valutazione con lo strumento di VMD Val.Graf.-FVG effettuata dall'UVD. 2. La VMD deve essere effettuata da un'equipe multi-professionale sanitaria e sociale del distretto e dell'ambito di riferimento dell'utente.
<p>Azioni ed interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evidenza di report di monitoraggio e promozione della qualità. - Organizzazione e realizzazione di almeno 3 audit. - Relazione semestrale illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità realizzate nell'anno precedente 	

Fondo Autonomia Possibile – salute mentale	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Fondo per l'Autonomia Possibile – salute mentale	<ul style="list-style-type: none"> – E' assicurato il finanziamento di progetti FAP come da D.P.Reg. 144/2015 e del regolamento di cui all'articolo 31 della L.R. 6/2006 .
<p>Azioni ed interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evidenza delle risorse utilizzate per la progettazione FAP 	

Fondo gravissimi	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Fondo gravissimi	<ul style="list-style-type: none"> – In base al regolamento emanato con DPR 247/2009, in collaborazione con gli Ambiti distrettuali, svolgimento delle attività di accertamento e segnalazione dei casi di gravissima disabilità fornendo alla Direzione Centrale altresì tutta la documentazione necessaria alla valutazione selettiva. – A seguito delle disposizioni contenute nel decreto interministeriale di ripartizione del Fondo nazionale non autosufficienze 2016 (art. 3), partecipazione alla rilevazione (da effettuarsi entro il primo trimestre 2017) del numero di persone con disabilità gravissima secondo le condizioni individuate nel decreto medesimo.
<p>Azioni ed interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione alle attività regionali 	

Autoveicoli privati per il trasporto di persone disabili	
<p>A seguito della modifica dell'art. 3, commi 91, 92 della legge regionale 2 febbraio 2005, n. 1, quest'Azienda Sanitaria provvede regolarmente all'erogazione di contributi a favore di persone con disabilità per l'acquisto e l'adattamento di autoveicoli per il trasporto personale e per il conseguimento dell'abilitazione alla guida.</p> <p>Si prevede l'utilizzo entro l'anno di tutti i fondi regionali concessi, pari a 90.000,00 euro, di cui al Decreto 160/sps del 25.2.2016.</p>	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Autoveicoli privati per il trasporto di persone disabili	A seguito della modifica dell'art. 3, commi 91, 92 della legge regionale 2 febbraio 2005, n. 1, erogazione di contributi a favore di persone con disabilità per l'acquisto e l'adattamento di autoveicoli per il trasporto personale e per il conseguimento dell'abilitazione alla guida.
<p>Azioni ed interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erogazione dei contributi a favore di persone con disabilità per l'acquisto e l'adattamento di autoveicoli per il trasporto personale e per il conseguimento dell'abilitazione alla guida. 	

Vigilanza dei servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone anziane e con disabilità	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Vigilanza dei servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone anziane e con disabilità	
<p>Nelle more della piena attuazione del D.P.Reg. 144/2015 e dell'adozione del regolamento di cui all'articolo 31 della L.R. 6/2006, le AAS esercitano la funzione di vigilanza e controllo dei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani non autosufficienti e delle strutture destinate all'accoglimento di persone con disabilità. Tale funzione è esercitata periodicamente o su iniziativa in caso di specifiche segnalazioni o ogni qualvolta ne venga ravvisata la necessità.</p>	<p>Effettuare l'attività di vigilanza e controllo su almeno 12 strutture dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza.</p>
<p>Azioni ed interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Effettuazione dell'attività di vigilanza con il Dipartimento di Prevenzione 	

Linea 3.6.2 Minori	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Applicazione delle Linee guida regionali per l'affido familiare approvate con delibera n. 1115 del 12 giugno 2015.	<ul style="list-style-type: none"> – Evidenza dell'applicazione delle linee guida regionali con tutte le forme di affido tramite utilizzo della scheda di monitoraggio e verifica regionale e/o locale (scheda presentazione caso all'UVMF e verbale)
	<ul style="list-style-type: none"> – Garantire una presa in carico tempestiva del minore, della famiglia, garantendo interventi specialistici continuativi e mirati ai singoli individui, attivando azioni e interventi specialistici, per favorire il recupero delle potenzialità genitoriali, il sostegno psicologico del minore e il suo possibile rientro nella famiglia di origine.
Il Tavolo di lavoro regionale, con il coinvolgimento dei consultori familiari, assumerà la valenza di organismo tecnico specialistico di approfondimento delle diverse tematiche riguardanti l'adozione nazionale e internazionale, con particolare riferimento alle singole procedure di idoneità e abbinamento adottivo, sull'iter post adottivo, nonché di prassi condivise sulle prestazioni specialistiche dell'operato servizi sanitari coinvolti, in primis i consultori familiari e dei diversi Enti autorizzati per l'adozione internazionale.	<ul style="list-style-type: none"> – Partecipazione ad almeno l'80% degli incontri del tavolo di lavoro regionale per l'elaborazione delle Linee guida per le adozioni nazionali e internazionali.
Azioni ed interventi <ul style="list-style-type: none"> - Compilazione schede monitoraggio (applicazione DGR 1115/2015) e/o scheda locale (es. presentazione caso all'UVMF/gruppo di lavoro ed eventuale verbale) - Numero di casi/famiglie seguite in collaborazione con gli Ambiti. - Partecipazione agli incontri del Tavolo Regionale per l'elaborazione delle Linee guida per le adozioni nazionali e internazionali. 	

Linea 3.6.3: Piano di Zona	
Raccordo con la Programmazione precedente:	
<p>Il 2016 ha visto la sottoscrizione ad inizio anno dell'Atto di Intesa tra l'AAS5 e tutti gli Ambiti Distrettuali della provincia di Pordenone per la piena esecutività del Programma Attuativo Annuale (PAA) 2016 del Piano di Zona.</p> <p>E' proseguita a tale scopo l'operatività della Cabina di Regia istituita allo scopo di tenere la governance degli obiettivi ed azioni, con particolare riguardo a quelli ad alta integrazione socio-sanitaria.</p>	
Obiettivo aziendale:	Risultati attesi:
Piano di Zona	<ul style="list-style-type: none"> - Evidenza dell'Atto di Intesa sottoscritto tra AAS5 e i Servizi sociali dei Comuni della provincia di Pordenone associati nelle UTI - Trasmissione dei documenti di programmazione integrata locale nelle modalità e termini indicati dalla Regione - Sviluppo e completamento degli obiettivi di integrazione socio-sanitaria
Azioni ed interventi:	
<ul style="list-style-type: none"> - Nell'ambito della Cabina di Regia si procederà allo sviluppo e completamento degli obiettivi di integrazione socio-sanitaria che saranno esaminati congiuntamente con i Servizi sociali dei Comuni, associati a partire dal 01/01/17 nelle UTI. 	
Indicatori:	
<ul style="list-style-type: none"> - Numero incontri della Cabina di Regia dell'AAS5 - Evidenza dell'Atto di Intesa 	

3.7 RAPPORTO CON I CITTADINI

Linea n. 3.7.1 Tempi di attesa

Raccordo con la programmazione precedente

L'anno 2015 ha visto una radicale revisione delle modalità di valutazione della capacità delle aziende sanitarie di assicurare adeguati livelli di accessibilità dei cittadini alle prestazioni ambulatoriali (DGR 2034/2015). Per raggiungere i nuovi obiettivi individuati dalla normativa regionale, nel corso del 2016 sono stati messi in atto di numerosi interventi, soprattutto orientati ad una revisione dell'offerta, che hanno richiesto la collaborazione delle strutture eroganti, ospedaliere e territoriali, e delle strutture private convenzionate che insistono sul territorio dell' AAS5. Si è, inoltre, agito anche sulla qualità della domanda, attraverso l'avvio di un sistema di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva ed il coinvolgimento dei medici in percorsi di revisione della attività di prescrizione, anche grazie alla collaborazione dell'Ordine dei medici della provincia di Pordenone.

I dati di monitoraggio elaborati a livello aziendale e quelli forniti dalla DCS hanno evidenziato un progressivo miglioramento delle performance aziendali, con una percentuale di appuntamenti che hanno rispettato i tempi espressi dalla classe di priorità B e D superiore alla media regionale, anche se per alcune prestazioni permangono tempi di attesa che si discostano dagli standard individuati.

Permangono alcune criticità che si possono riassumere in:

- La mancanza di un monitoraggio regionale periodico, che consentirebbe di valutare in modo più tempestivo l'effetto dei correttivi posti in atto
- L'assenza di regole di accessibilità e di strutturazione dell'offerta comuni a tutte le AAS della regione che possono favorire una anomala distribuzione dei pazienti
- La posizione geografica dell'AAS5 che condiziona la migrazione degli assistiti da e per altre aziende extra regionali
- L'applicazione da parte delle AAS2 e ASUITS del criterio di "residenza" ex DGR 2034/2015 (paragrafo 9.1 *Garanzia del rispetto dei tempi massimi*).

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. Rispettare i tempi d'attesa per la specialistica ambulatoriale e i ricoveri per interventi chirurgici programmati (allegato: <i>Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa</i>).	Specialistica ambulatoriale: Si propone la definizione di una diversa % di rispetto dei tempi di attesa: priorità B 85% priorità D 80% escludendo dalla valutazione il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni in priorità P Ricoveri per interventi programmati: priorità A 95% priorità B, C, D 90%
Azioni e interventi : Revisione delle agende di prenotazione in coerenza ai documenti tecnici elaborati da EGAS ed in particolare per quanto attiene la residenza dei cittadini (DGR 2034/2015).	

<p>Monitoraggio sistematico e periodico.</p> <p>Collegamento del sistema premiante (RAR) ai meccanismi attuativi di cui alla DGR 2034/2015 regionale.</p> <p>Predisposizione di report per interventi traccianti programmati per singola struttura organizzativa.</p> <p>Sviluppo di modalità per l'attivazione del "ritorno" per le procedure diagnostiche, in coordinamento con le strutture regionali (EGAS).</p> <p>Applicazione del pagamento della prestazione non erogata per mancata presentazione del paziente, in coordinamento con le strutture regionali (EGAS).</p> <p>Realizzazione di interventi formativi e di sensibilizzazione sulla corretta compilazione della SDO, in particolare per la compilazione dei campi relativi alle priorità (data di prenotazione, classe di priorità).</p> <p>Utilizzo delle RAR per obiettivi di riduzione dei tempi d'attesa.</p> <p>Avvio di percorsi condivisi tra specialisti territoriali e ospedalieri in un'ottica di semplificazione dell'accesso ambulatoriale per i cittadini.</p>	
2. Monitorare i tempi d'attesa.	L'Azienda rispetta i tempi per la trasmissione dei monitoraggi ministeriali (ALPI e attività istituzionale).
3. Configurare le agende dell'AAS5 e delle strutture private accreditate presenti sul suo territorio per la prenotazioni on line.	Le agende sono adeguate alla prenotazione on line secondo le indicazioni dell'EGAS.
<p>Azioni e interventi:</p> <p>Revisione sistematica delle agende di prenotazione (compreso privato accreditato) secondo le indicazioni di EGAS.</p>	
4. Rispettare il rapporto tra attività libero professionale e istituzionale .	Il rapporto tra i volumi erogati sono costantemente monitorato in relazione al rispetto dei tempi d'attesa garantiti per l'attività istituzionale.
<p>Azioni e interventi:</p> <p>Avvio di una reportistica sistematica per equipe su volumi e tempi d'attesa dell'attività istituzionale e LP.</p>	
5. informatizzare e rendere disponibili a sistema CUP regionale le agende delle prestazioni ambulatoriali.	Entro il 31/12/2017 le agende delle prestazioni ambulatoriali sono visibili a CUP regionale
<p>Azioni e interventi</p> <p>Revisione delle agende informatizzate relative alle prestazioni traccianti.</p>	

Linea n. 3.7.2	
Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Abolizione delle limitazioni non motivatamente necessarie (es. effettiva necessità di isolamento) per i caregiver indicati dai pazienti degenti presso le degenze intensive e semi-intensive	I degenti presso le TI e TSI intervistati dopo la dimissione dichiarano la presenza dei caregiver durante il ricovero nel 90% dei casi
Azioni e Interventi:	
Entro giugno 2017 saranno definite e applicate le regole aziendali di accesso alle TI e TSI	

Linea n. 3.7.3 Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Possibilità dei pazienti di avere accanto il caregiver al momento della visita medica o dell'esecuzione delle procedure assistenziali.	I degenti presso le degenze ordinarie intervistati dopo la dimissione dichiarano la presenza dei caregiver durante la visita medica o l'esecuzione delle procedure assistenziali nel 90% dei casi
Azioni e Interventi:	
<ul style="list-style-type: none"> - Entro aprile 2017 saranno definite e applicate le regole aziendali di accesso dei caregiver alle degenze in occasione di visite o procedure assistenziali 	

Linea n. 3.7.4 Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico (recall)	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Verifica del grado di soddisfazione del cittadino dopo intervento chirurgico programmato	Somministrazione, entro 5 giorni dalla dimissione, del questionario elaborato dalla DCS ad almeno il 90% dei pazienti dimessi dopo un intervento di chirurgia programmata e svolta in ricovero ordinario.
Azioni e Interventi:	
<ul style="list-style-type: none"> - Predisposizione di una procedura per il recall dei pazienti, entro 5 giorni dalla dimissione, per la somministrazione del questionario elaborato dalla DCS 	

Linea n. 3.7.5 Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente**Obiettivo aziendale**

Informazione del paziente sul medico che ha la responsabilità della gestione del suo ricovero

Risultato atteso

Il 90% dei pazienti dimessi dopo ricovero di durata superiore alle 4 giornate afferma di essere stato informato sul nominativo del medico responsabile della gestione del suo caso

Azioni e Interventi:

- Predisposizione e applicazione di una procedura aziendale per l'individuazione del medico case manager e l'informazione del paziente

Linea 3.7.6 Esperienza nei percorsi assistenziali**Raccordo con la programmazione precedente.**

Nel 2016, con Decreto n. 632/2016 è stato costituito il Comitato aziendale di partecipazione, informazione e coinvolgimento dei cittadini nei percorsi di cura, individuato quale strumento per coinvolgere in modo strutturato i cittadini, anche mediante le organizzazioni dei rappresentati, con la finalità di aumentare la consapevolezza, la responsabilità e il controllo della salute individuale e della comunità.

Il documento sottolinea il ruolo del cittadino quale titolare del diritto alla tutela della salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie ed assistenziali e nella fruizione dei servizi stessi.

A tal fine viene favorita la partecipazione dell'utente, singolo o tramite le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti, alle fasi di programmazione delle attività, valutazione della qualità dei servizi e tutela dei diritti degli utenti. La L.R. 17/2014 all'art.19 definisce i Distretti il centro di "governo" che raccoglie la domanda di salute e di cura dei cittadini.

Obiettivo aziendale

Attuare le indicazioni delle Linee di gestione 2017 attraverso l'individuazione di metodi di condivisione dell'esperienza dei cittadini nei percorsi assistenziali.

Prosecuzione dell'attività di coinvolgimento e collaborazione con le Associazioni di utenti e di volontariato nella valutazione dell'esito delle cure.

Risultato atteso

Condividere con le Associazioni sul metodo di somministrazione del questionario ai cittadini da parte degli operatori di call center.

Coinvolgimento da parte dei Distretti delle Associazioni presenti nei rispettivi territori per la condivisione di proposte di miglioramento sulla qualità delle cure.

Azioni e interventi

Formulazione e condivisione strumenti di analisi (questionari di qualità assistenziale e organizzativa percepita dagli utenti), somministrazione del questionario ad almeno il 50% dei cittadini coinvolti nei PDTA Ictus e Diabete.

Garantire la continuità operativa e il flusso informativo nella rete aziendale individuando un referente operativo per ogni Distretto relativamente ai rapporti con le Associazioni di utenti e volontariato.

PROGETTI AZIENDALI

3.1. PROGETTI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

Linea 3.1.4 Chirurgia e procedure invasive	
Progetto aziendale: Definizione dei PDTA per la Chirurgia Oncologica in Ambito Ginecologico	
Raccordo con la programmazione aziendale	
La riorganizzazione in atto dell'attività chirurgica in generale ha portato ad una graduale razionalizzazione dell'offerta nelle diverse sedi ospedaliere dell'ASS5 e, per la parte della chirurgia oncologica, alla individuazione di PDTA condivisi con l'IRCSS CRO di Aviano. In particolare, la chirurgia oncologica in ambito ginecologico è oggetto di revisione dei percorsi operativi aziendali, con l'obiettivo di incrementare sicurezza del percorso dell'assistito e gli esiti delle cure, ottimizzando le risorse.	
Riconduzione alle LLGG 2017 Riorganizzazione della attività chirurgica in ambito oncologico per: <ul style="list-style-type: none">• migliorare i livelli di sicurezza dei percorsi e gli esiti delle cure• migliorare il livello di competenza dei professionisti coinvolti• ottimizzare l'uso delle risorse disponibili	
OBIETTIVO PRINCIPALE Ridefinire i PDTA per la chirurgia oncologica ginecologica per superare la frammentazione delle casistiche tra le due sedi di Pordenone e San Vito, in considerazione della complessità degli interventi e della presenza di specialisti diversi (urologo, chirurgo oncologo) nella stessa sede ospedaliera.	
OBIETTIVI SECONDARI <ul style="list-style-type: none">- Definizione di protocolli comuni per la gestione preoperatoria e il follow up	
AZIONE 1 - Definizione e stesura del PDTA	Tempi (entro il) Marzo 2017
AZIONE 2 - Avvio del PDTA	Tempi (entro il) Aprile 2017
AZIONE 3	Tempi (entro il)
INDICATORI DI FASE	E' disponibile il PDTA
INDICATORI DI ESITO	Interventi di chirurgia oncologica eseguiti per sede ospedaliera: > 90% presso il PO di Pordenone
IMPATTO SULLE RISORSE	
Risorse umane	Isorisorse o con risorse derivanti da processi di riorganizzazione

Linea 3.1.9 Pediatria ospedaliera

Progetto aziendale: Assistenza Ostetrica e Neonatologica nella Provincia di Pordenone

Raccordo con la programmazione aziendale

La Provincia di Pordenone ha una natalità di circa 2500 nati distribuita su 3 punti nascita aventi caratteristiche diverse:

- Presidio ospedaliero di Pordenone: è presente la guardia attiva ostetrica e pediatrica sulle 24 ore, 7 giorni su 7. La neonatologia è stata oggetto di una recente ristrutturazione per la parte impiantistica (termoregolazione a flusso positivo, gas medicali) e nelle attrezzature (monitoraggio centralizzato). I ricoveri sono mediamente 130/anno. E' in grado di offrire assistenza neonatale in una fascia di prematurità dove sia prevedibile una assistenza ventilatoria mediante CPAP (25-30 pazienti/anno).
- Presidio ospedaliero di San Vito al Tagliamento: è assicurata la guardia ostetrica nelle 24 ore 7 giorni su 7; la presenza del pediatra in sala parto è sempre garantita, in parte con la guardia attiva dello specialista, in parte con la presenza del pediatra in ospedale in regime di "pronta disponibilità".
- Priovato accreditato - Policlinico San Giorgio: è assicurata la presenza del pediatra in sala parto; è garantita la guardia attiva anestesiológica che si fa carico delle emergenze neonatali al di fuori della sala parto, qualora non sia presente in sede il pediatra..

Gli elementi caratterizzanti comuni sono rappresentati da incentivazione del rooming-in, incentivazione all'allattamento al seno, offerta strutturata della partoanalgesia

Riconduzione alle LLGG 2017

La razionalizzazione dei processi assistenziali in campo ostetrico e neonatologico all'interno della Regione FVG, alla luce anche delle nuove "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" sono oggetto di discussione all'interno del comitato percorso nascita regionale e dovranno assicurare:

- miglioramento del livello attuale di risposta ai bisogni di salute della popolazione nello specifico settore
- adeguato livello di specializzazione dei professionisti coinvolti
- eliminazione di duplicazioni nelle prestazioni
- massima economicità strutturale con l'utilizzo di risorse disponibili messe in condivisione.
- disponibilità in un contesto sovraziendale di strutture in grado di rispondere ai bisogni in ambito ostetrico e neonatale evitando spostamenti intra/extraregionali

OBIETTIVO PRINCIPALE

Fornire risposte adeguate alle gravide e ai neonati nei limiti del possibile vicino alla residenza, garantendo un alto livello di sicurezza e di efficienza del sistema

La revisione dei processi organizzativi prevede che i tre punti nascita attivi della Provincia di Pordenone

- forniscano la migliore assistenza integrata alla gravida e al neonato attraverso la definizione di percorsi diagnostici assistenziali condivisi e sostenibili nel tempo
- strutturino equipe mediche in grado di integrare al meglio le attività delle singole unità operative, eliminando i "processi competitivi"
- definiscano in modo puntuale percorsi condivisi con i centri di riferimento di secondo livello per la parte ostetrica e per la parte neonatologica

applicando le disposizioni di cui all'Accordo Stato-Regioni n° 137 del 16.12.2010 e della DGR 1083 del 15.06.2012 che approva gli "Standard per la riorganizzazione delle strutture di Ostetricia e di Pediatria/Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale" in Regione FVG.

OBIETTIVI SECONDARI

- Condivisione di protocolli comuni per la gestione dei principali problemi materni (ipertensione, diabete etc) e neonatali (ipoglicemia, iperbilirubinemia etc)

<ul style="list-style-type: none"> - Gestione delle gravidanze a rischio preferenzialmente presso il P.O. di Pordenone, dove è attivo un ambulatorio specifico. Rimane comunque attiva l'offerta anche presso la sede di S Vito al T. Il servizio potrà avvalersi della consulenza di specialisti interni per quanto riguarda la patologia nefrourologica, cardiologica, infettivologica. 	
<p>Trasporto del neonato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il trasporto del neonato critico viene svolto come da protocollo regionale dal servizio di trasporto neonatale d'urgenza (STEN) in atto 	
<p>Trasporto della gravida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il trasporto assistito materno (STAM) critico viene svolto come da protocollo regionale in atto 	
AZIONE 1	Tempi (entro il)
- Condivisione del protocollo	Febbraio 2017
AZIONE 2	Tempi (entro il)
- Cartelle condivise fra i tre centri	Aprile 2017
AZIONE 3	Tempi (entro il)
- Protocolli clinici condivisi per le patologie di comune osservazione (ittero, ipoglicemia, parenterale, ventilazione, infezioni prenatali da toxoplasma, CMV...)	Settembre 2017
AZIONE 4	Tempi (entro il)
<i>Neonatologia</i>	Dicembre 2017
- Corso di rianimazione e stabilizzazione del neonato per tutto il personale medico e infermieristico delle diverse sedi con frequenza annuale.	
- Frequenza del personale medico e infermieristico presso strutture di 2° Livello	
<i>Ostetricia</i>	
- Corsi di aggiornamento intra-aziendali per tutto il personale medico e infermieristico delle diverse sedi con frequenza annuale	
INDICATORI DI FASE	Audit ogni 3 mesi delle gravide e dei neonati seguiti in comune
INDICATORI DI ESITO	Nati secondo i criteri stabiliti nelle tre sedi Neonati trasferiti dalle tre sedi secondo protocolli regionali verso le TIN GAR trasferite dalle tre sedi secondo protocollo regionale
IMPATTO SULLE RISORSE	
Risorse umane	Isorisorse o con risorse derivanti da processi di riorganizzazione

3.2. PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

Linea 3.2.1 Tutela della salute della donna	
Progetto aziendale: PDTA della donna in età fertile con endometriosi	
Raccordo con la programmazione aziendale	
Revisione dei setting assistenziali Promozione della salute e assistenza integrata	
Riconduzione alle LLGG 2017	
Promozione della salute e prevenzione Tutela della salute della donna	
OBIETTIVO PRINCIPALE	
Promuovere la prevenzione, la diagnosi precoce e il miglioramento della qualità delle cure dell'endometriosi attraverso la realizzazione di un percorso di prevenzione, diagnosi e cura della donna in età fertile con endometriosi	
OBIETTIVI SECONDARI	
AZIONE 1 - Censimento delle risorse umane e delle competenze sul tema dell'endometriosi in azienda	Tempi (entro il) Marzo 2017
AZIONE 2 - Elaborazione di un PPDTA	Tempi (entro il) Marzo 2017
AZIONE 3 - Valutazione delle esigenze formative	Tempi (entro il) Aprile 2017
AZIONE 4 - Definizione di un pool di professionisti dedicati (radiologo, chirurgo, ginecologo, urologo, psicologo, infermiera e medico della PMA)	Tempi (entro il) Settembre 2017
AZIONE 5 - Avvio del PPDTA	Tempi (entro il) Dicembre 2017
INDICATORI DI FASE	Rispetto degli step di lavoro previsti
INDICATORI DI ESITO	Pazienti seguiti nell'anno in corso e negli anni successivi
IMPATTO SULLE RISORSE	
Risorse umane	Isorisorse o con risorse derivanti da processi di riorganizzazione

Linea 3.2.3 Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)	
Progetto aziendale: Riorganizzazione della attività di Diagnostica Senologica	
Raccordo con la programmazione aziendale Revisione dei setting assistenziali Promozione della salute e assistenza integrata	
Riconduzione alle LLGG 2017 Promozione della salute e prevenzione Tutela della salute della donna	
OBIETTIVO PRINCIPALE Promuovere la prevenzione, la diagnosi precoce e il miglioramento della qualità delle cure garantendo l'uniformità e l'applicazione gli standard di qualità delle Unità Senologiche aziendali	
OBIETTIVI SECONDARI Revisione degli attuali modelli organizzativi per un uso efficiente delle risorse Formazione di un pool di professionisti dedicati Accreditamento EUSOMA per l'Unità di Senologia di Pordenone Possibilità di sviluppare il II livello dello screening oncologico anche a Spilimbergo	
AZIONE 1 Censimento della dotazione organica e delle attrezzature	Tempi (entro il) Marzo 2017
AZIONE 2 Valutazione delle esigenze formative del personale e dell'eventuale aggiornamento della tecnologia	Tempi (entro il) Marzo 2017
AZIONE 3 Identificazione di un pool di professionisti dedicati (medici, tecnici, infermiere), con possibilità di interscambio tra le strutture; condivisione dei percorsi; attivazione delle procedure per l'accREDITAMENTO EUSOMA	Tempi (entro il) Aprile 2017
AZIONE 4 Rendere operativi i percorsi condivisi: <ul style="list-style-type: none"> • gestione coordinata del II livello dello screening; • centralizzazione delle prestazioni altamente specialistiche; • rimodulazione dell'offerta mammografica ed ecografica nelle varie sedi; • applicazione dei criteri della diagnostica senologica per l'accREDITAMENTO EUSOMA 	Tempi (entro il) Settembre 2017
INDICATORI DI FASE	Sviluppo nuove agende nelle diverse sedi in relazione alla diversa organizzazione
INDICATORI DI ESITO	n. prestazioni per operatore n. prestazioni centralizzate
IMPATTO SULLE RISORSE	
Risorse umane	Isorisorse o con risorse derivanti da processi di riorganizzazione

Linea 3.2.1 Tutela della salute della donna	
Progetto aziendale: Codice rosa	
Raccordo con la programmazione aziendale: Nel corso del 2015 è stato approvato e reso operativo il protocollo per la gestione della violenza sessuale dell'AAS5. Contestualmente è proseguita l'attività di formazione continua rivolta a tutto il personale aziendale per migliorare la capacità di identificazione e gestione delle situazioni di violenza (violenza sessuale, di genere e contro soggetti deboli). L'esperienza condotta ha evidenziato la necessità di definire modalità uniformi con le quali garantire la presa in carico della persona abusata in un contesto adeguato e rispettoso e di identificare il percorso successivo all'evento acuto a gestione intraospedaliera; l'operatività richiesta dal protocollo (condivisa con l'autorità giudiziaria) è complessa e comporta l'impegno del personale in servizio (ostetrica, ginecologo, medico legale e personale di supporto) per circa 5 ore; non è al momento garantito il supporto psicologico. Nel corso del 2016 sono stati gestiti presso le strutture dell'Azienda 16 casi di violenza sessuale	
Riconduzione alle LLGG 2017 3.2.1 Tutela della salute della donna	
OBIETTIVO PRINCIPALE: Presa in carico completa, coordinata e con modalità uniformi sul territorio aziendale della persona oggetto di violenza nelle fasi immediatamente successive all'evento	
OBIETTIVI SECONDARI: Presa in carico della persona nelle fasi successive all'evento acuto, garantendo supporto sanitario e psicologico	
AZIONE 1 Analisi di realtà regionali e nazionali nelle quali sono attivi progetti di assistenza alle persone oggetto di violenza anche attraverso la visita in loco	Tempi (entro il) Marzo 2017
AZIONE 2 Identificare un team multiprofessionale dedicato, composto da personale sanitario e delle forze dell'ordine	Tempi (entro il) Maggio 2017
AZIONE 3 Identificare le modalità con le quali garantire la gestione dei casi di violenza da parte di personale dedicato nelle 24 ore	Tempi (entro il) Maggio 2017
AZIONE 4 Identificare un locale idoneo e dedicato all'interno del PO di Pordenone ove accogliere la persona vittima di violenza con centralizzazione dei casi	Tempi (entro il) Giugno 2017
AZIONE 5 Aggiornare e applicare il protocollo aziendale	Tempi (entro il) Settembre 2017
AZIONE 6 Identificare la struttura alla quale inviare la persona oggetto di violenza e definire le modalità di presa in carico da parte di quest'ultima	Tempi (entro il) Dicembre 2017
INDICATORI DI FASE	Costituzione del team multiprofessionale e multidisciplinare Identificazione del locale dedicato
INDICATORI DI ESITO	Numero di casi di violenza gestiti con le nuove modalità/sul totale di casi di violenza in PS
IMPATTO SULLE RISORSE	
Risorse umane	Isorisorse o con risorse derivanti da processi di riorganizzazione

3.3 ASSISTENZA PRIMARIA

Linea 3.3.2 Accreditamento	
Progetto aziendale	
Raccordo con la Programmazione precedente: Nel corso del 2016, il Coordinamento sociosanitario ha partecipato direttamente all'elaborazione del testo e manuale (di imminente pubblicazione) della Norma Uni 11010 per la definizione dei requisiti (standard) dei servizi per l'abitare e i servizi per l'inclusione sociale delle persone con disabilità.	
Obiettivo aziendale L'AAS5 sperimenta nei servizi per persone con disabilità le norme UNI 11010 per la definizione dei requisiti (standard) dei servizi per l'abitare e i servizi per l'inclusione sociale delle persone con disabilità.	Risultati attesi: - La norma UNI 11010 viene sperimentata nei servizi per l'abitare dei servizi per la disabilità dell'AAS5
Azioni ed interventi: - Realizzazione di un percorso di formazione sulla Norma Uni 11010 promosso dal Coordinamento sociosanitario	
Indicatori: - Numero servizi oggetto della sperimentazione - Inserimento della Norma Uni 11010 nei sistemi di affidamento per l'abitare sociale per persone con disabilità	

Linea n. 3.3.4 Cure palliative e terapia del dolore	
Progetto aziendale : percorso multidisciplinare per la neurostimolazione nervosa periferica (PNS) e per il trattamento della cefalea cronica refrattaria	
Raccordo con la programmazione aziendale: Istituzione/potenziamento degli hub e spoke della rete locale per la terapia del dolore dell'età adulta: organizzazione della rete di terapia del dolore aziendale con specifiche competenze allocate nel PO di San Vito al Tagliamento	
Riconduzione alle LLGG 2017 Cure palliative e terapia del dolore dell'adulto (3.3.4)	
OBIETTIVO PRINCIPALE Appropriata presa in carico e trattamento dei pazienti con cefalea refrattaria	
OBIETTIVI SECONDARI Consolidare la collaborazione con la SOC di CHIRURGIA e l'Ambulatorio Cefalee del PO di San Vito Formalizzazione dell'ambulatorio per la neurostimolazione nervosa periferica e per il trattamento della cefalea refrattaria	
AZIONE 1 Formalizzazione collaborazione con SOC Chirurgia per posizionamento chirurgico elettrodo su nervo periferico e percorsi diagnostico/terapeutici con Ambulatorio cefalee (SOC Medicina)	Tempi (entro il) 28 febbraio 2017
AZIONE 2 Formazione personale dedicato	Tempi (entro il) 30 giugno 2017
AZIONE 3 Revisione/implementazione organizzazione ambulatorio e sedute operatorie di terapia del dolore	Tempi (entro il) 31 dicembre 2017
INDICATORI DI FASE	Monitoraggio trial PNS Monitoraggio percorsi cefalee
INDICATORI DI ESITO	N° trial N° impianti definitivi N° pazienti inviati a centro terapia del dolore da centro cefalee
IMPATTO SULLE RISORSE	
Risorse umane	Isorisorse o con risorse derivanti da processi di riorganizzazione

Linea n. 3.3.4 Cure palliative e terapia del dolore	
Progetto aziendale: Organizzazione della rete provinciale cure palliative (CP) e terapia del dolore (TD) pediatriche	
Raccordo con la programmazione aziendale Dal 2011 l'Azienda Ospedaliera SMA attuale AAS5 ha perseguito un progetto di implementazione delle cure palliative pediatriche (CPP) favorendo la domiciliarità e sostenendo l'istituzione di una equipe altamente specialistica in grado di prendere in carico bambini con bisogni molto complessi e/o terminali. Con il DDG n° 360 del 23.06.2016 è stata istituita la Rete Provinciale Aziendale delle Cure Palliative Pediatriche, definendo i nodi e le interconnessioni, gli obiettivi, i risultati attesi, le risorse dedicate e gli indicatori per la misura della performance della rete istituita.	
Riconduzione alle LLGG 2017 Nelle Linee per la Gestione del SSR 2017, al capitolo 3.3.4, è data rilevanza alle cure palliative e alla terapia del dolore per l'adulto. La legge 38 del 15 marzo 2010 prevede anche la realizzazione e l'organizzazione specifiche della rete regionale di CP TD per l'età pediatrica. La Direzione Centrale ha istituito in data 07.12.2016 un coordinamento regionale per le CP tra i cui componenti figura la dott.ssa De Zen della SC di Pediatria e Neonatologia P.O. PN, come rappresentante per l'età pediatrica.	
OBIETTIVO PRINCIPALE Implementare la risposta appropriata alla domanda di CP e TD pediatriche, favorendo la domiciliarità, dando piena attuazione ai contenuti del decreto istitutivo della Rete Provinciale Aziendale delle Cure Palliative Pediatriche, consentendo di: <ul style="list-style-type: none"> • migliorare l'integrazione ospedale-territorio • evitare ricoveri inappropriati e garantire decessi a domicilio • migliorare l'integrazione e la comunicazione tra gli operatori e la sicurezza delle prestazioni e delle procedure eseguite a domicilio, implementando il progetto di Telemedicina (già completamente finanziato) • erogare formazione ai Pediatri di Libera Scelta e al personale del territorio per coinvolgerlo nella presa in carico di bambini in CPP. 	
OBIETTIVI SECONDARI <ul style="list-style-type: none"> • favorire la realizzazione della Rete Regionale di CPP e TD anche per la parte di competenza pediatrica. 	
AZIONE 1 Attuazione degli ambiti/aspetti organizzativi della Rete Provinciale per le Cure Palliative e Terapia del dolore per l'età pediatrica	Tempi (entro il) Febbraio 2017
AZIONE 2 Presentazione dell'organizzazione della rete provinciale di CPP e TD a Distretti, PLS, MMG, Ordine dei Medici, ambiti sociali	Tempi (entro il) Marzo 2017
AZIONE 3 Avvio della fase attuativa del progetto di Telemedicina (al momento in fase demo) con il coinvolgimento di PLS, MMG, ADI	Tempi (entro il) Aprile 2017
AZIONE 4 Stesura e applicazione del PDTA per i pazienti eleggibili alle CP e TD Pediatriche, diviso per l'ambito oncologico e per le patologie non oncologiche.	Tempi (entro il) Dicembre 2017
INDICATORI DI FASE	<ol style="list-style-type: none"> 1. partecipazione al Coordinamento regionale delle Cure Palliative 2. formalizzazione del tavolo tecnico multiprofessionale e multidisciplinare per la stesura del PDTA
INDICATORI DI ESITO	<ol style="list-style-type: none"> 1. segnalazione di almeno il 90% dei pazienti eleggibili alle CPP residenti in Provincia di Pordenone con realizzazione di almeno una UVD/UVO/EMDH nel corso del 2017

	<ol style="list-style-type: none"> 2. aumento di almeno il 25% delle prestazione erogate dal personale ADI a pazienti pediatrici 3. garantire almeno l'80% dei decessi a domicilio richiesti dalla famiglia 4. realizzare almeno un corso di formazione per PLS, MMG e ADI, anche in collaborazione con l'Ordine dei Medici di Pordenone 5. gestione con la Telemedicina di almeno il 25% dei pazienti in carico
IMPATTO SULLE RISORSE	
Risorse umane	Isorisorse o con risorse derivanti da processi di riorganizzazione

Linea 3.3.9 Disturbi del comportamento alimentare	
Progetto aziendale: Percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale multidisciplinare per i disturbi del comportamento alimentare	
Raccordo con la Programmazione precedente	
Nel corso degli ultimi anni si è assistito alla precocizzazione dell'età di esordio dei disturbi del comportamento alimentare, in particolare dell'anoressia nervosa, della bulimia e della condotta alimentare incontrollata. Più è precoce l'età di esordio, più è precoce la cronicizzazione. L'anoressia mentale rimane la malattia psichiatrica con più elevata mortalità.	
Obiettivo aziendale	Risultati attesi:
Definizione di PDTA differenziati a seconda dell'età dei pazienti, della tipologia e dell'intensità dei disturbi	Evidenza di un protocollo diagnostico terapeutico adeguato ai bisogni delle differenti età.
Azioni ed interventi:	
Organizzazione di un tavolo di lavoro condiviso tra NPI, DSM e DCA	

3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALI

Linea 3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti	
Progetto aziendale: ventilazione invasiva e non-invasiva nel paziente con insufficienza respiratoria cronica riacutizzata (COPD e/o scompenso cardiaco) S.C. Anestesia e rianimazione S. Vito	
Riconduzione alle LLGG 2017 progetti attinenti le attività clinico-assistenziali (3.4), insufficienza d'organo e trapianti: polmone. Formalizzazione della filiera polmone per la presa in carico delle gravi insufficienza d'organo. In collaborazione con la SOC di MEDICINA di San Vito al Tagliamento e con la SOC di PNEUMOLOGIA di Pordenone e con la SOC di MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	
OBIETTIVO PRINCIPALE Migliorare la gestione dei pazienti con COPD riacutizzata mediante ventilazione invasiva/non invasiva, FKT respiratoria, riduzione dei tempi di degenza e ottimizzazione dei percorsi riabilitativi territoriali, in collaborazione con la SC di Pneumologia del PO di Pordenone	
OBIETTIVI SECONDARI Riduzione dei tempi di degenza Individuazione di un team multidisciplinare aziendale Riduzione dei ricoveri per patologia in Terapia Intensiva	
AZIONE 1 Concentrare i ricoveri per patologia respiratoria cronica riacutizzata in Terapia Intensiva a San Vito	Tempi (entro il) 31/12/2017
AZIONE 2 Definire il percorso riabilitativo a partire già dal ricovero, con affidamento precoce ai Servizi Territoriali (inclusa Riabilitazione Respiratoria a Sacile)	Tempi (entro il) 31/12/2017
AZIONE 3 Formare un team di fisioterapisti con competenza specifica nella riabilitazione respiratoria anche all'interno del PO di San Vito	Tempi (entro il) 31/12/2017
AZIONE 4 Formalizzare un percorso "facilitato" per le consulenze pneumologiche a San Vito da parte della SOC di Pneumologia	Tempi (entro il) 30/06/2017
INDICATORI DI FASE	Formalizzazione dei percorsi con pubblicazione su intranet
INDICATORI DI ESITO	Numero di pazienti ricoverati con diagnosi di COPD riacutizzata, giorni di degenza totale, giorni di degenza in TI, giorni di ventilazione invasiva
IMPATTO SULLE RISORSE	
Risorse umane	Isorisorse o con risorse derivanti da processi di riorganizzazione

Linea 3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti	
Progetto aziendale: PDTA scompenso cardiaco, gestione integrata multidisciplinare ospedale-territorio: progetto pilota	
Raccordo con la programmazione aziendale Sviluppo di percorsi diagnostici e terapeutici che assicurino l'integrazione e la continuità della presa in carico del problema di salute del cittadino	
Riconduzione alle LLGG 2017 Percorsi attinenti le attività clinico-assistenziali: insufficienza d'organo e trapianti, rete di patologia	
OBIETTIVO PRINCIPALE Verificare la possibilità di una gestione integrata dello scompenso cardiaco cronico fra ospedale e territorio	
OBIETTIVI SECONDARI Condividere stratificazione e modelli di presa in carico	
AZIONE 1 Identificazione di area geografica ove iniziare la sperimentazione	Tempi (entro il) Gennaio 2017
AZIONE 2 Strutturazione di gruppo di lavoro	Tempi (entro il) Febbraio 2017
AZIONE 3 Elaborazione di percorsi e modelli organizzativi condivisi Identificazione e definizione del case manager	Tempi (entro il) 1° semestre 2017
INDICATORI DI FASE	Produzione PDTA
INDICATORI DI ESITO	Applicazione del PDTA
IMPATTO SULLE RISORSE	
Risorse umane	Isorisorse o con risorse derivanti da processi di riorganizzazione

Linea 3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti	
Progetto aziendale: Gestione integrata ospedale-territorio e multidisciplinare dello scompenso cardiaco: progetto pilota	
Raccordo con la programmazione aziendale: definizione di un percorso terapeutico e gestionale che assicuri integrazione e continuità nella presa in carico della salute del cittadino e della cronicità	
Riconduzione alle LLGG 2017 Progetti attinenti le attività clinico assistenziali: insufficienza d'organo, reti di patologia, erogazione dei livelli di assistenza	
OBIETTIVO PRINCIPALE: verifica della fattibilità di una gestione integrata e multidisciplinare dello scompenso cardiaco/ cronicità fra ospedale e territorio	
OBIETTIVI SECONDARI: condivisione dei criteri di stratificazione e dei modelli di presa in carico dei pazienti	
AZIONE 1 Strutturazione del gruppo di lavoro	Tempi (entro il) Febbraio 2017
AZIONE 2 Elaborazione di percorsi e di modelli operativi condivisi	Tempi (entro il) Primo semestre 2017
INDICATORI DI FASE	Elaborazione del PDTA
INDICATORI DI ESITO	Riduzione del numero dei ricoveri successivi in medicina per la problematica scompenso cardiaco al di sotto del 10%
IMPATTO SULLE RISORSE	
Risorse umane	Isorisorse o con risorse derivanti da processi di riorganizzazione

Linea 3.4.1. Insufficienze d'organo e trapianti	
Progetto aziendale: PDTA per le persone con "piede diabetico"	
Raccordo con la programmazione aziendale Implementazione del PDTA piede diabetico, attraverso il coinvolgimento dei professionisti delle strutture che intervengono nel percorso (PS, Ortopedia, Medicina Interna, Chirurgia vascolare, Chirurgia generale, Cardiologia Interventistica, Radiologia Interventista, Infettivologia, DAPA e MMG)	
Riconduzione alle LLGG 2017 3.4 Progetti attinenti le attività clinico assistenziali.	
OBIETTIVO PRINCIPALE: <ul style="list-style-type: none"> Definire la gestione interdisciplinare del percorso del piede diabetico. Definire le modalità ed i criteri di accesso del paziente con piede diabetico alle prestazioni ambulatoriali dedicate. Strutturare un protocollo condiviso per le amputazioni maggiori. 	
AZIONE 1 Incontri con i medici di medicina generale per l'individuazione delle modalità di accesso all'ambulatorio	Tempi (entro il)
AZIONE 2 Incontri multidisciplinari per l'elaborazione del protocollo per le amputazioni maggiori	Tempi (entro il)
AZIONE 3 Identificazione di un team multidisciplinare per la definizione condivisa del percorso	Tempi (entro il)
INDICATORI DI FASE	Tempo trascorso tra accesso in PS e debridement chirurgico Tempo intercorso tra ricovero e procedure di rivascolarizzazione Tempo intercorso tra richiesta di visita piede diabetico e la sua effettuazione
INDICATORI DI ESITO	N° pazienti con lesioni afferenti all'ambulatorio del piede N° amputazioni maggiori evitate N° procedure di rivascolarizzazione (endoluminari e chirurgiche)
IMPATTO SULLE RISORSE	
Risorse umane	Isorisorse o con risorse derivanti da processi di riorganizzazione

Linea 3.4.2. Emergenza urgenza	
Progetto aziendale: Gestione della patologia coronarica acuta (in particolare NSTEMI)	
Raccordo con la programmazione aziendale Sviluppo di percorsi diagnostici e terapeutici che assicurino continuità e uniformità della presa in carico nel paziente coronarico acuto	
Riconduzione alle LLGG 2017 Rete emergenza-urgenza cardiologica	
OBIETTIVO PRINCIPALE Gestione della patologia coronarica acuta, in particolare NSTEMI, secondo definizione, criteri ed approccio terapeutico condivisi	
OBIETTIVI SECONDARI	
AZIONE 1 Strutturazione di un gruppo di lavoro cui afferiscano: cardiologi e medici di PS appartenenti sia agli spoke che all'hub al fine di delineare indicazioni, strategie e background comuni	Tempi (entro il) Gennaio 2017
AZIONE 2 Condivisione all'interno del gruppo di criteri, definizioni, indicazioni, ecc	Tempi (entro il) 1° semestre 2017
AZIONE 3 Definizione di bozza di programma di formazione che dovrà svolgersi in più sessioni cui parteciperanno medici delle cardiologie, del PS ed infermieri	Tempi (entro il) Giugno 2017
INDICATORI DI FASE	Produzione del programma ufficiale
INDICATORI DI ESITO	Esecuzione dei corsi con sintesi finale delle istanze e criticità emerse, al fine di ottenere gli elementi per la strutturazione di un PDTA condiviso
IMPATTO SULLE RISORSE	
Risorse umane	Isorisorse o con risorse derivanti da processi di riorganizzazione

Linea 3.4.2. Emergenza urgenza	
Progetto aziendale: Day service vascolare per un percorso multidisciplinare di presa in carico e follow-up del paziente con arteriopatia severa degli arti inferiori	
Raccordo con la programmazione aziendale	
Implementazione del processo di cura della patologia arteriosa arti inferiori, con il coinvolgimento di: PS, Chirurgia vascolare, Strutture dedicate all'interventista endovascolare	
Riconduzione alle LLGG 2017: 3.4 Progetti attinenti le attività clinico assistenziali	
OBIETTIVO PRINCIPALE:	
Rendere operativo un modello organizzativo ambulatoriale (day service), alternativo al ricovero ordinario/Day H, per la presa in carico del paziente con arteriopatia severa degli arti inferiori, per la gestione di situazioni cliniche che necessitano di un insieme complesso di prestazioni ambulatoriali e l'attivazione di interventi, articolati e multidisciplinari	
AZIONE 1 Definire il contenuto del day service e il suo target	Tempi entro il 1° semestre 2017
AZIONE 2 Applicazione del modello identificato con coinvolgimento di tutte le professionalità interessate	Tempi entro il 2° semestre 2017
INDICATORI DI FASE	Stesura di percorso condiviso
INDICATORI DI ESITO	N° pazienti afferenti all'ambulatorio dedicato
IMPATTO SULLE RISORSE	
Risorse umane	Isorisorse o con risorse derivanti da processi di riorganizzazione

<p>Linea 3.4.2 Emergenza urgenza</p> <p>Progetto aziendale Ricognizione risorse umane e tecniche disponibili per la defibrillazione precoce sul territorio provinciale di Pordenone</p>	
<p>Raccordo con la Programmazione precedente:</p> <p>L'attuale disponibilità, nel territorio della provincia di Pordenone, di materiali (DAE) e volontari addestrati è al momento poco strutturata. La sopravvivenza da ACR è solo occasionalmente modificata dall'intervento laico e dipende da coincidenze fortuite, quali vicinanza al DAE, conoscenza delle manovre di RCP e altre evenienze.</p> <p>Appare fondamentale effettuare una mappatura delle risorse (umane e materiali) presenti su tutto il territorio per metterla a disposizione del 118.</p>	
<p>Obiettivo aziendale</p> <p>Conoscere la distribuzione dei defibrillatori semiautomatici presenti nelle varie realtà locali di proprietà di vari Enti.</p> <p>Conoscere i nominativi dei volontari che hanno effettuato una formazione specifica sul tema del BLSD attraverso varie organizzazioni.</p>	<p>Risultati attesi:</p> <p>Mappa con geolocalizzazione di tutti i defibrillatori nel territorio della provincia.</p> <p>Il 118 ha la disponibilità di un database con i riferimenti di tutti i volontari che hanno effettuato formazione BLSD.</p>
<p>Azioni ed interventi:</p> <p>Coinvolgimento del volontariato che effettua corsi BLSD</p> <p>Raccolta informazioni da tutti i Comuni dell'area.</p>	

Linea 3.4.3 Reti di patologia	
Progetto aziendale: riorganizzazione della rete di cardio-oncologia	
Raccordo con la programmazione aziendale Sviluppo di percorsi diagnostici che assicurino l'integrazione e la continuità della presa in carico del problema di salute del cittadino	
Riconduzione alle LLGG 2017 Riorganizzazione delle funzioni: oncologia/cardiologia	
OBIETTIVO PRINCIPALE Garantire l'uniformità dell'approccio diagnostico terapeutico per la ricerca del danno miocardico da terapia oncologica in tutte le SOC/SSD del Dipartimento	
OBIETTIVI SECONDARI Migliorare l'appropriatezza nella prescrizione degli esami di screening per la ricerca di danno cardiaco secondo le linee guida e l'evidenza scientifica	
AZIONE 1 Produzione di un PDTA che definisca i percorsi di prevenzione presa in carico e follow-up	Tempi (entro il) 2° trimestre 2017
AZIONE 2 Definizione di un piano di formazione	Tempi (entro il) 3° trimestre 2017
AZIONE 3 Produzione di agende dedicate	Tempi (entro il) Giugno 2017
INDICATORI DI FASE	Attivazione delle agende dedicate
INDICATORI DI ESITO	Applicazione del PDTA
IMPATTO SULLE RISORSE	
Risorse umane	Isorisorse o con risorse derivanti da processi di riorganizzazione

Linea n. 3.4.3 Reti di patologia	
Progetto aziendale. Gestione della malattia tromboembolica venosa (MTEV)	
Raccordo con la programmazione aziendale Consolidare la gestione diagnostica e terapeutica della MTEV negli ambulatori dei Presidi ospedalieri dell'Azienda.	
Riconduzione alle LLGG 2017: Riferimento 3.4.3. reti di patologia	
OBIETTIVO PRINCIPALE Strutturare i PDTA della MTEV in AAS5	
OBIETTIVI SECONDARI Implementazione delle linee guida sulla gestione dei nuovi anticoagulanti orali (NAO).	
AZIONE 1 Incontri per elaborazione del PDTA per MTEV	Tempi (entro il) Giugno 2017
AZIONE 2 Adozione e applicazione del PDTA per MTEV	Tempi (entro il) Dicembre 2017
AZIONE 3	Tempi (entro il)
AZIONE 4	Tempi (entro il)
INDICATORI DI FASE	
INDICATORI DI ESITO	Numero pazienti arruolati nel PDTA
IMPATTO SULLE RISORSE	
Risorse umane	Isorisorse o con risorse derivanti da processi di riorganizzazione

Linea 3.4.3. Reti di patologia	
Progetto aziendale: Terapia antibiotica a medio-lungo termine in infusione continua mediante pompa elastomerica in pazienti affetti da patologie infettive a decorso protratto	
Raccordo con la programmazione aziendale: Il progetto nasce dalla necessità di privilegiare la gestione in DH e in futuro presso il proprio domicilio di questa procedura terapeutica con lo scopo di ridurre le lunghe degenze presso strutture di post-acuzie o presso RSA	
Riconduzione alle LLGG 2017 Progetti attinenti alle attività clinico assistenziali: 3.4.3 reti di patologia	
OBIETTIVO PRINCIPALE: Esecuzione di trattamenti antibiotici mediante pompa elastomerica in ricovero diurno e in prospettiva a domicilio	
OBIETTIVI SECONDARI: - ridurre significativamente i tempi di degenza presso le strutture ospedaliere per acuti e quelli presso strutture intermedie per il completamento del ciclo terapeutico - migliorare l'aderenza terapeutica del paziente anche in condizioni di disagio sociale.	
AZIONE 1 Formazione personale sull'utilizzo degli elastomeri	Tempi (entro il) 28/02/2017
AZIONE 2 Ampliamento del PICC team infermieristico (da 2 a 8 componenti),	Tempi (entro il) 30/06/2017
AZIONE 3 Applicazione sperimentale della procedura terapeutica in regime di ricovero ordinario	Tempi (entro il) 30/03/2017
AZIONE 4 Sperimentazione della procedura terapeutica in ricovero diurno	Tempi (entro il) 30/04/2017
AZIONE 5 Elaborazione di percorsi condivisi per la gestione con elastomero della terapia antibiotica a medio-lungo termine anche a domicilio	Tempi (entro il) 31/12/2017
INDICATORI DI FASE	
INDICATORI DI ESITO	Entro il 31/12/17, il 30% dei pazienti con terapia antibiotica protratta è gestito con elastomero in ricovero diurno
IMPATTO SULLE RISORSE	
Risorse umane	Isorisorse o con risorse derivanti da processi di riorganizzazione

Linea 3.4.3. Reti di patologia	
Progetto aziendale: realizzazione di una rete ematologica provinciale per la gestione delle urgenze cliniche ematologiche	
Raccordo con la programmazione aziendale: Il progetto nasce dalla necessità di giungere rapidamente alla diagnosi di emo-linfopatia acuta per la miglior gestione clinica dei pazienti, attraverso il coinvolgimento del Dipartimento di Medicina Interna, Dipartimento di Medicina dei Servizi, Dipartimento d’Emergenza e Cure Intensive dell’AAS5 , il Dipartimento di Oncologia Medica del CRO Aviano e Associazione Italiana Leucemie (AIL).	
Riconduzione alle LLGG 2017 Progetti attinenti alle attività clinico assistenziali: 3.4.3 reti di patologia	
OBIETTIVO PRINCIPALE: Istituzione di una reperibilità Ematologica sulle 24 ore per la gestione specialistica dell’Urgenza Ematologica del bacino provinciale Elaborazione di percorsi assistenziali per le emo-linfopatie acute	
AZIONE 1 Analisi della tipologia degli accessi afferenti ai PS dell’AAS5 negli anni 2014, 2015 e 2016	Tempi (entro il) 31/01/2017
AZIONE 2 Analisi delle criticità e stesura di linee guida, check-list e modalità di accesso e di intervento condivise dai professionisti interessati.	Tempi (entro il) 31/01/2017
AZIONE 4 Sperimentazione della rete di consulenza specialistica 24h formata da specialisti in Ematologia o in Oncologia con competenza in campo ematologico provenienti dal CRO e dall’AAS n.5	Tempi (entro il) 31/03/2017
INDICATORI DI ESITO	Esiste una pronta disponibilità interaziendale di specialisti ematologi per la gestione dell’urgenza
IMPATTO SULLE RISORSE	
Risorse umane	Isorisorse o con risorse derivanti da processi di riorganizzazione

Linea 3.4.3. Reti di patologia	
Progetto aziendale: Supporto trasfusionale domiciliare per i pazienti non autosufficienti con emopatie croniche	
Raccordo con la programmazione aziendale Implementazione della domiciliarità nella gestione delle patologie croniche	
Riconduzione alle LLGG 2017 Progetti attinenti alle attività clinico assistenziali: 3.4.3 reti di patologia	
OBIETTIVO PRINCIPALE: Esecuzione di emotrasfusioni a domicilio per pazienti con emopatie croniche	
OBIETTIVI SECONDARI: - ridurre il ricorso inappropriato al ricovero diurno - limitare il ricorso ai trasporti sanitari secondari	
AZIONE 1 Analisi della tipologia degli accessi presso il DH medico per emotrasfusioni per evidenziare i pazienti suscettibili di trattamento a domicilio	Tempi (entro il) 28/02/2017
AZIONE 2 Formazione dei Medici che responsabili della procedura trasfusionale a domicilio	Tempi (entro il) 30/04/2017
AZIONE 3 Identificazione delle modalità di esecuzione in sicurezza delle procedura di trasfusione a domicilio	Tempi (entro il) 30/06/2017
AZIONE 4 Avvio sperimentazione della rete di supporto trasfusionale e domicilio nei distretti Ovest e Centro	Tempi (entro il) 01/07/2017
INDICATORI DI ESITO	Il 30% dei pazienti eleggibili alla trasfusione a domicilio riceve la terapia in tale setting
IMPATTO SULLE RISORSE	
Risorse umane	Isorisorse o con risorse derivanti da processi di riorganizzazione

Linea 3.4.3. Reti di patologia	
Progetto aziendale: La salute dell'occhio	
Raccordo con la programmazione aziendale: L'aumento costante della domanda di prestazioni in ambito oculistico, giustificata dall'invecchiamento della popolazione e dalla disponibilità di cure efficaci ma non risolutive per la maculopatia, ha determinato la crescente difficoltà a far fronte al bisogno di salute degli assistiti dell'AAS5 in oftalmologia. L'offerta dell'AAS5, garantita dalla SC di Oculistica del PO di Pordenone e dagli specialisti ambulatoriali operanti presso i Distretti, soffre ancora per una non ottimale distribuzione delle competenze, generando inappropriata clinica e inefficienze di sistema.	
Riconduzione alle LLGG 2017 Progetti attinenti alle attività clinico assistenziali: 3.4.3 reti di patologia	
OBIETTIVO PRINCIPALE: Adeguare la risposta ai bisogni di salute delle persone con patologia dell'occhio, attraverso la riorganizzazione delle attività di prevenzione, diagnosi e cura, la individuazione delle attività che devono essere garantite sul territorio e in ambito ospedaliero e, per quest'ultimo, la definizione delle prestazioni eseguite presso le sedi di Pordenone, S. Vito e Sacile.	
OBIETTIVI SECONDARI: Definizione dei percorsi di diagnosi e cura delle principali patologie dell'occhio, con esplicitazione delle prestazioni, dei setting e dei tempi di erogazione. Revisione dell'offerta e sua gestione attraverso agende informatizzate costruite sulla base di regole comuni e condivise fra professionisti	
AZIONI	
<ul style="list-style-type: none"> • Mappature delle attività eseguite in ambito ospedaliero e territoriale • Identificazione delle prestazioni che devono essere eseguite nei diversi ambiti, con definizione della numerosità e tempi di esecuzione • Adeguamento delle agende informatizzate per l'applicazione del nuovo assetto • Descrizione e applicazione dei percorsi di diagnosi e cura per le principali patologie dell'occhio, con esplicitazione delle prestazioni ad essi associate e dei setting e dei tempi di erogazione • Identificazione delle modalità con le quali garantire l'accesso dell'assistito e la comunicazione fra i professionisti 	
IMPATTO SULLE RISORSE	
Risorse umane	Isorisorse o con risorse derivanti da processi di riorganizzazione

Linea 3.4.3. Reti di patologia	
Progetto aziendale: Centro di Neuro-Urologia e malattie rare dell'apparato urinario	
Raccordo con la programmazione aziendale: Consolidamento dell'attività di neuro urologia e formalizzazione dell'attività di diagnosi e cura della cistopatia interstiziale (patologia rara)	
Riconduzione alle LLGG 2017 Decreto regionale sulle malattie rare e attribuzione all'ospedale di Pordenone del Centro Regionale di Riferimento per le patologie rare in Urologia	
OBIETTIVO PRINCIPALE: Garantire diagnosi, terapia ed assistenza specializzata con approccio multidisciplinare alle persone con patologie disfunzionali del basso apparato urinario e sindromi pelviche rare	
OBIETTIVI SECONDARI: Istituzione di un osservatorio sulle condizioni neurologiche complesse e idiopatiche dell'area pelvica e sacrale e sulle ripercussioni viscerali di malattie a carattere neuropatico, dismetabolico, traumatico e jatrogeno.	
AZIONE 1 Identificazione di spazi adeguati per lo svolgimento delle attività complesse e compatibili con i pazienti portatori di handicap	Tempi (entro il)
AZIONE 2 Identificazione e coordinamento di un team multidisciplinare e multiprofessionale, e definizione del PDTA per la gestione dei casi in accordo alle linee-guida nazionali e internazionali	Tempi (entro il)
AZIONE 3 Definizione delle modalità di erogazione di prestazioni specialistiche per la gestione della cronicità e della fragilità sul territorio e a domicilio	Tempi (entro il)
INDICATORI DI FASE	Costituzione del team multiprofessionale e multidisciplinare Definizione del PDTA
INDICATORI DI ESITO	Applicazione del PDTA
IMPATTO SULLE RISORSE	
Risorse umane	Isorisorse o con risorse derivanti da processi di riorganizzazione

Linea 3.4.3. Reti di patologia	
Progetto aziendale: Costituire un centro Hub per la valutazione e trattamento di linfedema primario e secondario	
Raccordo con la programmazione aziendale	
Riconduzione alle LLGG 2017	
OBIETTIVO PRINCIPALE Razionalizzazione dell'offerta e dell'effettiva copertura alla popolazione delle prestazioni di evidente e dimostrata efficacia e reinvestendo le risorse e le competenze recuperate in pratiche o interventi sanitari o organizzativi efficaci.	
OBIETTIVI SECONDARI	
AZIONE 1 <ul style="list-style-type: none"> Costituire a Spilimbergo un centro di riferimento Hub per la presa in carico dei pazienti con linfedemi primari e secondari ad interventi chirurgici 	Tempi (entro il) <ul style="list-style-type: none"> Fine 2017.
AZIONE 2 <ul style="list-style-type: none"> Definire i criteri per il trattamento ambulatoriale 	Tempi (entro il)
AZIONE 3 <ul style="list-style-type: none"> Definire i criteri per il ricovero 	Tempi (entro il)
INDICATORI DI FASE	
INDICATORI DI ESITO	
IMPATTO SULLE RISORSE	
Risorse umane	Isorisorse o con risorse derivanti da processi di riorganizzazione

Linea 3.4.3. Reti di patologia	
Progetto aziendale: omogeneizzazione inter-ospedali della diagnostica e del trattamento dei difetti della parete addominale	
Raccordo con la programmazione aziendale: Progetto nell'ambito della convergenza delle attività chirurgiche per volumi e qualità disciplinando tra più ospedali i percorsi in una patologia a grande incidenza.	
Riconduzione alle LLGG 2017 In accordo con la riconversione delle attività delle UUOO in funzione del principio di Hub&Spoke	
OBIETTIVO PRINCIPALE Fornire uniformità di trattamento secondo indicazioni scientifiche approvate da linee guida internazionali per la migliore qualità dell'offerta sanitaria con centralizzazione della chirurgia dei difetti maggiori di parete in un unico centro.	
OBIETTIVI SECONDARI Razionalizzazione dei percorsi con il migliore rapporto costo/efficacia.	
AZIONE 1 Costituzione del gruppo di lavoro	Tempi (entro il) DIC 2016
AZIONE 2 Accordo sulle linee guida da applicare	Tempi (entro il) GENNAIO 2017
AZIONE 3 Applicazione delle linee guida condivise e informatizzazione dei dati	Tempi (entro il) FEBBRAIO 2017
AZIONE 4 Audit dipartimentale e pubblico sull'attività avviata ed eventuali aggiustamenti di percorso	Tempi (entro il) MAGGIO 2017
INDICATORI DI FASE	Testi prodotti entro le scadenze previste
INDICATORI DI ESITO	Aderenza alle linee guida >90%
IMPATTO SULLE RISORSE	
Risorse umane	Isorisorse o con risorse derivanti da processi di riorganizzazione

Linea 3.4.6 Sangue ed emocomponenti	
Progetto aziendale: implementazione del PBM (<i>patient blood management</i>) da applicare in chirurgia ortopedica maggiore elettiva dell'adulto	
Raccordo con la programmazione aziendale	
Trattasi di progetto interdipartimentale: DIP Medicina Trasfusionale, DIP Ortopedico-Riabilitativo e DIP Emergenza (per il coinvolgimento dei Servizi di Anestesia)	
Riconduzione alle LLGG 2017	
Linea 3.4.6. obiettivo 4: Garanzia della sicurezza e dell'appropriatezza trasfusionale attraverso la partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza trasfusionale.	
OBIETTIVO PRINCIPALE: La recente pubblicazione del Decreto Ministeriale del 2 Novembre 2015 sulla Gazzetta Ufficiale riferito alle "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti" dispone che: <ul style="list-style-type: none"> • siano definiti e implementati specifici programmi per la gestione del paziente candidato a trattamenti chirurgici programmati • siano avviati da parte delle strutture ospedaliere modelli organizzativi rivolti a questo tipo di attività allo scopo di prevenire la trasfusione evitabile 	
OBIETTIVI SECONDARI: ridurre il ricorso alla trasfusione omologa; eliminare o ridurre il l'anemia pre-operatoria che rappresenta un moltiplicatore di morbosità e mortalità, anche costituendo una controindicazione all'effettuazione di interventi chirurgici in elezione che prevedano un significativo rischio di sanguinamento.	
AZIONE 1 : Informazione e formazione degli operatori interessati in tutti i presidi ospedalieri dell'AAAS5 dove si praticano interventi di Chirurgia Ortopedia Maggiore Elettiva	Tempi (entro il) 31/03/2017
AZIONE 2: Costituzione del team multidisciplinare "ANEMIA CLINIC" e definizione del mandato	Tempi (entro il) 30/06/2017
AZIONE 3: L'implementazione di specifici percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali multidisciplinari finalizzati all'applicazione delle strategie del PBM nell'ambito della chirurgia protesica elettiva, anche mediante l'individuazione di personale infermieristico dedicato.	Tempi (entro il) 30/09/2017
AZIONE 4: Produzione di linee guida aziendali	Tempi (entro il) 31/12/2017
INDICATORI DI FASE	Incontri tra operatori interessati e Costituzione dell'ANEMIA CLINIC
INDICATORI DI ESITO	Valutazione di almeno il 20% dei candidati anemici a interventi elettivi di ortopedia maggiore
IMPATTO SULLE RISORSE	
Risorse umane	Isorisorse o con risorse derivanti da processi di riorganizzazione

Linea 3.4.8. Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure	
Progetto aziendale: La riorganizzazione del percorso postoperatorio nell'ambito della Recovery Room	
Raccordo con la programmazione aziendale Centro HUB per chirurgia di urgenza e oncologica	
Riconduzione alle LLGG 2017 3.4.8 Rischio clinico, Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure	
OBIETTIVO PRINCIPALE: Portare gradualmente l'attività della Recovery Room del P.O. di Pordenone sulle 24 ore, 7 giorni su 7. (Attualmente la Recovery Room è attiva 5 giorni/settimana, dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.00 alle 20.00. Il limitato funzionamento della Recovery Room comporta una gestione perioperatoria differenziata del paziente chirurgico, a seconda del giorno e dell'orario in cui è effettuato l'intervento chirurgico)	
OBIETTIVI SECONDARI: Migliorare la sorveglianza del paziente chirurgico nel perioperatorio. Migliorare l'appropriatezza del ricorso alla Terapia Intensiva nel perioperatorio.	
AZIONE 1 Ridurre il ricorso alla Terapia Intensiva	Tempi (entro il)
AZIONE 2 Migliorare i percorsi della medicina perioperatoria	Tempi (entro il)
AZIONE 3 Uniformare migliorare la gestione del paziente chirurgico	Tempi (entro il)
INDICATORI DI FASE	
INDICATORI DI ESITO	Pazienti accolti e trattati in RR vs Pazienti accolti trattati in TI. Aderenza ai criteri
IMPATTO SULLE RISORSE	
Risorse umane	Isorisorse o con risorse derivanti da processi di riorganizzazione

Linea 3.4.8. Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure	
Progetto aziendale: redazione e applicazione di PDTA integrato ospedale-territorio per la gestione delle persone affette da lesioni ulcerative degli arti inferiori	
Raccordo con la programmazione aziendale	
Riconduzione alle LLGG 2017	
OBIETTIVO PRINCIPALE Rendere omogenei i trattamenti delle persone affette da lesioni ulcerative degli arti inferiori che afferiscono alle Strutture Ospedaliere e ai Servizi Territoriali aziendali	
OBIETTIVI SECONDARI Migliorare la collaborazione e il flusso di informazioni tra personale delle Strutture Ospedaliere e i Servizi Territoriali	
AZIONE 1 E' istituito il gruppo di lavoro	Tempi (entro il) Al 28 febbraio 2017
AZIONE 2 E' redatto il PDTA	Tempi (entro il) Al 30 giugno 2017
AZIONE 3 E' applicato il PDTA	Tempi (entro il) Al 31 dicembre 2017
AZIONE 4	Tempi (entro il)
INDICATORI DI FASE	
INDICATORI DI ESITO	
IMPATTO SULLE RISORSE	
Risorse umane	Isorisorse o con risorse derivanti da processi di riorganizzazione

Linea 3.4.8. Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure	
Titolo del progetto: Percorso per paziente con ulcera cronica sovrainfetta	
Raccordo con la programmazione aziendale Valenza Interdipartimentale	
Riconduzione alle LLGG 2017 Antimicrobial Stewardship e Multidisciplinarietà	
OBIETTIVO PRINCIPALE Fornire ai pazienti affetti da ulcera cronica di qualsiasi eziopatogenesi con sovrainfezione, provenienti soprattutto dall'ambito territoriale (MMG e Distretti), adeguato trattamento anche al fine di ridurre la probabilità di selezione di ceppi batteri multi-resistenti, evenienza molto frequente in tale tipologia di pazienti con sovraccarichi in termini di: <ul style="list-style-type: none"> • morbosità per il paziente • carico assistenziale ed economico per il Sistema Sanitario • carico epidemiologico 	
OBIETTIVI SECONDARI <ul style="list-style-type: none"> • Ridurre le peregrinazioni dei pazienti da diversi specialisti senza una visione e gestione multidisciplinare d'insieme con un percorso il più lineare possibile • Ridurre il sovrautilizzo/malutilizzo della terapia antibiotica in ambito domiciliare/distrettuale con particolare riferimento alla pratica di somministrare antibiotica per via intramuscolare a basso dosaggio 	
AZIONE 1 Attivazione di ambulatorio condiviso Dermatologico/Infettivologico dedicato alla patologia sopraindicata	Tempi (entro il) Febbraio 2017
AZIONE 2 Coinvolgimento delle Medicine (Pordenone, S. Vito e Spilimbergo) per l'eventuale appoggio in regime di ricovero ospedaliero per eventuale esecuzione di terapia antibiotica per via iniettiva endovenosa anche con attivazione di percorso per infusione di terapia antibiotica mediante elastomero con possibilità di gestione domiciliare	Tempi (entro il) Febbraio 2017
AZIONE 3 Coinvolgimento di Chirurghi Vascolari per le specifiche problematiche di competenza ove presenti	Tempi (entro il) Febbraio 2017
AZIONE 4	Tempi (entro il)
INDICATORI DI FASE	E' avviata l'offerta ambulatoriale condiviso dermatologico/infettivologico.
INDICATORI DI ESITO	Numero di pazienti affetti da tale patologia che verranno proposti per ricovero dopo valutazione congiunta dermatologico-infettivologica rispetto al numero di pazienti affetti da tale patologia che verranno ricoverati senza preliminare valutazione congiunta.
IMPATTO SULLE RISORSE	
Risorse umane	Isorisorse o con risorse derivanti da processi di riorganizzazione

Linea 3.4.8. Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure	
Progetto aziendale: Definizione di linee guida operative di terapia antibiotica in terapia intensiva e nei percorsi dell'urgenza/emergenza	
Raccordo con la programmazione aziendale Valenza interdipartimentale	
Riconduzione alle LLGG 2017 <i>Antimicrobial Stewardship</i> e Multidisciplinarietà	
OBIETTIVO PRINCIPALE Definire dei protocolli operativi di terapia antibiotica per i più frequenti quadri infettivi che consentano ai singoli medici prescrittori di agire in maniera ragionata ed omogenea in linea con l'epidemiologia locale attesa riducendo al minimo il rischio di avvio di terapia antibiotica inappropriata (per scelta/posologia/modalità di somministrazione ecc. ecc.) scongiurando però il ricorso ad un sovrautilizzo di terapia antibiotica rischioso dal punto di vista di antimicrobial stewardship.	
OBIETTIVI SECONDARI <ul style="list-style-type: none"> • Incrementare le conoscenze in termini di antibiotico-terapia complessiva dal punto di vista farmacodinamico/farmacocinetico • Incrementare le conoscenze da parte dei singoli medici dell'epidemiologia microbiologica locale • Ridurre la necessità di richiesta di consulenza infettivologica in urgenza a fronte dell'impossibilità attuale di garantire una copertura 24/24h e 7/7gg • Ridurre il consumo di antibiotico-terapia complessivo 	
AZIONE 1 Calendarizzazione di una serie di incontri (auspicabilmente con ECM per formazione sul campo) con personale medico di Terapia Intensiva, Medicina d'Urgenza e PS sia di Pordenone che di S. Vito al Tagliamento	Tempi (entro il) Aprile 2017
AZIONE 2 Coinvolgimento del personale laureato di Microbiologia al fine di definire la modalità operativa corretta di invio dei campioni microbiologici per ottimizzare il dato finale	Tempi (entro il) Aprile 2017
AZIONE 3	Tempi (entro il)
AZIONE 4	Tempi (entro il)
INDICATORI DI FASE	Attivazione e programmazione degli incontri di discussione multidisciplinare e creazione/modifica di linee guida di terapia antibiotica
INDICATORI DI ESITO	Numero di prescrizioni in accordo con le linee guida definite.
IMPATTO SULLE RISORSE	
Risorse umane	Isorisorse o con risorse derivanti da processi di riorganizzazione

Linea 3.4.8. Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure	
Progetto aziendale: attivazione di programma di <i>antimicrobial stewardship</i> sul territorio con coinvolgimento dei medici di medicina generale	
Raccordo con la programmazione aziendale Integrazione Ospedale/Territorio	
Riconduzione alle LLGG 2017 <i>Antimicrobial Stewardship</i> e Integrazione Ospedale/Territorio	
OBIETTIVO PRINCIPALE Coinvolgere in maniera attiva i Medici di Medicina Generale sul tema dell' <i>antimicrobial stewardship</i> introducendo principi generali, ma anche pratici specifici, in merito ai più frequenti quadri infettivologici (infezione delle vie urinarie, infezione delle vie respiratorie e infezione di cute e tessuti molli).	
OBIETTIVI SECONDARI <ul style="list-style-type: none"> • Incrementare le conoscenze dei MMG in termini di antibioticotераpia complessiva dal punto di vista farmacodinamico/farmacocinetico • Incrementare le conoscenze dei MMG dell'epidemiologia microbiologica locale • Ridurre il consumo di antibiotico-terapia complessivo in ambito territoriale 	
AZIONE 1 Calendarizzazione di una serie di incontri formativi definiti in numero di almeno 2 (auspicabilmente con ECM) con MMG che operano nell'ambito dell'AAS5	Tempi (entro il) Novembre 2017
AZIONE 2 Coinvolgimento della Microbiologia al fine di definire la modalità operativa corretta di esecuzione dei principali campioni microbiologici che vengono richiesti in ambito domiciliare	Tempi (entro il) Novembre 2017
INDICATORI DI FASE	Attivazione e programmazione degli incontri di formazione
INDICATORI DI ESITO	Numero di partecipanti agli eventi organizzati.
IMPATTO SULLE RISORSE	
Risorse umane	Isorisorse o con risorse derivanti da processi di riorganizzazione

Linea 3.4.8. Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure	
Progetto aziendale: <i>Critical real time warnings</i> : comunicazione in tempo reale di <i>alert organisms</i> , ceppi <i>multidrug resistant</i> ed emocolture positive	
Raccordo con la programmazione aziendale Implementazione della rete di controllo delle infezioni nelle strutture sanitarie e <i>antimicrobial stewardship</i>	
Riconduzione alle LLGG 2017 Progetti attinenti alle attività clinico assistenziali: 3.4.8	
OBIETTIVO PRINCIPALE Migliorare la comunicazione di eventi infettivi critici nel territorio/strutture dell'Azienda	
OBIETTIVI SECONDARI	
AZIONE 1 Definizione delle linee di progetto	Tempi (entro il) Fine febbraio 2017
AZIONE 2 Verifica disponibilità e implementazione rete informatica e telefonica a supporto del progetto	Tempi (entro il) Fine settembre 2017
AZIONE 3 Attivazione <i>warnings</i> via <i>email</i> e <i>sms</i>	Tempi (entro il) Fine dicembre 2017
INDICATORI DI FASE	
INDICATORI DI ESITO	
IMPATTO SULLE RISORSE	
Risorse umane	Isorisorse o con risorse derivanti da processi di riorganizzazione

Linea 3.4.8. Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure	
Progetto aziendale: riorganizzazione della attività di riabilitazione logopedica presso I presidi ospedalieri aziendali	
Raccordo con la programmazione aziendale	
Riconduzione alle LLGG 2017	
OBIETTIVO PRINCIPALE Armonizzazione della offerta di riabilitazione logopedica nei presidi ospedalieri aziendali	
OBIETTIVI SECONDARI Revisione dei modelli organizzativi orientati al migliore e più equo utilizzo delle risorse umane disponibili	
AZIONE 1 Attivazione della consulenza logopedica presso le degenze del P.O. di San Vito al Tagliamento-Spilimbergo.	Tempi (entro il) Giugno 2017
AZIONE 2	Tempi (entro il)
AZIONE 3	Tempi (entro il)
AZIONE 4	Tempi (entro il)
INDICATORI DI FASE	
INDICATORI DI ESITO	
IMPATTO SULLE RISORSE	
Risorse umane	Isorisorse o con risorse derivanti da processi di riorganizzazione

Linea 5. Progetti di implementazione dei sistemi informatici	
Progetto aziendale: informatizzazione della cartella clinica della emodialisi	
Raccordo con la programmazione aziendale Tool già disponibile ed in uso in tutte le emodialisi regionali	
Riconduzione alle LLGG 2017	
OBIETTIVO PRINCIPALE Aderire allo standard richiesto per la produzione dei dati indispensabili al mantenimento dell'accreditamento istituzionale	
OBIETTIVI SECONDARI Migliorare l'operatività della struttura di nefrologia e dialisi	
AZIONE 1 Acquisizione dello strumento informatico	Tempi (entro il) Marzo 2017
AZIONE 2 Interfacciamento con i sistemi informatici in uso	Tempi (entro il) Giugno 2017
AZIONE 3 Formazione del personale	Tempi (entro il) Giugno 2017
INDICATORI DI FASE	
INDICATORI DI ESITO	Gestione paperless della funzione di emodialisi
IMPATTO SULLE RISORSE	
Risorse umane	Isorisorse o con risorse derivanti da processi di riorganizzazione

Linea 3.4 Progetti attinenti le attività clinico assistenziali	
Linea 6. Investimenti (sistemi robotizzati per chirurgia endoscopica)	
Progetto aziendale: introduzione della chirurgia robotica presso il P.O. di Pordenone	
Strutture coinvolte Dipartimento di Chirurgia Generale e Medicina Perioperatoria; Dipartimento di Chirurgia Specialistica; Dipartimento Tecnico; Oncologia Chirurgica CRO Aviano S.C. : Urologia, Chirurgia generale, Ginecologia, ORL, Oculistica, Anestesia e Rianimazione 2, Approvvigionamenti e Gestione Contratti Beni e Servizi, Innovazione e Gestione Tecnologie; Oncologia Chirurgica CRO	
Raccordo con la programmazione aziendale Acquisizione per il 2017 tecnologia per chirurgia robotica	
Riconduzione alle LLGG 2017 pag. 61 Capitolo 6. GLI INVESTIMENTI pag. 62 rigo 11. Sistemi robotizzati per chirurgia endoscopica	
OBIETTIVO PRINCIPALE Introduzione e utilizzo del robot chirurgico in sala operatoria dedicata per il trattamento delle patologie eleggibili di competenza multispecialistica	
OBIETTIVI SECONDARI	
- Recupero della fuga per patologia neoplastica urologica	
- Individuazione del team leader per l'attività chirurgica robotica - Composizione di equipe chirurgiche specialistiche dedicate	Tempi (entro il) Febbraio 2017
AZIONE 1 - Preparazione dei chirurghi individuati presso centri esperti nell'utilizzo di tale tecnologia	Tempi (entro il) 2017
AZIONE 2 - Preparazione del personale di Sala Operatoria presso centri esperti	Tempi (entro il) 2017
AZIONE 3 - Analisi e condivisione delle indicazioni alla chirurgia robotica	Tempi (entro il) 2017
AZIONE 4 - Individuazione tutor nelle fasi di apprendimento e definizione degli item di valutazione delle competenze da acquisire	Tempi (entro il)
INDICATORI DI FASE	n° di operatori formati
INDICATORI DI ESITO	N° di interventi eseguiti nell'arco temporale di un anno Valutazione degli esiti
IMPATTO SULLE RISORSE	
Risorse umane	Isorisorse o con risorse derivanti da processi di riorganizzazione

3.6 PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI

Linea 3.6.1	
Progetto aziendale : Disabilità	
Raccordo con la Programmazione precedente:	
<p>Tenuto conto delle attività di concertazione realizzate nel corso del 2016 dal Coordinamento sociosanitario in merito alle migliori soluzioni possibili per i disabili che stanno invecchiando, l'Atto di Delega per l'anno 2017 approvato dalla Conferenza dei Sindaci il 23/11/16 ha approvato, tra le altre azioni, anche la definitiva promozione di tale percorso mediante l'apertura di alcuni micro moduli (indicativamente per due posti residenziali e/o diurne) per persone con disabilità anziane o con in corso un importante deterioramento fisico e che, previa valutazione, possono essere inserite in strutture residenziali per anziani, meno istituzionalizzanti di quelle tradizionali per la disabilità.</p>	
Obiettivo aziendale:	Risultati attesi:
L'AAS5 sperimenta dei sistemi innovativi per la residenzialità delle persone con disabilità che invecchiano in diretta collaborazione con le strutture residenziali per anziani del proprio territorio	Tra il Coordinamento sociosanitario e le strutture residenziali per anziani si mettono a punto, tramite convenzione, dei percorsi dedicati alle persone con disabilità che invecchiano.
Azioni ed interventi:	
<ul style="list-style-type: none"> - Condivisione con i soggetti gestori delle strutture residenziali per anziani sugli obiettivi e finalità del percorso - Individuazione con valutazione specifica delle persone con disabilità beneficiarie del progetto 	
Indicatori:	
<ul style="list-style-type: none"> - Numero di persone disabili che invecchiano inseriti in strutture residenziali per anziani (dalle 2 attuali ad almeno 6) - Numero convenzioni sottoscritte tra AAS5 e soggetti gestori di strutture residenziali per anziani (almeno 2) 	
Raccordo con la Programmazione precedente:	
<p>Nel corso del 2016, la Direzione regionale per i servizi sanitari e sociali ha promosso la costituzione di un gruppo di lavoro con lo scopo di una riflessione approfondita che conduca alla definizione di una strategia complessiva di approccio alla riforma del settore della disabilità ed alla definizione e attuazione delle azioni prioritarie di intervento.</p> <p>Tra i vari obiettivi assegnati al gruppo, è stato anche inserito quello di definire uno strumento per una prima rappresentazione e valutazione dei bisogni degli utenti in carico ai servizi semiresidenziali e residenziali.</p>	
Obiettivo aziendale:	Risultati attesi:
Valutazione degli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità secondo lo strumento di valutazione nella formula	Tutti gli utenti dei servizi semiresidenziali e residenziali dei Servizi in Delega dell'AAS5 sono valutati con il nuovo strumento. (se strumento

definitivamente approvata Individuazione di un referente aziendale che coordini e monitori l'attività di valutazione	approvato nei primi 6 mesi dell'anno)
Azioni ed interventi: <ul style="list-style-type: none"> - Presentazione dello strumento di valutazione e formazione sullo stesso - Realizzazione dei percorsi di valutazione - Raccolta integrata dell'attività di valutazione - Restituzione degli esiti della valutazione alla Regione secondo le indicazioni che da questa saranno definite 	
Indicatori: <ul style="list-style-type: none"> - Numero persone valutate con il nuovo strumento - Evidenza di un report di rendiconto sul percorso realizzato 	

Linea 3.6.2: Minori	
Progetto aziendale	
Raccordo con la Programmazione precedente:	
<p>Gli ultimi mesi del 2016 hanno visto la ridefinizione di alcuni tavoli di lavoro della Cabina di Regia, organismo promosso nella provincia di Pordenone quale sede di <i>governance</i> tecnico professionale del Piano di Zona e del Piano Attuativo Annuale.</p> <p>Tra questi, anche il Tavolo Minori.</p>	
Obiettivo aziendale:	Risultati attesi:
<p>La Cabina di Regia dell'AAS5, come da Atto aziendale, è sede di concertazione e <i>governance</i> delle attività finalizzate a realizzare gli obiettivi del Piano di Zona e del Programma Attuativo Annuale.</p> <p>Definisce quale modalità di lavoro per alcuni settori specifici dei Tavoli, in linea anche con le situazioni di bisogno emergenti.</p>	<p>Nel corso del 2017 il Tavolo Minori esamina i principali temi specifici per quest'area di intervento, tra cui, ad esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visite protette - Inserimenti in comunità - La rete territoriale dei servizi per i minori - Il sistema complessivo della presa in carico
Azioni ed interventi:	
<ul style="list-style-type: none"> - Il Tavolo Minori della Cabina di Regia si riunisce periodicamente e con continuità nel corso del 2017 	
Indicatori:	
<ul style="list-style-type: none"> - Numero incontri del Tavolo Minori della Cabina di Regia dell'AAS5 - Evidenza di protocollo o accordi operativi adottati dal Tavolo Minori 	

3.7 RAPPORTO CON I CITTADINI

Linea 3.7.1. Tempi di attesa	
Progetto aziendale: Riorganizzazione percorso diagnostico-terapeutico per pazienti con Patologia vascolare	
Raccordo con la programmazione aziendale - Ampliamento dell'offerta di diagnosi delle patologie vascolari arteriose e venose degli arti inferiori e della patologia cerebrovascolare	
Riconduzione alle LLGG 2017 - Tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali di diagnostica Eco-color Doppler TSA ed arti - Promozione della salute e prevenzione: Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP): "Screening opportunistico" su stili di vita a rischio cardiovascolare	
OBIETTIVO PRINCIPALE - Ridurre i tempi di attesa della diagnostica vascolare per pazienti esterni con richieste in priorità B e D - Offrire un percorso dedicato di diagnosi, follow-up ambulatoriale e/o ricovero/DH per la terapia medica delle vasculopatie	
OBIETTIVI SECONDARI - Impostare uno "screening opportunistico" su stili di vita e rischio cardiovascolare globale nell'ottica della prevenzione cardiovascolare - Offrire una via preferenziale di accesso ambulatoriale a paziente ad alto rischio vascolare	
AZIONE 1 Condividere con la SSD Chirurgia Vascolare e con SC Radiologia Interventistica un PDTA per pazienti con Patologia vascolare	Tempi Secondo semestre 2017
AZIONE 2 Aumentare l'offerta di prestazioni ambulatoriali a San Vito	Tempi Secondo semestre 2017
AZIONE 3	Tempi (entro il)
INDICATORI DI FASE	Verbalizzazione di riunioni per la condivisione di un PDTA
INDICATORI DI ESITO	- Stilare un protocollo /PDTA condiviso con Chirurgia Vascolare e Radiologia Interventistica entro fine 2017 - Garantire una offerta di prestazioni di diagnostica vascolare in priorità B e D per almeno il 60% delle richieste
IMPATTO SULLE RISORSE	
Risorse umane	Isorisorse o con risorse derivanti da processi di riorganizzazione

Linea 3.7.1. Tempi di attesa	
Progetto aziendale: Attivazione della refertazione on line degli esami di laboratorio per i pazienti ambulatoriali dell'AAS5	
Raccordo con la programmazione aziendale Miglioramento dei percorsi assistenziali dei pazienti ambulatoriali in tutti i centri prelievo del DML e DMT	
Riconduzione alle LLGG 2017 Specifico riferimento ai punti 3.7 (Rapporti con i cittadini) e 5 (Il sistema informativo)	
OBIETTIVO PRINCIPALE Riduzione dei tempi di risposta e dei tempi di attesa degli esami di laboratorio	
OBIETTIVI SECONDARI Semplificazione dei percorsi dei pazienti	
AZIONE 1 Individuazione del gruppo di lavoro (coinvolgimento della DCS, di Insiel, dell'Ingegneria clinica e delle direzioni amministrativa e sanitaria)	Tempi (entro il) Febbraio 2017
AZIONE 2 Attivazione del servizio	Giugno 2017
INDICATORI DI FASE	Referti on line disponibili al 30.04.2017
INDICATORI DI ESITO	Primi referti on line ritirati al 31.10.2017
IMPATTO SULLE RISORSE	
Risorse umane	Isorisorse o con risorse derivanti da processi di riorganizzazione

5. SISTEMA INFORMATIVO

Linea 5 Sistema informativo	
Progetto aziendale RADIOLOGIA DOMICILIARE	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sviluppo di percorsi diagnostici che assicurino l'integrazione e la continuità della presa in carico del problema di salute del cittadino	Estensione delle attività di radiologia domiciliare a tutte le case di riposo
Azioni e Interventi:	
AZIONE 1 Censimento delle strutture presenti in AAS5 e delle loro necessità cliniche	Tempi (entro il) 28/2/2017
AZIONE 2 Dotazione tecnologica	Tempi (entro il) 30.6.2017
INDICATORI DI FASE	Numero di prestazioni
INDICATORI DI ESITO	Numero di strutture coinvolte
IMPATTO SULLE RISORSE	
Tecnologie	Isorisorse o derivanti da processi di riorganizzazione
Risorse umane	

Linea 5 Sistema informativo**Progetto aziendale SISTEMA INFORMATIVO NEUROPSICHIATRIA INFANTILE**

Si intende rinnovare il sistema informatico della Neuropsichiatria Infantile, processo avviato nel corso del 2016 condotto dal responsabile della Programmazione e Controllo, su richiesta del Direttore della S.C. Neuropsichiatria Infantile e su mandato del Direttore Generale.

Tale possibilità garantirebbe le integrazioni con servizi regionali come anagrafe, Geco e recuperi di informazione da UVM, UVD, SDO, Consultori, ecc...

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sviluppo gestionale per la neuropsichiatria infantile	Applicazione del nuovo gestionale al servizio di neuropsichiatria infantile

Azioni ed interventi

Acquisizione del servizio software con l'adattamento di un prodotto già in uso in sanità presso i Consultori Familiari.

Linea 5 Sistema informativo

Progetto di revisione del percorso accettazione richieste/campioni di laboratorio per i servizi territoriali (con riferimento al servizio ADI)

Con l'avvio del nuovo sistema di laboratorio sono emerse alcune criticità a livello organizzativo sulla gestione della preparazione del prelievo da effettuarsi sul territorio. Oggi la procedura prevede che la richiesta cartacea (ricetta rossa) con indicata la data di prelievo programmata viene inviata dal servizio ADI allo sportello del centro prelievo aziendale di riferimento per l'inserimento a sistema, dopo tale fase il sistema produce le etichette necessarie che vengono inviate insieme alla richiesta al servizio ADI di partenza (immaginate il giro di carte per gestire la richiesta, possibilità di ritardo, meccanismi rigidi sulla preparazione delle richieste, occorre programmare puntualmente le richieste su carta sede per sede, dispendio di energie su carta da parte del personale). A questo punto l'ADI dopo aver ricevuto le etichette da centro prelievi effettuerà il prelievo a casa dell'utente e concluderà la sua fase eseguendo il check-out del prelievo per segnalare che il prelievo è in viaggio verso il laboratorio. (tale azione è stata attivata con l'avvio del laboratorio, condizione necessaria per garantire la tracciabilità)

Si rileva che la gestione potrebbe esser spostata sulla periferia per abolire lo spostamento delle richieste cartacee da ADI verso sportelli di laboratorio e viceversa evitando la perdita di tempo e passaggi a più mani di una singola richiesta. L'obiettivo è ottimizzare i tempi di preparazione della richiesta/campioni, garantendo la sicura e permettere di gestire al meglio le richieste urgenti che non riescono a rientrare nel canale delle programmate.

Il modello che si propone è di sperimentare in alcune sedi territoriali ADI la decentralizzazione della produzione delle etichette che comporta la gestione della richiesta in fase di accettazione per tramite del sistema CUP-WEB. Si configura pertanto una modalità operativa simile ai reparti ospedalieri, la preparazione dei campioni da eseguire direttamente nel luogo fisico dove l'infermiere prepara il giro prelievi. Come primo impatto può sembrare una attività onerosa per il servizio ADI ma potrebbe configurarsi come un annullamento o ridimensionamento di alcune attività di preparazione cartacee evitando lo spostamento delle richieste da ADI verso gli sportelli di laboratorio e di nuovo verso ADI per produzione delle etichette. La difficoltà e il tempo impiegato per la imputazione degli esami in CUP-WEB per la preparazione della richiesta necessita di un certa esperienza nella codifica delle prestazioni per la generazione delle etichette, ma dobbiamo esser ottimisti perché l'avvio della ricetta dematerializzata specialistica per i MMG/PLS faciliterà tale compito. Infatti la ricetta dematerializzata semplificherà l'attività di registrazione della richiesta da parte del personale dell'AAS, in quanto basterà richiamare la ricetta dematerializzata che riporterà tutti gli esami codificati a sistema, l'operatore dovrà solo confermare la richiesta del medico e il sistema produrrà le etichette necessarie. Tale processo potrebbe esser sperimentato solo dopo luglio 2017 a seguito dei futuri adeguamenti dei sistemi informatici, nel frattempo si potrebbe sperimentare la decentralizzazione su alcune aree del nostro territorio in grado di gestire la richiesta con l'inserimento manuale e valutare eventuali problematiche sulla gestione del modello proposto.

Referto on-line

Altro aspetto da non sottovalutare è proporsi entro i primi mesi del 2017 per l'avvio della consegna dei referti on-line, occorre pianificare un opportuna campagna pubblicitaria, i servizi on-line in questa Regione nell'ambito della sanità vengono poco pubblicizzati e pertanto utilizzati. Il referto on-line potrebbe aiutare l'azienda a risparmiare in risorse per la consegna allo sportello.

Prenotazione on-line e Pagamento on-line

A partire da inizio anno 2017 sarà possibile prenotare on-line in modalità semplificata, anche in questo caso la ricetta dematerializzata gioca un ruolo fondamentale, prenotare e pagare on-line dovrà essere maggiormente pubblicizzato. Il servizio pagamento on-line da anni attivo viene poco utilizzato, occorre sensibilizzare la cittadinanza. Si potrebbe ridurre l'esigenza da parte del cittadino di utilizzare la farmacia per prenotare e pagare.

Progetto trasversale Anziani

Obiettivo aziendale

Anche a Pordenone è in corso il processo di transizione demografica caratterizzato dal costante incremento della popolazione anziana. La crisi economica ha determinato una redistribuzione sul territorio regionale delle fasce in età produttiva in grado di generare reddito ed una modifica della struttura delle famiglie, con un incremento del numero di famiglie composte da soli anziani.

Alla transizione demografica è seguito, negli ultimi decenni, il processo di transizione epidemiologica con incremento della cronicità, vero modello emergente di malattia, che il sistema ha tentato di governare con un graduale potenziamento, ancor oggi insufficiente, dell'assistenza domiciliare, sia formale (MMG, ADI) che informale (badanti). I nuovi accordi per la medicina generale promuovono lo sviluppo e la crescita dell'aggregazione professionale (AFT, nMGI e CAP) allo scopo di favorire la qualità, l'appropriatezza e la sostenibilità dell'intervento sanitario e garantire l'accessibilità alle cure primarie.

Sul versante ospedaliero, non tende a ridursi l'assalto e la congestione delle UU.OO. di medicina, con posti letto prevalentemente occupati da persone anziane affette da malattie croniche in fase di riacutizzazione, ostinatamente reiterando l'approccio "per acuti" alla malattia cronica, anziché adottare un modello proattivo di governo efficace e sostenibile del bisogno sanitario e sociosanitario dell'anziano.

A livello di tutta la AAS5 appare fondamentale, in particolare nella "questione anziani", dare omogeneità e coerenza ad una **progettualità di sistema**, e non di area, di linea o di struttura, definendo una sorta di progetto unico aziendale "progetto anziani", all'interno del quale tutti gli attori che, a diverso titolo, intervengono nella filiera di produzione di servizi e di interventi (dalle medicine, alle chirurgie, ai distretti ed ai dipartimenti) possano riconoscersi, riportando ad un unico contesto tutte le progettualità espresse nel PAL.

È necessario far emergere una nuova visione, un nuovo paradigma, orientato a superare la tradizionale tendenza all'erogazione di servizi o interventi sanitari "verticali" a favore degli anziani, sviluppando invece un'offerta sistemica ed integrata alle persone anziane ed alle famiglie, ed insieme la promozione di una nuova consapevolezza negli anziani e nelle loro famiglie sul tema della "salute".

Premessa

La linea 3.1.6 prevede un piano di riorganizzazione dell'attività geriatrica che ridefinisca l'organizzazione ospedaliera e distrettuale per i grandi anziani >85

Applicare strategie integrate nel percorso di gestione della persona anziana	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Linea 3.1.6 Geriatria Linea 3.2.2 Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici Linea 3.2.7 Attività fisica rivolta alla popolazione adulta Avvio/consolidamento AFA Linea 3.2.9. Prevenzione incidenti domestici Linea 3.2.15. Miglioramento coperture vaccinali (Vaccinazione antinfluenzale e pneumococco; Offerta vaccinazione per Herpes Zoster)	Definire ed attuare una strategia aziendale omogenea e condivisa, di supporto alle problematiche degli anziani Avvio di progetti AFA in almeno due distretti Aumento copertura vaccino antipneumococco

<p>Linea 3.3.3. Odontoiatria sociale (inserimento di protesi rimovibili in persone >65)</p> <p>Linea 3.3.5. Superamento della contenzione</p> <p>Linea 3.3.7. Assistenza domiciliare.</p> <p>Linea 3.3.12 (punto 2). Promozione della salute della donna in età post fertile.</p> <p>Linea 3.3.13. Diabete</p> <p>Linea 3.4.1. Insufficienza d'organo e trapianti Cuore. Riduzione tasso per ricovero per scompenso cardiaco (50-74 anni) <210</p> <p>Avvio progetto Telecardiologia-scompenso cardiaco</p> <p>Pancreas. Riduzione tasso amputazioni maggiori per diabete</p> <p>Polmone. Riduzione tasso di ospedalizzazione per BPCO (50-74 anni) < 60</p> <p>Formazione in ogni distretto di 3 IP per O domiciliare</p> <p>Formazione in ogni distretto di 2 FT per riabilitazione respiratoria</p> <p>Linea 3.4.2 Emergenza urgenza (Ictus, Cuore, Trauma)</p> <p>3.4.7 Erogazione livelli di assistenza</p> <p>Riduzione della percentuale dei ricoveri medici oltre soglia per pazienti >65 portandola al di sotto del 4% (valore medio regionale 5,23)</p> <p>Linea 3.6.1 Non autosufficienza e disabilità</p> <p>Riclassificazione delle residenze per anziani</p> <p>Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani</p> <p>Avvio del progetto "radiologia domiciliare" nella CdR e RSA</p> <p>Oculistica</p> <p>Interventi Cataratta e maculopatia deg.</p> <p>Demenza</p> <p>Continuità ospedale territorio</p> <p>Terapia farmacologiche</p> <p> ➔ Ridurre uso antipsicotici</p> <p>Ridurre nutrizione artificiale in demenza avanzata (e nei tumori in fase terminale)</p> <p>Inoltre</p> <p>Facilitare percorsi esenzione ticket</p> <p>Referti on line</p>	<p>Avvio interventi di odontoiatria sociali</p> <p>Realizzazione di un'indagine sulla contenzione</p> <p>Miglioramento indicatori di Assistenza Domiciliare</p> <p>Avvio attività promozione salute</p> <p>Azioni di contrasto alle MCNT</p> <p>Riduzione ricoveri medici oltre soglia</p> <p>Riclassificazione residenze per anziani</p> <p>Almeno 10 RX effettuate in Casa di Riposo</p> <p>Definizione di corsie preferenziali in H per Anziani in ADI o CdR</p>
--	---

<p>Coinvolgimento del volontariato (Accompagnamento, Contrasto alla solitudine-isolamento, UTE, ecc.)</p> <p>Piani di Zona e Cabina di regia socio-sanitaria AAS5</p>	<p>Approvazione attività 2017 (Discussione in Cabina di Regia e Piano di Zona)</p>
<p>Azioni ed interventi:</p> <p>Condivisione informativa all'interno delle schede di budget di tutte le linee del "progetto anziani" aziendale.</p> <p>Condivisione delle informazioni evidenziate nei report regionali, aziendali (Bersaglio, ecc.), attraverso l'organizzazione di un workshop sul tema.</p> <p>Proseguire nel percorso di rinforzo delle cure primarie (AIR-MMG, ADI)</p> <p>Coinvolgimento del volontariato in fase di programmazione, monitoraggio e valutazione</p> <p>Definizione di modalità di lavoro che facilitino la comunicazione tra i servizi</p> <p>Ri-attivazione del UCAD (Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali) come momento di confronto tra tutti i servizi afferenti di ogni specifica area distrettuale per il coordinamento delle azioni sugli anziani</p>	

Progetto trasversale Giovani

Con l'abolizione delle Provincie è venuto meno il luogo di definizione delle politiche sociali per i giovani che non è ancora stato chiaramente assunto dalle nascenti UTI. Il mondo giovanile è sempre più afflitto da una serie di problematiche socio-sanitarie, che vanno ad aggiungersi alla fisiologica crisi adolescenziale: incremento dell'uso/abuso di sostanze alcoliche ("binge"), incremento dell'uso di sostanze stupefacenti in giovane età, incremento di giovani affetti da disturbi del comportamento alimentare (obesità, anoressia, bulimia, ecc.), incremento di problematiche connesse al bullismo, uso improprio dei prodotti dello sviluppo tecnologico (cellulari, videogames, computer, ecc.), abbandono dello sport, famiglie "assenti" per problemi connessi alle attività professionali, "nonni" troppo anziani per poter supplire a tali assenze, ecc. Queste problematiche si esprimono attraverso una serie di manifestazioni comportamentali, talvolta patologiche, a tutti i livelli della vita sociale (casa, scuola, vita comune, ecc.).

In tale contesto appare fondamentale sviluppare un progetto aziendale "progetto giovani AAS5" che dia omogeneità e coerenza a tutte le progettualità espressa dai diversi settori, in particolare il Dipartimento di Prevenzione, il Dipartimento delle Dipendenze, la Pediatria, il Dipartimento di Salute Mentale, la Neuropsichiatria infantile, i Consultori, i Distretti ed il Coordinamento Socio-Sanitario con gli Ambiti Sociali, attraverso la Cabina di Regia.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Linea 3.2.5 Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani	Definire ed avviare una strategia aziendale omogenea e condivisa, di supporto alle problematiche degli adolescenti. Piano di intervento nelle scuole Definizione di strategie condivise
Linea 3.3.9. Disturbi del comportamento alimentare	
Linea 3.2.6 Prevenzione delle dipendenze	
Linea 3.3.10. Salute mentale in età evolutiva	
Linea 3.3.16 Dipendenze	
Tematica delle fattorie sociali e dello sviluppo dell'autonomia possibile.	
Inserimenti lavorativi	
Interventi coordinati e con strategie condivise nelle scuole	
Affidi ed adozioni	
Azioni ed interventi:	
Condivisione informativa all'interno delle schede di budget di tutte le linee del "progetto giovani" aziendale.	
Condivisione delle informazioni evidenziate nei report regionali, aziendali (Bersaglio, ecc.), attraverso	

l'organizzazione di un workshop sul tema.

Coinvolgimento nella Cabina di regia delle iniziative a favore dei NEET (Not Education, Employment or Training), persone, soprattutto giovani, non impegnate nello studio, né nel lavoro e né nella formazione.

Avviare un confronto costruttivo con i PLS.

Coinvolgimento del volontariato in fase di programmazione, monitoraggio e valutazione

Definizione di modalità di lavoro che facilitino la comunicazione tra i servizi

Definizione di un piano condiviso tra tutti gli attori di intervento nelle scuole

Ri-attivazione del UCAD (Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali) come momento di confronto tra tutti i servizi afferenti di ogni specifica area distrettuale per il coordinamento delle azioni sugli adolescenti.

4 FLUSSI INFORMATIVI E VALUTAZIONI

Linea n. 4 Flussi informativi e valutazioni	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
5. Avvio nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)	5. Corretta compilazione dei nuovi campi in almeno il 90% delle SDO
6. Qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali	6. Partecipazione al programma di formazione regionale. A conclusione della formazione è attesa la corretta compilazione di almeno il 90% delle schede di morte
7. Flussi Ministeriali	7. Corretta alimentazione e rispetto dei tempi di invio di tutti i flussi ministeriali di competenza aziendale
8. Obblighi informativi e indicatori	8. Manutenzione e monitoraggio della congruità delle basi dati con il coordinamento della DCS
9. Clima interno	9. Valutazione del clima interno secondo un percorso definito dalla DCS
Azioni ed interventi: Avvio della compilazione della nuova SDO con i dimessi di gennaio 2017	

5. IL SISTEMA INFORMATIVO

Sistema informativo	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. servizi on line per i cittadini	<p>Procedere al consolidamento dei servizi on line per i cittadini con:</p> <ul style="list-style-type: none">- l'ulteriore sviluppo dell'infrastruttura del servizio di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali con l'uso della ricetta dematerializzata, nell'ottica della riduzione del tempo di accesso e degli spostamenti dei cittadini;- l'ulteriore estensione del servizio referti on line per le prestazioni sottoscritte digitalmente;- la consultazione liste d'attesa di tutte le prestazioni erogate, ivi incluse le liste d'attesa per i principali interventi chirurgici, indicando la prima data utile;- lo sviluppo di tecnologie mobility app per i principali servizi on line sviluppati;- la collaborazione per l'avvio della dematerializzazione della prescrizione specialistica;- la collaborazione allo sviluppo dei temi della sanità digitale attraverso l'implementazione di soluzioni informatiche per l'integrazione socio-sanitaria e la continuità della cura;- la collaborazione all'implementazione di soluzioni per la gestione del farmaco all'adesione terapeutica.
2. prosecuzione delle attività già avviate	<p>Proseguire nelle attività già avviate:</p> <ul style="list-style-type: none">- sicurezza fisica e logica/funzionale- sistemi di governo, in particolare con lo sviluppo ed il miglioramento degli strumenti di governo dei fattori produttivi ospedalieri- ricetta dematerializzata da estendere, oltre che alla farmaceutica, anche alla specialistica ambulatoriale, per i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta e gli specialisti convenzionati e dipendenti del Servizio sanitario regionale

<p>3. obbligo dell'utilizzo della firma digitale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - avvio del sistema software per la gestione della Centrale operativa 118 regionale - Interventi sull'intero sistema ICT del SSR per gli adeguamenti previsti dalla L.R. 17/2014 - avvio della nuova cartella clinica informatizzata con immediata sospensione delle iniziative autonome di implementazione e/o sviluppo delle attuali - revisione del sistema ASCOT e software collegati per la gestione delle attività amministrative <p>Percentuale minima di refertazione con l'utilizzo della firma digitale rispetto al totale dei referti per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gli applicativi gestionali del G2 Clinico > 90%, in particolare la lettera di dimissione ospedaliera - Laboratorio e microbiologia > 98% - Medicina trasfusionale > 98 % - Anatomia patologica > 98 % - Radiologia > 98%
---	--

Sistema informativo: Funzioni rivolte al sistema informativo regionale

<p>a. Sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. cartella integrata clinico assistenziale: aggiudicazione gara e avviamento del sito pilota. 2. potenziamento ed estensione delle integrazioni dei sistemi clinico sanitari. 3. Normalizzazione della gestione delle credenziali e attivazione sistema Single Sign on 	<p>Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale</p>
<p>b. Sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza primaria</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Piattaforma di connessione con la medicina generale 2. Attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico secondo quanto previsto dalla normativa privacy. 3. Avviamento del nuovo sistema di iscrizione ai MMG 4. Pianificazione delle attività di rinnovamento 	<p>Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale</p>

del sistema SIASI	
c. Rivisitazione delle procedure gestionali ed amministrative al fine dell'adeguamento alla normativa vigente	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
d. Potenziamento dell'infrastruttura per la Continuità Operativa 1. Potenziamento delle reti geografiche e locali 2. Razionalizzazione dei data center aziendali	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
e. Sistema direzione aziendale 1. Governo del personale 2. Governo logistico	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
f. Sistema direzionale regionale a. Data Warehouse gestionale b. Sviluppo del registro regionale dei dispositivi medici impiantabili.	Partecipazione ai tavoli di lavoro organizzati dalla direzione regionale
Azioni ed interventi:	
1. servizi on line al servizio del cittadino - è garantita la collaborazione in funzione degli strumenti informatici regionali che saranno messi a disposizione dal SISSR 2. prosecuzione delle attività già avviate - è garantita la collaborazione in funzione degli strumenti informatici regionali che saranno messi a disposizione dal SISSR in particolare il completamento di quanto previsto dalla LR. 17 del 2014 3. obbligo dell'utilizzo della firma digitale - mantenimento dello strumento di firma digitale per applicazioni G2Clinico (ambulatoriale) 4. Sistema informativo: Funzioni rivolte al sistema informativo regionale - viene garantita la partecipazione ai tavoli regionali	

Sistema PACS regionale	
<p>Obiettivo Aziendale</p> <p>Sistema PACS regionale</p>	<p>Risultato atteso</p> <ol style="list-style-type: none"> a. completamento dell'estensione del sistema PACS nel settore dell'endoscopia digestiva ed avvio dell'estensione all'intero ambito dell'endoscopia ambulatoriale (broncoscopia, cistoscopia, colposcopia.); b. messa a regime dei casi d'uso relativi alla consultazione/visualizzazione di referti e immagini negli ambiti inter-aziendale ed emergenziale, nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a larga banda; c. sviluppo e implementazione del caso d'uso relativo alla consultazione/visualizzazione di referti e immagini in ambito inter-aziendale per il tramite del fascicolo sanitario, nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a larga banda; d. integrazione delle potenzialità elaborative del sistema PACS con moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici, in coerenza con il progetto regionale di sviluppo dei sistemi informativi ospedalieri e in risposta a specifiche e motivate richieste da parte dei gruppi di utilizzatori clinici già interessati dal sistema PACS; e. conduzione dello sviluppo e avvio della fase di test della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale/strutturato in Radiologia, Medicina nucleare e Ecocardiografia .
<p>Azioni ed interventi</p> <p>Prosecuzione dell'estensione del sistema PACS.</p>	

6 PIANO DEGLI INVESTIMENTI 2017

PREMESSA GENERALE

- Con decreto del Direttore Generale n. 486 del 15.09.2016 è stato approvato l'aggiornamento annuale 2017 del programma preliminare degli investimenti di questa Azienda, ai sensi dell'art. 33, comma 6, della L.R. n. 26/2015, così come previsto dalla DGR n. 2559/2015 "L.R. 49/1996, art. 12 - Linee annuali per la gestione del servizio sanitario e socio-sanitario regionale per l'anno 2016: approvazione definitiva";
- Con DGR n. 2275 del 24.11.2016, sono state approvate le linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario e socio sanitario regionale per il 2017;
- A questa Azienda sono state assegnate risorse in conto capitale per l'anno 2017 per un ammontare complessivo di € 3.000.000,00;
- sulla base delle suddette indicazioni, questo Ente ha predisposto il Piano degli Investimenti, suddiviso nelle seguenti due sezioni:
 - A) investimenti edili-impiantistici;
 - B) investimenti per acquisizioni di beni mobili e tecnologici;
- oltre alla presente relazione generale, fa parte del programma degli investimenti l'elenco degli interventi in programma, sempre suddiviso nelle suddette due sezioni.

A) PROGRAMMA TRIENNALE DEGLI INVESTIMENTI EDILI-IMPIANTISTICI 2017 – 2019

A1) INVESTIMENTI EDILI IMPIANTISTICI OSPEDALI DI PORDENONE, SAN VITO AL TAGLIAMENTO E SPILIMBERGO

Il valore del patrimonio immobiliare (incluse immobilizzazioni) degli ospedali di Pordenone, San Vito al Tagliamento e Spilimbergo al 31.12.2015 risulta così quantificato:

Ospedale di Pordenone	Ospedale di San Vito al Tagliamento	Ospedale di Spilimbergo	Totale
€ 82.366.766,93	€ 29.564.147,86	€ 16.207.290,13	€ 128.138.204,92

Gli edifici dei tre presidi ospedalieri si possono sostanzialmente raggruppare in 3 fasce:

- Edifici in laterocemento antecedenti agli anni '60
- Edifici in cemento armato realizzate prima degli anni '80
- Edifici in cemento armato e/o carpenteria metallica realizzati dopo gli anni '80

Nelle fasce 2 e 3 sono quasi completamente contenute tutte le funzioni di diagnosi e cura.

Gli elementi edilizi costitutivi sono svariati e presentano caratteristiche con diversi tempi di ammortamento, che in molti casi sono stati ampiamente superati senza che avvenisse una reale sostituzione conservativa.

Per l'ospedale di Pordenone, lo studio di fattibilità denominato "Documento di analisi degli aspetti strutturali, logistici e di attività dell'ospedale di Pordenone finalizzato al riordino dell'attività ospedaliera", approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 308 del 22.12.2005, commissionato per valutare gli interventi necessari al riordino dell'attività dell'ospedale di Pordenone, aveva evidenziato una situazione critica sotto vari profili impiantistici e strutturali, che hanno determinato la scelta di costruire un nuovo ospedale.

Con deliberazione di Giunta Regionale n. 2072 del 16 novembre 2013, è stato confermato il riordino delle attività dell'Ospedale di Pordenone quale intervento di investimento in sanità di rilievo regionale strategico, in quanto determinante ai fini dell'attuazione della pianificazione del Sistema Sanitario Regionale. Con tale provvedimento la Regione ha scelto di realizzare l'ospedale mediante l'edificazione nel sito di via Montereale di un nuovo ospedale di rilevanza strategica regionale anche con parziale riqualificazione dell'esistente.

Il contratto di progettazione esecutiva e di costruzione del nuovo ospedale di Pordenone è stato sottoscritto in data 4 ottobre 2016. Attualmente è in fase di redazione il progetto esecutivo e sono in corso le opere propedeutiche necessarie per trasferire i servizi presenti nel padiglione N che sarà demolito per far

posto ai nuovi edifici, nonché le opere di realizzazione di parcheggi per l'utenza da utilizzare nel periodo dei lavori.

Permane, però, la necessità di mantenere in efficienza l'attuale struttura, nel periodo transitorio di costruzione ed attivazione dei nuovi corpi di fabbrica, che mantiene buona parte delle criticità evidenziate nel suddetto studio di fattibilità; pertanto, gli interventi che verranno programmati consisteranno, come da indicazioni regionali, nella messa a norma e messa in sicurezza dell'ospedale, prevalentemente mediante opere di manutenzione straordinaria come quelle finanziate a fine 2016.

Per l'ospedale di San Vito al Tagliamento è in fase di ultimazione l'intervento di ristrutturazione del corpo A, I stralcio, per una spesa complessiva per lavori di € 9.365.832,49, oltre ad € 175.680,00, per la fornitura ed installazione dei testateletti nelle stanze di degenza, nell'ambito di un piano coordinato di interventi di adeguamento della struttura trasferiti dai piani investimento dell'A.S.S. n. 6 "Friuli Occidentale", riprogrammati con deliberazione dell'Azienda Ospedaliera "S. Maria degli Angeli" n. 309 del 30.12.2011, successivamente approvati con deliberazione della Giunta Regionale n. 582 del 13.04.2012 e confermati con D.G.R. n. 775/2013.

Va evidenziato, che la Struttura Tecnica dell'Edilizia di Pordenone facente capo alla Direzione Centrale Infrastrutture, Mobilità, Pianificazione Territoriale, Lavori Pubblici, Università, con parere prot. n. 0026530/P del 10.10.2013 relativo al succitato progetto ha prescritto l'obbligo per questa Azienda di definire fasi e tempi esecutivi certi per il completamento delle opere di adeguamento antisismico delle strutture portanti dell'edificio principale dell'ospedale di San Vito al Tagliamento comprese nel progetto dei "lavori di adeguamento sismico delle strutture corpi A, B, C, D", che prevede la costruzione di ulteriori torri "dissipative", ad integrazione del progetto del corpo A - 1° stralcio. Per la realizzazione di tale intervento è stato assegnato dalla Direzione Centrale Infrastrutture e Territorio a seguito dell'Ordinanza del Capo Dipartimento della Protezione Civile n. 171 del 19 giugno 2014, un contributo di € 2.869.935,31 a titolo di contributo per interventi di rafforzamento locale o miglioramento sismico o, eventualmente, di demolizione e ricostruzione su edifici ed infrastrutture di interesse strategico e/o rilevante.

Per proseguire l'intervento relativo all'accreditamento dell'ospedale di San Vito al Tagliamento è necessario eseguire i lavori rientranti nella III fase, II stralcio, relativo al completamento del corpo A, con una previsione di spesa di 3,9 mln di euro. Per garantire, poi, il collegamento orizzontale e verticale del corpo B ai piani dell'ospedale di San Vito al Tagliamento, è necessario eseguire una serie di lavori edili e impiantistici con una previsione di spesa di 1,5 mln di euro. Questi ultimi lavori verranno appaltati congiuntamente a quelli di completamento dell'adeguamento sismico sopra menzionati data la loro stretta interconnessione dal punto di vista strutturale ed impiantistico.

Per il presidio ospedaliero di San Vito al Tagliamento e Spilimbergo è in programma un intervento di adeguamento alla normativa di prevenzione incendi con una spesa prevista di € 472.556,80, così finanziata:

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

Ciò premesso, di seguito si riporta il programma triennale degli investimenti edili impiantistici per i presidi ospedalieri di Pordenone, San Vito al Tagliamento e Spilimbergo, comprendente interventi inseriti nel programma preliminare per il 2017 da ultimo approvato con decreto del Direttore Generale n. 731 del 27.12.2016.

1) **Lavori di accreditamento, III fase, Il stralcio, corpo A dell'ospedale di San Vito al Tagliamento.** Spesa prevista € 140.000 nel piano 2017; € 1.560.000 nel piano 2018, € 2.200.000 nel piano 2019.

Il progetto preliminare dell'accREDITamento dell'ospedale di San Vito al Tagliamento è stato valutato favorevolmente da parte del Nucleo di Valutazione dell'Edilizia Sanitaria e Socio Assistenziale con parere consultivo n. PC 75 – p. 1078 del 30.08.2004.

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

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

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

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

I stralcio, già in fase di realizzazione, €. 9.365.832,49, comprendente:

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

II stralcio, spesa prevista di € 3.900.000, comprendente:

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

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

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

Il cronoprogramma previsto per l'esecuzione dei suddetti interventi prevede la progettazione nel corso del 2017 e l'esecuzione dell'opera nel 2018 e 2019.

Il cronoprogramma finanziario presunto del II stralcio previsto da questa Azienda è il seguente:

2017	2018	2019
€ 140.000	€ 1.560.000	€ 2.200.000

- 2) **Lavori di collegamento orizzontale e verticale del corpo B ai piani dell'ospedale di San Vito al Tagliamento.** Spesa prevista € 60.000 nel piano 2017; € 640.000 nel piano 2018, € 800.000 nel piano 2019.

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

Il cronoprogramma previsto per l'esecuzione dei suddetti interventi prevede la progettazione nel corso del 2017 e l'esecuzione dell'opera nel 2018 e 2019.

Il cronoprogramma finanziario presunto dell'intervento previsto da questa Azienda è il seguente:

2017	2018	2019
€ 60.000	€ 640.000	€ 800.000

- 3) **Lavori di adeguamento a normativa di prevenzione incendi presso il presidio ospedaliero di San Vito al Tagliamento e Spilimbergo.** Spesa prevista € 472.556,80.

Rispetto alla previsione di spesa relativa agli interventi di prevenzione incendi del presidio ospedaliero di San Vito al Tagliamento e Spilimbergo contenuta nel programma preliminare di € 1,5 milioni è stata finanziata una spesa di € 472.556,80, che verrà destinata a opere di adeguamento alla normativa in materia di prevenzione incendi che saranno definite in accordo con il Responsabile aziendale sulla base di una valutazione dei rischi.

La spesa prevista di € 472.556,80 è così finanziata:

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

4) Lavori di adeguamento antisismico di elementi strutturali dell'edificio principale ospedale di San Vito al Tagliamento. Spesa prevista € 2.869.935,31.

Il completamento delle opere di adeguamento antisismico delle strutture portanti dell'edificio principale dell'ospedale di San Vito al Tagliamento comprese nel progetto dei "lavori di adeguamento sismico delle strutture corpi A, B, C, D", prevede la costruzione di ulteriori tre torri "dissipative", ad integrazione del progetto del corpo A - 1° stralcio. Per la realizzazione di tale intervento è stato assegnato dalla Direzione Centrale Infrastrutture e Territorio a seguito dell'Ordinanza del Capo Dipartimento della Protezione Civile n. 171 del 19 giugno 2014, un finanziamento di € 2.869.935,31 a titolo di contributo per interventi di rafforzamento locale o miglioramento sismico o, eventualmente, di demolizione e ricostruzione su edifici ed infrastrutture di interesse strategico e/o rilevante. Il finanziamento è stato assegnato a fine 2016 con prenotazione prevista per il 2017.

5) Nuovo Ospedale di Pordenone

Per quanto riguarda l'intervento di realizzazione del nuovo ospedale e della cittadella della salute, di seguito si riassumono la situazione attuale e le attività previste per l'anno 2017.

Nel corso del 2016 si è svolta la procedura di affidamento della progettazione esecutiva ed esecuzione dei lavori: La scadenza per la presentazione delle offerte era fissata in data 01.04.2016; la verifica e la successiva valutazione delle sedici offerte pervenute si è svolta secondo le modalità previste dal DLgs n. 163/2006 e dal DPR 207/2010 a partire dal 05.04.2016 (prima seduta pubblica di apertura dei plichi e delle buste amministrative) fino al 12.07.2016 (ultima seduta pubblica di apertura delle buste economiche e di aggiudicazione provvisoria).

La procedura è stata aggiudicata in via definitiva con decreto DG AAS5 n. 404/2016 di data 20.07.2016.

In data 04.10.2016 è stato firmato il contratto relativo alla progettazione esecutiva ed esecuzione (rep. n. 12).

A partire da ottobre 2016 sono iniziati i lavori e i servizi propedeutici all'avvio del cantiere di realizzazione dell'opera, previsto per gennaio 2017.

Nel corso dell'anno 2017 si prevede la realizzazione della prima parte delle opere in appalto riguardanti la costruzione di un posteggio a due livelli (interrato e terra), attivato il quale si potrà procedere alla costruzione del nuovo edificio ospedaliero e del nuovo polo tecnologico finanziato nell'ambito del programma comunitario POR FESR 2014-2020, alla fine dell'anno 2017.

A2) INVESTIMENTI EDILI IMPIANTISTICI STRUTTURE TERRITORIALI

RSA di Roveredo in Piano - Pordenone

Nell'ambito degli interventi di adeguamento della normativa antincendio per gli edifici territoriali per un importo complessivo di € 600.000,00, voce ricompresa nel programma preliminare degli investimenti 2016, approvato dal NVISS con parere n. PP2017 – AAS5 e non finanziato, si ritiene urgente procedere ad un intervento per una quota parte come di seguito descritto.

Al fine di riportare il numero di posti letto del servizio di RSA di Roveredo in Piano (PN), dagli attuali 24 ai precedenti 36, si chiede un finanziamento di € 360.000 in quanto sono assolutamente necessari lavori di adeguamento impiantistico e normativo/funzionale di prevenzione incendi per rendere l'edificio idoneo, secondo le norme antincendio, per RSA con più di 25 posti letto. Essendo l'edificio stesso di proprietà dell'Amministrazione Comunale di Roveredo in Piano è in fase di elaborazione una convenzione tra le due Amministrazioni che prevederà, tra l'altro, l'utilizzo per RSA da parte dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria di Pordenone per almeno 12 anni. Le opere antincendio da realizzare sono già state definite e quantificate dall'Amministrazione Comunale di Roveredo in Piano, nell'ambito di un progetto preliminare-studio di fattibilità tecnica ed economica, che prevede anche altri Interventi, di riqualificazione energetica e confort ambientale, per un importo complessivo di € 695.000,00

INTERVENTI NON FINANZIATI

Tra gli interventi inseriti nel programma preliminare degli investimenti di questa Azienda che al momento non rientrano tra quelli finanziati e che potranno in futuro essere realizzati nella misura in cui saranno resi disponibili finanziamenti in conto capitale, si segnalano i seguenti lavori:

- **Presidio ospedaliero di San Vito al Tagliamento e Spilimbergo. Lavori di adeguamento a normativa antincendio.** Parte non finanziata della spesa complessiva prevista di € 1.500.000.

Tali interventi permetteranno di ottemperare alle richieste minime di adeguamento previste dal D.M. 19/03/2015 e finalizzate alla presentazione della Segnalazione Certificata Inizio Attività entro il 24/04/2019.

Tra gli altri sono previsti i seguenti lavori:

- Realizzazione aperture di areazione naturale nei depositi e in alcune infermerie di piano;
- Manutenzione straordinaria impianti di condizionamento, climatizzazione, ventilazione;
- Manutenzione straordinaria impianti elettrici;
- Implementazione impianto di illuminazione di sicurezza nelle degenze, ambulatori e sale diagnostiche;
- Implementazione segnaletica di sicurezza;
- Interventi sulle compartimentazioni, incluse compartimentazione EI30 per aree di tipo F; compartimentazioni REI/EI 60 e porte EI60 più rilevatori di fumo su parte dei depositi e impianto automatico di rilevazione incendio più areazione naturale su altra parte di depositi; compartimentazioni REI/EI 60 e porte EI60 per laboratori/lavanderia/sterilizzazione;
- Adeguamento rete gas medicali;

- Adeguamento impianto di rilevazione, segnalazione e allarme antincendio con implementazione sistema di diffusione allarme sonoro.

- **Presidi ospedalieri di Pordenone, San Vito al Tagliamento e Spilimbergo. lavori in materia di sicurezza.** Spesa prevista € 200.000.

Interventi in materia di sicurezza presso i presidi ospedalieri di Pordenone, San Vito al Tagliamento e Spilimbergo in ambiti che presentano particolari criticità. . Spesa prevista € 200.000,00.

In particolare sono proposti i seguenti interventi:

- realizzazione di dispositivi ferma anta a scomparsa per porte tagliafuoco a due battenti in sostituzione di quelli esistenti avvitati a pavimento per risolvere il problema d'inciampo;
- interventi di rimozione amianto.

- **REALIZZAZIONE CENTRO CSM 24 ORE, HOUSING SOCIALE E "GRAVI GRAVISSIMI" PRESIDIO OSPEDALIERO DI SACILE**

Nell'ambito del Presidio ospedaliero di Sacile, al fine di riorganizzarne le funzioni, è stata redatto un piano generale per il Comprensorio di Sacile, così come richiesto dal NVISS, denominato Sacile 2.0. Tale piano rivedeva anche la collocazione del Centro CSM 24, la ricollocazione del centro delle disabilità per "gravi e gravissimi" e la ristrutturazione del Padiglione S. Camillo per attivare i servizi per la salute mentale e l'housing sociale. Per tale intervento riorganizzativo è stato richiesto un finanziamento di euro 3.600.000,00.

B) PROGRAMMA ANNUALE DEGLI INVESTIMENTI BENI MOBILI E TECNOLOGICI

INTRODUZIONE

Il Programma annuale degli investimenti 2017 è stato redatto a partire dal piano preliminare 2016 integrato dai nuovi fabbisogni emersi in corso d'anno. Tale lista tiene conto in via prevalente degli aspetti relativi all'obsolescenza delle apparecchiature e delle dotazioni già in uso, degli aspetti manutentivi (es. dichiarazioni di fuori supporto da parte del Produttore, unicità delle dotazioni il cui guasto provoca potenzialmente interruzioni dell'attività clinica di reparto) nonché delle necessità di adeguare le metodiche cliniche alle nuove tecnologie presenti sul mercato.

Si rileva inoltre che tutte le acquisizioni presentate saranno utilizzate nel Nuovo Ospedale di prossima realizzazione.

Si riporta in allegato il Programma annuale degli Investimenti 2017 e il Programma triennale dei beni mobili e tecnologici 2017/2019.

Nella relazione che segue si riportano i numeri progressivi già indicati nei piani preliminari 2016 e 2017 e approvati dal Nucleo:

- **Voce 4/16 Apparecchiature per anestesia**
viene fissata una quota di € 100.000,00, per procedere urgentemente con la sostituzione di apparecchi per anestesia destinati alle sale operatorie, in quanto ulteriori unità sono state dichiarate "end of service" dal Produttore.
- **Voce 23/16 Apparecchiature per la riduzione del rischio MMC**
viene riservata una quota di € 80.000,00, per la riduzione dei rischi di sovraccarico degli operatori durante la movimentazione dei pazienti (letti elettrici, trasportatori per letti, carrozzine, ecc.).
- **Voce 25/16 Defibrillatori per reparti diversi**
viene assegnata una quota di € 75.000,00, per la sostituzione di macchine obsolete.
- **Voce 26/16 Elettrobisturi per reparti diversi**
viene attribuita una quota di € 100.000,00 per la sostituzione di attrezzature obsolete.
- **Voce 27/16 Apparecchiature per lavaggio e disinfezione**
viene conferita una quota di € 50.000,00 per acquisto di autoclavi, lavastrumenti e lavapadelle obsolete per i presidi di Pordenone e San Vito di cui risulta difficile il reperimento di parti di ricambio.
- **Voce 28/16 Ecografi per reparti diversi**
viene assegnata una quota di € 100.000,00 per l'acquisto di ecografi di fascia media per reparti diversi degli ospedali aziendali.

- **Voce 29/16 Colonna laparoscopica**
viene attribuita una quota di € 100.000,00 per il Dipartimento di Chirurgia Generale, a Integrazione della dotazione esistente, al fine di garantire la continuità di servizio e il back up.
- **Voce 30/16 Portatili di radioscopia**
viene riservata una quota di € 160.000,00 per la sostituzione di sistemi obsoleti presenti nei gruppi operatori.
- **Voce 31/16 Attrezzature sanitarie per ospedali**
viene conferita una quota di € 283.127,00. Un tanto al fine di procedere all'acquisto di apparecchiature di basso importo economico, ma che possono presentare, nel corso dell'anno, criticità manutentive. Tale integrazione trova la sua principale motivazione in una diffusa presenza di attrezzature obsolete, con elevati costi manutentivi che non ne giustificano la continuità d'uso per la loro sostanziale anti economicità e/o per l'assenza di parti di ricambio. Con tali previsioni di spesa, è possibile assicurare la flessibilità necessaria a soddisfare le esigenze che si presentano in corso d'anno.
- **Voce 32/16 Attrezzature economali per ospedali**
viene assegnata una quota di € 100.000,00 per procedere all'acquisto di arredi (armadi, sedie, carrelli e arredi vari) per reparti ospedalieri diversi.
- **Voce 38/16 e voce 39/16 Elettrocardiografi per ospedali e per distretti**
viene riservata una quota di € 25.000,00 per ospedali e di € 25.000,00 per i distretti, in quanto non sufficienti le quote disponibili richieste nel 2016, da destinarsi alla sostituzione degli elettrocardiografi obsoleti.
- **Voce 40/16 Ausili per invalidità civile**
viene fissata una quota di € 50.000,00 per fare fronte all'acquisto di ausili per invalidità civile.
- **Voce 50/16 Adeguamenti postazioni di lavoro**
Viene destinata una quota di € 115.000,00 per l'aggiornamento delle postazioni di lavoro ai requisiti di sicurezza informatica.
- **Voce 57/16 Sistema centralizzato dei servizi di gestione delle code**
viene attribuita una quota di € 50.000,00 per una prima fase di sostituzione di impianti obsoleti, con soluzioni moderne informatizzate e centralizzate.
- **voce 2/17 TOMOGRAFO ASSIALE COMPUTERIZZATO**
viene conferita una quota di € 300.000,00 per l'acquisto di un nuovo sistema di Tomografia Assiale Computerizzata per la sostituzione dell'attuale TAC obsoleto e frequentemente soggetto a fermi macchina.
- **Voce 4/17 FLUORANGIOGRAFO**

viene assegnata una quota di € 120.000,00 per l'acquisto di un nuovo fluorangiografo di ultima generazione da destinarsi al reparto di Oculistica di PN in sostituzione a quello attualmente in uso obsoleto.

- **Voce 5/17 TELECOMADATO DIGITALE**

Viene attribuita una quota di € 300.000,00 per la sostituzione del sistema telecomandato specialistico Polystar acquisito nel 1995. Tale sistema è obsoleto e non risponde alle necessità del reparto, oltre a non essere più supportato dal costruttore. In caso di guasto è difficile reperire parti di ricambio con il conseguente rischio di elevati tempi di fermo macchina.

- **Voce 6/17 Ottiche rigide e flessibili**

Viene allocata una quota pari a €. 100.000,00 da destinarsi al rinnovo di ottiche rigide e flessibili che presentano un elevato tasso di usura nella normale routine e quindi necessitano di sostituzioni frequenti.

- **Voce 7/17 Strumentazione UHPLC**

Viene destinata una quota di € 120.000,00 per l'acquisto di un gascromatografo/spettrometro di massa dedicato al settore della tossicologia per eseguire analisi di conferma su droghe d'abuso nei casi previsti dalla Legge (codice della strada) o richiesti dalla Procura della Repubblica. L'apparecchiatura in dotazione al reparto è stata dismessa in quanto obsoleta e non in grado di permettere di raggiungere la qualità analitica necessaria a soddisfare il livello di prestazione richiesto dalle attuali normative e linee guida in ambito medico-legale.

- **Voce 11/17 Laser ad eccimeri**

Viene riservata una quota di € 60.000,00 per l'introduzione di una nuova tecnologia laser ad eccimeri dedicata all'esecuzione di esami di angioplastica coronarica periferica ed elettrofisiologia. Tale tecnologia è da considerarsi aggiuntiva rispetto a quanto già in dotazione al reparto di emodinamica e consentirebbe di trattare casistiche non trattabili con la tecnica tradizionale.

- **Acquisizioni in service/noleggio**

Relativamente ad alcune tipologie di attrezzature, considerata la loro peculiarità in relazione alla destinazione d'uso, si intende procedere con acquisizioni tramite contratti di service/noleggio. In particolare trattasi delle seguenti previsioni:

- Apparecchiature per dialisi (Consip) per un controvalore stimato in c/c di € 100.000,00
- Casse riscuotitrici (Egas) per un controvalore stimato in c/c di € 200.000,00
- Apparecchiatura portatile per flussi laminari per un controvalore stimato in c/c di € 80.000,00

v. all. 7 Tabelle Piano Investimenti

7 GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

A. Considerazioni generali

La programmazione della manovra del personale dipendente dell'A.A.S. n. 5 "Friuli Occidentale" - è inquadrabile nell'ambito delle disposizioni contenute nella D.G.R. n. 2275 del 24.11.2016 recante "LR 49/199, art. 12: linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2017. Approvazione preliminare" e delle "Indicazioni per la redazione dei documenti contabili preventivi 2017", disposizioni che si inquadrano a valle dell'ampio processo di riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale disposto con legge regionale n. 17 del 16 ottobre 2014.

Ciò premesso la manovra del personale di questa Azienda risulta inevitabilmente caratterizzata e influenzata dalle suddette previsioni normative regionali e, in particolare, dalla prosecuzione del percorso di attuazione dell'Atto aziendale adottato con decreto n. 100 del 01.03.2016 nonché dall'attivazione/avvio, unitamente all'IRCCS "Centro di riferimento oncologico" di Aviano, delle progettualità aziendali previste dalla DGR n. 349 del 04.03.2016.

B. Vincoli operativi

Le Linee di gestione regionali hanno confermato anche per l'anno 2017 la possibilità per le Aziende ed Enti del SSR, nell'ambito dell'autonoma responsabilità delle direzioni aziendali, di procedere ad assunzioni di personale senza la preventiva autorizzazione regionale al fine di consentire una tempestiva gestione delle manovre di reclutamento a fronte di criticità inerenti il mantenimento dei livelli assistenziali a garanzia dell'erogazione di servizi nonché di dare attuazione e/o completamento ad alcune progettualità della programmazione regionale secondo i principi di cui alla DGR n. 1671 del 09.09.2016.

Contestualmente hanno anche confermato, quale vincolo operativo, che il costo del personale dipendente – solo competenze fisse - non possa superare quello dell'esercizio a consuntivo anno 2012 ridotto dell'1%.

Rispetto a tale vincolo, individuato prendendo a riferimento la spesa rilevata dai seguenti conti del bilancio 410.100, 420.100, 430.100, 440.100 delle sopresse A.S.S. 6 "Friuli Occidentale" e Azienda Ospedaliera S. Maria degli Angeli, le Linee di gestione hanno previsto che:

- punto 1): il costo relativo ai rapporti di lavoro trasferiti fra le Aziende in attuazione del processo di riforma del SSR (compreso quello delle unità trasferite all'EGAS) dovrà risultare da apposita

certificazione congiunta delle aziende interessate attestante l'ammontare delle risorse trasferite. Verrà altresì essere quantificato il costo delle voci fisse (ai fini dell'1%) delle unità già trasferite ad EGAS dall'01.01.2015 e, per l'anno 2017, di quelle individuate nella DGR n. 2036 del 28.10.2016 (n. 8 collaboratori professionali sanitari – infermieri e ½ Dirigente medico).

punto 2): costituiscono una deroga al rispetto del vincolo di costo dell'1% le assunzioni riferite alle seguenti progettualità regionali:

- a) sviluppo dell'assistenza primaria (nella misura del 50% delle assunzioni effettuate);
- b) piano dell'odontoiatria sociale;
- c) liste d'attesa (nei limiti delle risorse accantonate ai sensi del DL n. 158/20012 convertito nella L. 6 novembre 2012, n. 189);
- d) disturbi comportamentali, autismo (nelle loro varie forme): esclusivamente per le aziende ed enti del SSR che non hanno ancora provveduto alle relative assunzioni. Il costo a regime delle unità acquisite nel 2016 per la medesima progettualità resta soggetto al rispetto dell'abbattimento dell'1% del costo del personale 2012.

punto 3): potranno essere effettuate in deroga al vincolo, previa autorizzazione regionale, le assunzioni – per esigenze assistenziali - di personale dedicato all'assistenza (personale appartenente al ruolo sanitario e operatore socio sanitario del ruolo tecnico);

punto 4): il valore complessivo di parte dei giustificativi concessi nel 2016 quali, in particolare: indennità di esclusività, costo comandati out, superamento funzioni OPG, assunzioni personale per garantire orario di lavoro di cui alla DGR n. 952/2016, piano dell'emergenza 2016, costi riferiti all'acquisizione fino a due unità di assistenti sanitari a tempo determinato (obiettivi attribuiti al Dipartimento di Prevenzione e all'incremento attività per assistenza ai migranti) sono congelati nel valore indicato a preventivo 2016 (da certificarsi a consuntivo) e in quella misura continuano ad essere considerati giustificativi, mentre i maggiori oneri per le medesime voci, nel 2017, rientrano nel rispetto del vincolo operativo;

punto 5): rientrano nel rispetto del vincolo operativo anche le assunzioni correlate all'attuazione del Piano dell'emergenza;

Il vincolo operativo storico per questa Azienda è riportato nella tabella sottostante:

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

Tenuto conto del dato storico evidenziato in tabella e delle indicazioni regionali sopra elencate, si rappresenta quanto segue:

punto 1)

➤ *Trasferimenti personale EGAS:*

- E' stato oggetto di trasferimento ad EGAS:

a) n. 1 dirigente amministrativo dall'1.1.2016 : - **€ 43.625,66.=** voci fisse

b) ai sensi delle disposizioni di cui alla DGR n. 2036 del 28.10.2016 l'Azienda trasferirà ad EGAS il valore corrispondente a n. 8 collaboratori professionali sanitari – infermieri e ½ Dirigente medico: - **€ 212.374,34.=** voci fisse.

➤ Trasferimento funzioni ex DGR 349 del 04.03.2016 Linea progettuale 3.1.2

Relativamente al suddetto trasferimento di funzioni che avverrà con decorrenza 01.01.2017, sono stati quantificati congiuntamente con l'IRCCS "Centro di riferimento oncologico" di Aviano, seppur in via provvisoria, i seguenti costi aventi ricadute sulla quantificazione del vincolo operativo:

a) Trasferimento funzione di Oncologia da AAS5 a IRCCS "centro di riferimento oncologico di Aviano": - **€ 845.714,35.=** voci fisse

b) Trasferimento funzione di Cardiologia oncologica da IRCCS "centro di riferimento oncologico di Aviano" a AAS5: + **€ 280.363,07.=** Il dato è stato stimato da questa Azienda e sarà oggetto di certificazione congiunta con il CRO.

Ulteriori trasferimenti di funzioni attuati nel 2017 saranno oggetto di specifica quantificazione.

Conseguentemente il dato storico viene rideterminato, in via provvisoria, nei termini riportati nella tabella sottostante:

costo personale 2012							
conto	spesa 2012	trasferimento a EGAS	trasferimento a CRO funzione Oncologia	trasferimento a AAS5 da CRO funzione Cardiologia oncologica	Rideterminazione spesa 2012	riduz. 1%	rideterminazione spesa di riferimento
410.100	76.631.386	- 212.374,34	- 768.899,43	243.356,62	75.893.469	- 758.934,69	75.134.534
420.100	263.226	-	-	-	263.226	- 2.632,26	260.594
430.100	15.636.426	-	- 38.488,71	15.722,07	15.613.660	- 156.136,60	15.457.523
440.100	7.235.894	- 43.625,66	- 38.326,21	21.284,38	7.175.227	- 71.752,27	7.103.474
	99.766.933	- 256.000,00	- 845.714,35	280.363,07	98.945.581	- 989.455,81	97.956.126

punto 2)

il dato di stima per l'anno 2017 per le progettualità regionali viene così quantificato, in via provvisoria, in € **456.450,00.=** così suddivisi:

- a) sviluppo dell'assistenza primaria (nella misura del 50% delle assunzioni effettuate):
€ 139.108,32.= (per 6 mesi) per l'assunzione di n. 12 collaboratori professionali sanitari – infermiere (deroga 50%);
- b) piano dell'odontoiatria sociale: **€ 100.163,1.=** su base annua per il 2017
Nel corso del 2016 si è provveduto all'assunzione di:
 - n. 1 dirigente medico di Chirurgia Maxillo facciale e Odontostomatologia
 - n. 2 collaboratori professionali sanitari - infermieri
- c) liste d'attesa (nei limiti delle risorse accantonate ai sensi del DL n. 158/20012 convertito nella L. 6 novembre 2012, n. 189): **€ 159.863,91.=**. Tale dato è stato quantificato prendendo a riferimento il dato 2015;
- d) disturbi comportamentali, autismo (nelle loro varie forme): esclusivamente per le aziende ed enti del SSR che non hanno ancora provveduto alle relative assunzioni. Il costo a regime delle unità acquisite nel 2016 per la medesima progettualità resta soggetto al rispetto dell'abbattimento dell'1% del costo del personale 2012. Si prevede l'assunzione del sottoelencato personale:
 - n. 1 - dirigente medico di psichiatria
 - n. 1 - dirigente sanitario psicologo;
 - n. 1 - collaboratore professionale sanitario – Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
Il costo viene stimato (per 6 mesi) in **€ 57.314,87**

punto 3)

il dato verrà certificato a consuntivo per il 2017.

punto 4)

Il valore complessivo dei giustificativi concessi nel 2016 viene congelato, in via provvisoria, nei termini indicati a preventivo 2016 e, precisamente:

Valore complessivo giustificativi concessi indicati nel preventivo 2016	Importo
Collab. Prof. San. - Assistente sanitario - Dip. Di Prevenzione (n. 2)	46.369
Stima incremento Ind. Esclusività	619.328
Personale REMS (6 infermieri e 6 OSS)	258.820
Comandati out	88.296

A tale dato va aggiunto, in via provvisoria e successivamente certificato a consuntivo:

A. il valore dei giustificativi autorizzati con DGR n. 952 del 27 maggio 2016:

a) per l'attuazione delle disposizioni di cui all'art. 14, comma 1 della L. n. 161/2014 che vengono stimati per l'anno 2016, **in € 92.704,00.=** relativamente all'assunzione di:

- n. 3 dirigenti medici – disciplina di Anestesia e rianimazione
- n. 1 dirigente medico – Cardiologia
- n. 1 dirigente medico – Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza
- n. 1 dirigente medico – Radiodiagnostica

b) per l'attuazione del piano dell'emergenza nel 2016 sono stati sostenuti costi per assunzioni di personale pari a **€ 187.422,00.=**

Riassumendo, il valore complessivo delle deroghe di cui ai punti 2), 3) e 4) viene così quantificato in via provvisoria:

Valore complessivo deroghe 2017	Importo
Giustificativi punto 2)	456.450
giustificativi punto 3 (da determinarsi a consuntivo)	0
giustificativi punto 4)	1.292.939
Stima costi da congelare extra vincolo	1.749.389

Pertanto, il tetto di spesa utile per la manovra del personale per l'anno 2017 viene determinato in via provvisoria in:

costo personale 2012							
conto	Spesa 2012 rideterminata	riduz. 1%	Rideterminazione 1% per il 2017	giustificativi punto 2)	giustificativi punto 3) (da determinarsi a consuntivo)	giustificativi punto 4)	totale spesa max consentita 2017
410.100	75.893.469	758.935	75.134.534	456.450	-	988.054	76.579.038
420.100	263.226	2.632	260.594	0	-	0	260.594
430.100	15.613.660	156.137	15.457.523	0	-	216.589	15.674.112
440.100	7.175.227	71.752	7.103.474	0	-	88.295	7.191.769
	98.945.581	989.456	97.956.126	456.450	-	1.292.938	99.705.515

C. Dotazione organica

a) Stato dell'arte

La manovra sul personale anno 2016, rispettosa del vincolo economico di riduzione della spesa dell'1% rispetto al 2012, chiude complessivamente con un incremento di organico di n. 28 unità come risulta dettagliatamente riportato nella tabella :

area	ruolo	rapporto	profilo	2012		2013		2014		2015	2016	
				AOSMA	ASS6	AOSMA	ASS6	AOSMA	ASS6	AAS5	AAS5	
med/vet	sanitario	dipendenza		455	96	451	97	456	94	547	558	
dirigenti		dipendenza		23	41	24	39	23	39	62	60	
comparto		dipendenza		1458	534	1439	538	1422	526	1945	1967	
		somministrato	infermieri		0	0	6	0	10	0	34	29
		somministrato	tecn. Radiologia		0	0	0	0	0	0	2	2
dirigenti	tecnico	dipendenza		1	2	2	2	2	2	4	4	
comparto		dipendenza		248	82	245	84	230	80	288	274	
		dipendenza	oss		384	95	383	95	401	91	513	531
		somministrato	coll.tecn.prof		0	0	0		0	0	0	2
		somministrato	op.tecnici		7	0	4	0	4	0	9	11
		somministrato	oss		1	0	6	0	10	0	20	10
dirigenti	prof	dipendenza		4	2	4	2	5	2	6	8	
comparto		dipendenza	religioso		1	0	1	0	0	0	0	0
dirigenti	amm	dipendenza		10	7	9	7	9	6	13	14	
comparto		dipendenza		210	128	203	131	198	126	309	310	
		somministrato	assistente amm.vo		0	0	0	0	0	0	0	1
		somministrato	coad.amm.vo		17	0	22	0	21	0	21	20
				2819	987	2799	995	2791	966			
				3.806		3.794		3.757		3.773	3.801	

Come si evince dalla tabella vi è stato un incremento di personale medico anche per l'attuazione delle disposizioni di cui all'art. 14, comma 1 della L. n. 161/2014.

Il personale di assistenza è aumentato complessivamente di 37 unità (+ 29 infermieri, + 8 oss).

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

Il personale con contratto di somministrazione lavoro risulta in diminuzione rispetto alle figure di tipo assistenziale (infermieri e oss) grazie all'instaurazione di rapporti di lavoro dipendente a vario titolo per effetto della disponibilità di graduatoria concorsuale/avviso per infermieri e oss. E' prevedibile un'ulteriore diminuzione di contratti di somministrazione lavoro nel corso del 2017 per effetto della disponibilità di idonea graduatoria concorsuale per operatore socio sanitario approvata da EGAS nel corso del mese di novembre c.a. nonché per effetto di progettualità rivolte, *in primis*, alla revisione degli assetti organizzativi di alcuni servizi amministrativi e tecnici. E' intendimento procedere attraverso una revisione della dotazione di personale somministrato non assistenziale con riferimento, in particolare, all'attività degli sportelli per prestazioni ambulatoriali e di laboratorio presso le diverse sedi ospedaliere. Verrà altresì definito un piano riorganizzativo dell'attività di front-office che si propone di realizzare, nel corso del 2017, una revisione complessiva di queste funzioni anche attraverso l'implementazione del servizio di casse automatiche riscuotitrici potenziando il coinvolgimento degli operatori delle associazioni di volontariato che già collaborano attivamente nel supporto all'utenza per l'utilizzo delle stesse e favorendo l'informazione all'utenza stessa sulla possibilità di procedere al pagamento delle prestazioni sanitarie direttamente presso le farmacie e on-line.

Per quanto riguarda il personale amministrativo e tecnico si è proceduto all'acquisizione rispettivamente di n. 9 e n. 2 unità di personale appartenente alle categorie protette per ottemperare alla quota d'obbligo nell'ambito della convenzione in essere fino al 31.12.2016 tra l'ex Ass6 e la Direzione Centrale lavoro, formazione, istruzione, pari opportunità, politiche giovanili, ricerca e università, Collocamento Mirato.

Personale assegnato per i servizi socio assistenziali in delega

L'organico dell'A.A.S. 5 è integrato dal personale assegnato per i servizi socio-assistenziali in delega stimato, al 31.12.2016, a complessive 76 unità.

Nel corso del 2016 si è provveduto all'assunzione di n. 3 figure di insegnanti educatori a tempo determinato dedicati allo svolgimento delle attività di cui alla Convenzione tra la Regione autonoma Friuli Venezia Giulia e l'AAS5 quale Ente gestore dei Servizi di integrazione lavorativa per l'attivazione degli strumenti personalizzati di integrazione lavorativa ai sensi della Delibera di Giunta Regionale n. 2430 del 4.12.2015 a cui l'Azienda ha aderito con decreto n. 652 del 14.12.2015 e che evidenzia specifico contributo per la copertura del costo degli operatori dedicati a tali attività. Con decreto n. 640 del 29.11.2016 l'Azienda ha provveduto alla proroga della Convenzione a valere per il biennio 2017-2018.

b) Manovra 2017

Pur considerando il permanere del vincolo di spesa per l'anno 2017 (- 1% della spesa del personale riferita alle voci fisse anno 2012, sostenibilità economica della singola assunzione con l'equilibrio economico dell'esercizio 2017 e garanzia dell'assorbimento dei costi sul 2018 – c.d. effetto trascinamento -, realizzazione della singola assunzione con le progettualità regionali) vincolo confermato nelle linee di gestione, l'azienda AAS5 dovrà necessariamente garantire:

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

- in primis con le assunzioni già programmate nel corso del 2016 e non ancora completate (sia con riferimento al personale della dirigenza che al comparto);
- successivamente il reclutamento proseguirà nel 2017 per fronteggiare sia cessazioni di personale ad oggi note per l'anno 2017, che le eventuali ulteriori cessazioni non prevedibili in fase di programmazione annuale che potranno perfezionarsi nel corso dell'anno 2017 relative a personale sanitario, sia del comparto che dirigenza, e a personale tecnico limitatamente alla figura dell'Operatore Socio Sanitario. Per tali figure, necessarie per motivate esigenze assistenziali, si procederà eventualmente anche a richiedere apposita autorizzazione, qualora si superi il tetto del 1% come altresì previsto dalla DGR n. 22275 del 24.11.2016;

In considerazione della rilevanza della manovra complessiva prevista per l'anno 2017 l'Azienda provvederà ad una costante attività di monitoraggio al fine di assicurare il rispetto dei vincoli regionali e assolverà gli obblighi informativi nei confronti della DCSISSPSF nei termini di cui alle indicazioni che verranno appositamente fornite.

2) applicazione della L. 161/2014

L'Azienda proseguirà nelle azioni messe in atto nel 2016 per garantire il corretto rispetto dei vincoli previsti dalla normativa e gli attuali livelli assistenziali, sia con riferimento alla riorganizzazione di alcuni assetti della propria offerta che alla rivisitazione della propria forza lavoro.

3) assunzioni per obiettivi regionali

Per la realizzazione delle progettualità indicate nelle linee regionali previste dalle linee regionali 2017 l'AAS5 necessita, come già indicato in premessa, delle seguenti figure, per l'obiettivo regionale relativo ai *disturbi comportamentali, autismo*:

- n. 1 - dirigente medico di psichiatria
- n. 1 - dirigente sanitario psicologo;
- n. 1 - collaboratore professionale sanitario – Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica

4) Piano emergenza

L'attuazione del Piano Emergenza è significativamente impattante per questa Azienda in quanto si concretizzerebbe in un incremento di complessive n. 106 unità. Rientrando tali assunzioni nel rispetto del vincolo dell'1% l'Azienda provvederà all'acquisizione del personale compatibilmente con i vincoli di bilancio o con la richiesta di eventuali deroghe.

5) dotazione organica e relativi costi

Ciò premesso nel prospetto che segue si evidenzia la dotazione organica prevista al 31.12.2017 suddivisa per area, ruolo e profilo. Tale dotazione comprende sia i tempi determinati che indeterminati, ivi compreso il personale in aspettativa senza assegni e comandato out:

CONTRATTO	RUOLO	PROFILO	PROFILO_D	LIV	DIPENDENTI 31.12.2016	INTERINALI 31.12.2016	DIPENDENTI 31.12.2017	INTERINALI 31.12.2017
MEDV	SANM	1011	Medici		532		569	
		1013	Psicologi Equiparati		2		2	
		1031	Veterinari		24		24	
	SANM Totale				558	0	595	0
MEDV Totale					558	0	595	0
CDIR	AMM	4012	Direttori Amministrativi		14		14	
	AMM Totale				14	0	14	0
	PRO	2011	Avvocati E Procuratori Legali		1		1	
		2021	Ingegneri		6		6	
		2031	Architetti		1		1	
	PRO Totale				8	0	8	0
	SANA	1041	Biologi		12		15	
		1051	Chimici		1		1	
		1075	Dirigenti Sanitari		4		6	
		1021	Farmacisti		10		10	
		1061	Fisici		1		1	
		1071	Psicologi		32		33	
	SANA Totale				60	0	66	0
TEC	3011	Analista		1		1		
	3031	Sociologi		2		2		
	3021	Statistico		1		1		
TEC Totale				4	0	4	0	
CDIR Totale					86	0	92	0
CALT	AMM	D410	Coll. Amm.-Professionale Esperto	DS	24		23	
		D411	Coll. Amm.-Professionale	D	50		53	
		C420	Assistente Amministrativo	C	93	1	95	1
		B430	Coadiutore Amministrativo Esperto	BS	23		21	
		B431	Coadiutore Amministrativo	B	119	20	114	10
	A440	Commosso	A	1		1		
	AMM Totale				310	21	307	11
	SANA	D110	Coll. Prof. San. Esperto	DS	89		84	
		D177	Coll. Prof. San. - Terapista della Neuro e Psic. dell'Eta' Evolutiva	D	4		5	
		D176	Coll. Prof. San. - Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica	D	1		2	
		D174	Coll. Prof. San. - Ortottista - Assistente di Oftalmologia	D	6		6	
		D173	Coll. Prof. San. - Massaggiatore Non Vedente	D	1		1	
		D172	Coll. Prof. San. - Logopedista	D	18		21	
		D171	Coll. Prof. San. - Fisioterapista	D	84		89	
		D170	Coll. Prof. San. - Educatore Prof.	D	8		8	
		D160	Coll. Prof. San. - Tecn. della prevenz.nell'Amb.e nei Luoghi di Lavoro	D	42		42	
		D158	Coll. Prof. San. - Tecnico San. di Radiologia Medica	D	66	2	71	2
		D157	Coll. Prof. San. - Tecnico San. di Laboratorio Biomedico	D	102		105	
		D155	Coll. Prof. San. - Tecnico di Neurofisiopatologia	D	4		4	
		D154	Coll. Prof. San. - Tecn.della Fis. Card.e Perf. Cardiovascolare	D	1		1	
		D153	Coll. Prof. San. - Tecnico Audiometrista	D	4		4	
		D127	Coll. Prof. San. - Infermiere Capo Sala	D	1		1	
		D125	Coll. Prof. San. - Ostetrica	D	56		64	
		D124	Coll. Prof. San. - Infermiere Pediatrico	D	20		19	
		D123	Coll. Prof. San. - Infermiere	D	1320	29	1381	10
		D121	Coll. Prof. San. - Dietista	D	7		8	
		D120	Coll. Prof. San. - Assistente Sanitario	D	59		59	
	C112	Infermiere Psichiatrico Esperto	C	2		2		
	C111	Puericultrice Esperta	C	12		12		
	C110	Infermiere Generico Esperto	C	60		50		
	SANA Totale				1967	31	2039	12
	TEC	D301	Coll.Tecnico -Prof. Esperto	DS	3		3	
		D310	Coll. Prof. Assistente Sociale	D	16		16	
		D311	Coll.Tecnico -Prof.	D	13	2	15	2
		C320	Assistente Tecnico	C	6		7	
		C330	Programmatore	C	2		2	
		C350	Op.Tecnico Specializzato Esperto	C	34		34	
C351		Op.Tecnico Coord.Spec. Esperto	C	6		6		
B330		Operatore Tecnico Specializzato	BS	38		40		
B332		Operatore Socio San.	BS	531	10	566	3	
B331		Operatore Tecnico	B	83	8	79	4	
B350		Operatore Tecnico Adetto all' Assistenza	B	11		10		
A340		Ausiliario Specializzato (Servizi Tecnico-Economici)	A	15	3	13	1	
A341	Ausiliario Specializzato (Servizi Socio-Assistenziali)	A	47		43			
TEC Totale				805	23	834	10	
CALT Totale					3082	75	3180	33
Totale complessivo					3726	75	3867	33

RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI

L'Azienda ha iscritto a bilancio il finanziamento sovraziendale nei termini riepilogati nelle tabelle 3.a e 3.b. della DGR 2036 del 28.10.2016. Gli importi saranno oggetto di rideterminazione successiva per effetto dei trasferimenti di funzioni/personale previsti dalla programmazione regionale.

INDICAZIONE GESTIONE FONDI CONTRATTUALI

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

Come indicato nelle Linee annuali 2017 l'Azienda non ha accantonato al fondo incentivazioni del personale dipendente l'incremento fino al massimo dell'1% del monte salari anni 1997 (per la dirigenza) e 2001 (per il comparto).

b) Fondi contrattuali

Si è provveduto alla rideterminazione, in via provvisoria, dei fondi contrattuali (comparto e dirigenza) per effetto del trasferimento:

- a decorrere dall'1.1.2017, della funzione di Oncologia da AAS5 a IRCCS CRO e della funzione di Cardiologia oncologica da IRCCS CRO a AAS5;
- a decorrere dal 31.12.2015 di n. 1 dirigente amministrativo ad EGAS. In merito alle previsioni di cui alla DGR n. 2036 del 28.10.2016 l'Azienda provvederà alla rideterminazione degli stessi d'intesa con EGAS.

STABILIZZAZIONI

Per quanto riguarda il personale da stabilizzare l'Azienda effettuerà una nuova ricognizione al fine di verificare, rispetto ai dati precedentemente comunicati alla DCSISSPSF con note prot. n. 1954/SORU del 14.1.2014 (ex ASS6) e con mail del 16.01.2014 (per AOSMA), la presenza di figure in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente. Sulla base dei dati rilevati l'Azienda provvederà, eventualmente, all'attivazione di specifica procedura o all'utilizzo di altre graduatorie regionali così come previsto dal Protocollo di intesa per la stabilizzazione del personale precario approvato con DGR 1384 del 22.07.2016.

ATTO AZIENDALE

Stato dell'arte

L'Azienda sta proseguendo nell'attuazione del nuovo Atto aziendale approvato con decreto n. 100 dell'01.03.2016. Risultano già in parte attivati:

- il Dipartimento di Assistenza Primaria Aziendale nei termini espressi nella relazione al I quadrimestre 2016
- la Direzione sanitaria nei termini espressi nella relazione al II quadrimestre 2016
- il Dipartimento di chirurgia generale e perioperatoria, il Dipartimento tecnico, il Dipartimento amministrativo, il Dipartimento materno infantile nei termini espressi nella relazione al II quadrimestre 2016

Si proseguirà quindi con l'attivazione del Dipartimento medicina dei servizi all'interno del quale si è ritenuto di collocare anche la SOC Medicina Nucleare che, in base alle disposizioni della DCSISSPSF prot. n. 0016562/P del 13.10.2016, rimane collocata presso questa Azienda fino ad esaurimento.

Con riferimento all'attuazione dell'Atto per quanto riguarda l'area territoriale si procederà con l'attivazione, in primis, all'interno del Dipartimento di Assistenza Primaria Aziendale, dei Distretti nella loro nuova configurazione.

L'Azienda, coerentemente con le previsioni di cui alla DGR n. 613 del 13.04.2016, provvederà altresì alla modifica dell'Atto aziendale prevedendo l'istituzione della seconda SOC per le Dipendenze al fine di assicurare gli interventi a favore delle persone con dipendenze in tutti i setting assistenziali, compresa la presa in carico durante la degenza ospedaliera e l'accoglienza in strutture residenziali.

Ogni modifica all'Atto aziendale verrà formalizzata alla DCSISSPSF con specifico provvedimento.

Rispetto alle strutture di livello apicale previste nell'Atto aziendale, si riporta la situazione delle SOC che risultano ad oggi vacanti o che si renderanno vacanti nel corso del 2017:

- Direttore SOC Pronto Soccorso medicina d'urgenza PN
- Direttore SOC Pronto Soccorso medicina d'urgenza S. Vito
- Direttore SOC Medicina interna PN
- Direttore SOC Medicina interna Spilimbergo
- Direttore SOC Riabilitazione PN
- Direttore SOC Riabilitazione San Vito-Spilimbergo
- Direttore SOC Dermatologia
- Direttore SOC Urologia
- Direttore SOC Otorinolaringoiatria San Vito Spilimbergo
- Direttore SOC Ostetricia e Ginecologia PN
- Direttore SOC Ostetricia e Ginecologia San Vito Spilimbergo
- Direttore SOC Radiologia PN-Sacile
- Direttore SOC Radiologia San Vito Spilimbergo
- Direttore SOC Servizio infermieristico ospedaliero
- Direzione Amministrativa dei PP.OO.
- Direttori di Distretto nella loro nuova configurazione
- Direttore SOC Adulti, anziani e assistenza medica primaria – Distretto Dolomiti Friulane
- Direttore SOC Adulti, anziani e assistenza medica primaria – Distretto del Sile
- Direttore SOC Adulti, anziani e assistenza medica primaria – Distretto del Tagliamento

- Direttore SOC Materno, infantile e del consultorio familiare – Distretto del Tagliamento
- Direttore SOC Adulti, anziani e assistenza medica primaria – Distretto del Livenza
- Direttore SOC Adulti, anziani e assistenza medica primaria – Distretto del Noncello
- Direttore SOC Materno, infantile e del consultorio familiare – Distretto del Noncello
- Direttore SOC Servizio infermieristico territoriale
- Direttore SOC CSM 24 ore Area del Tagliamento
- Direttore SOC CSM 24 ore Area del Livenza
- Direttore SOC CSM 24 ore Area delle Dolomiti Friulane
- Direttore SOC Igiene degli alimenti e della nutrizione
- Direttore SOC Igiene degli alimenti di origine animale
- Direttore SOC Sanità animale
- Direttore SOC Gestione Prestazioni Sanitarie
- Direttore SOC Programmazione attuativa e controllo direzionale
- Direttore SOC Direzione amministrativa dei PP.OO.

Formazione

Accreditamento standard dei provider ECM : La SS Formazione ha presentato domanda per essere riconosciuta quale Provider Aziendale per i prossimi 5 anni, secondo quanto previsto dal Manuale dei requisiti per l'accreditamento dei provider del sistema regionale di formazione continua ed ECM nel Friuli Venezia Giulia.

Particolare attenzione verrà posta nella programmazione di attività formative per i formatori così come previsto dalle linee guida regionali. L'Osservatorio regionale della qualità della formazione continua, che ha preso avvio nel corso del 2016, quale articolazione della Commissione regionale per la formazione continua ed ECM, definirà , assieme alla Direzione centrale competente, degli obiettivi di qualità e delle azioni da porre in essere per il loro raggiungimento nonché al relativo monitoraggio.

Sarà garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro regionali in merito alla condivisione di percorsi formativi finalizzati a rendere uniformi, in ambito regionale, i programmi formativi legati a:

- sicurezza dei lavoratori negli ambienti di lavoro
- emergenza di base (corsi BLS, PBL ecc.)
- tutela dei dati personali.

anche tramite la partecipazione alla realizzazione di percorsi formativi tramite FAD regionale.

La formazione si propone quale strumento per sostenere le scelte e i processi di cambiamento organizzativi intrapresi e/o da intraprendere per favorire l'applicazione dell'Atto aziendale, oltre che per sostenere i progetti proposti dalle strutture aziendali e/o promossi dalla Direzione, ponendo in essere eventi formativi in una logica di co-progettazione integrata tra Strutture e professioni. Con lo stesso metodo di progettazione congiunta e condivisa proseguirà la collaborazione, già avviata nel 2016, con l'Ordine dei Medici per la formazione dei medici di Medicina generale sui temi indicati dalle linee di gestione (diabete, prevenzione ansia e depressione, contenzione), oltre che su altri temi utili a sostenere all'attuazione dell'AIR .

Alcune tematiche strategiche orienteranno la definizione del piano formativo 2017 che terrà poi conto anche delle esigenze specifiche tecnico professionali delle diverse strutture aziendali, mediante la consueta raccolta delle esigenze formative.

Nello specifico si ritiene prioritario:

- proseguire ed implementare la formazione relativa alla valutazione degli esiti e dell'impatto sulla salute della comunità;
- completare la formazione già avviata nel 2016 relativa all'applicazione della nuova SDO ;
- sostenere l'attuazione piano regionale della prevenzione;
- realizzare programmi di umanizzazione delle cure;

- implementare i progetti formativi in tema di gestione integrata del paziente anziano, fragile, pluripatologico;
- avviare percorsi formativi volti a promuovere modalità innovative di gestione nei rapporti con i cittadini;
- realizzare progetti formativi a sostegno della nuova organizzazione dei servizi delle professioni;
- promuovere efficacemente le iniziative volte a soddisfare gli obblighi previsti dalle normative vigenti, in particolare dal D.Lgs 81/2008 e dalla L.190/12.

Sul piano strettamente metodologico si favorisce la formazione sul campo, quale strumento a disposizione dei professionisti per promuovere il confronto, l'apprendimento e il cambiamento organizzativo.

8. Nota illustrativa al Conto economico preventivo 2017

La proposta di Conto economico preventivo annuale 2017 dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli occidentale" è predisposta in conformità alle Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario regionale nell'anno 2017, approvate in via preliminare con DGR n. 2275/2016, in via definitiva con DGR n.2550/2016 e al documento della Direzione Centrale Salute "Indicazioni per la redazione dei documenti contabili preventivi 2017", prot. n. 20996/P del 27.12.2016, secondo lo schema e le disposizioni del D.Lgs n. 118/2011.

Anche per il 2017, proseguendo con l'impostazione metodologica intrapresa negli anni precedenti, il finanziamento degli Enti del Servizio sanitario regionale è parametrato sulla base dei costi standard definiti per funzioni-livelli essenziali di assistenza e popolazione pesata per fascia di età in relazione all'ambito di ciascun Ente del SSR, più una quota complessiva di "ulteriore quota pro-capite" ad integrazione del finanziamento sopra definito.

Le risorse finanziarie regionali assegnate per il 2017 comprendono la quota di finanziamento per i farmaci antiepatite e per il trattamento dell'emofilia grave (costo/anno/paziente/ > 500.000 euro) a differenza del finanziamento iniziale 2016 che non teneva conto di tali componenti.

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

In particolare è stato allineato il valore da iscrivere a bilancio come valore di finanziamento per la farmaceutica convenzionata e Distribuzione Per Conto (a cui si è aggiunto il costo per il trattamento del paziente emofilico grave costo/anno/paziente > 500.000 euro, allo stesso costo del 2016); la farmaceutica diretta ospedaliera è stata allineata al costo 2016 *meno* 1%; i dispositivi medici sono iscritti a preventivo 2017 al valore del vincolo (*meno* 3% rispetto al costo 2016); le manutenzioni edili e impiantistiche sono ricondotte al costo 2015 come previsto dal vincolo e i costi di previsione del personale sono rispettosi del vincolo specifico in materia (cioè costi per competenze fisse 2012 *meno* 1%).

Conseguentemente su tutte le voci sopra evidenziate si determinano dei valori attesi 2017 al di sotto dell'andamento storico reale registrato nel 2016, con riduzioni che sarà estremamente difficile da contenere nel corso del 2017, soprattutto mantenendo i trend attuali di attività e con una manovra del personale fortemente compressa per il rispetto del vincolo di spesa.

Ad integrazione del documento contabile si precisa che la colonna preconsuntivo 2016 corrisponde alla proiezione del 2° rendiconto infrannuale 2016 sul quale sono stati apportati alcuni aggiornamenti di valore (specie per i consumi) intervenuti da quel momento, fino ad oggi.

Si precisa inoltre, con riferimento alle funzioni di Cardiologia oncologica e Oncologia, oggetto di passaggio di funzioni con il CRO di Aviano, che il conto economico allegato valorizza esclusivamente il passaggio di costi del personale trasferito.

A tale proposito è stata iscritta - a pareggio dei costi del personale transitato - apposita voce di rimborso tra le partite infragruppo da riconoscere al CRO di € 947.146 valorizzata al conto 305.100.700.600.90 "Altri rimborsi, assegni e contributi v/so Aziende sanitarie pubbliche della Regione".

Nel corso del 2017 verrà monitorato l'effettivo passaggio di costi e di ricavi per prestazioni relativi alle funzioni transitate, ai fini della compensazione economico finanziaria.

CONTRIBUTI DA REGIONE

Il finanziamento 2017 per funzioni e popolazione pesata, ammonta per l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 a complessivi Euro 483.922.634 e corrisponde al valore finale riportato nella tabella n. 1

“Finanziamento Enti SSR” del documento “Linee di gestione 2017” finanziamento “pro-capite” , definito con i criteri sopra specificati.

A ciò si aggiungono i contributi per rimborso spese a valenza regionale e i contributi finalizzati da Regione, per complessivi € 13.187.610 come dettagliati in tabella n. 14 “Contributi regionali in c/esercizio” allegata al presente documento.

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

La mobilità attiva (e passiva) in ambito regionale, per attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale è iscritta ai valori di cui alle tabelle n.5 e n.6 del documento “Indicazione per la redazione dei documenti contabili preventivi 2017”; le tabelle riportano la stima dell’andamento della mobilità in attrazione e fuga per il prossimo esercizio, calcolato sulla base del fatturato dei mesi da ottobre 2015 a settembre 2016.

Si conferma la regola per cui i dati delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero erogate a cittadini non residenti nell’Azienda costituiscono dati di bilancio suscettibili di variazioni a consuntivo.

MOBILITA' REGIONALE FARMACI

Si conferma la regola della mobilità regionale dei farmaci, introdotta dal 2015.

La valorizzazione dei costi e dei ricavi fra Aziende del SSR corrisponde alla matrice di cui alla tabella 7 (dati rilevati da ottobre 2015 a settembre 2016) del documento “Indicazioni per la redazione dei documenti contabili preventivi 2017” e, coerentemente con le regole di finanziamento 2017 include anche i costi per i farmaci HCV, diversamente dal 2016. La variazione rispetto all’esercizio in chiusura si riferisce al valore dei farmaci antiepatite, poiché sia il valore del singolo trattamento, sia il numero dei pazienti presi in carico si sono “stabilizzati” nel corso del 2016.

MOBILITA' EXTRA REGIONALE

La mobilità sanitaria extraregionale attiva e passiva iscritta a bilancio di previsione è valorizzata ai dati definitivi dell’esercizio 2013, in conformità alle indicazioni metodologiche della DCS, in attesa dell’approvazione della matrice di mobilità per l’anno 2015.

A questo scopo è costituito a livello regionale, con apposita linea di finanziamento per le “attività sovraziendali” specifico accantonamento per compensare le variazioni che deriveranno rispetto alla mobilità sanitaria extraregionale 2013 e non caricare sui bilanci delle singole aziende sopravvenienze attive e passive.

MOBILITA' EXTRA REGIONALE PRIVATI ACCREDITATI

Come per la mobilità extraregionale erogatori pubblici, la mobilità extraregionale dei privati accreditati, nel rispetto delle direttive, è contabilizzata ai valori del 2013.

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

Si conferma per il 2017 la stima in proiezione annua dei ricavi propri risultante dal 2° rendiconto quadrimestrale 2016.

Sul 2017 è stata stimata una quota di ricavo per il rimborso del costo dei farmaci soggetti alla regola del c.d. "pay back", pari a circa il 75% del totale delle corrispondenti note di accredito ricevute nell' anno 2016.

FARMACI

Spesa farmaceutica territoriale convenzionata: il valore del finanziamento pro-capite 2017 per spesa farmaceutica convenzionata coincide con il valore di Euro 41.630.125 iscritto a bilancio al conto 305.100.100.100, molto al di sotto del valore 2016, riportato nel colonna preconsuntivo di oltre 43 milioni.

L'importo finanziato e iscritto a bilancio per i farmaci in Distribuzione per Conto, pari a € 8.475.893 è iscritto al conto *300.100.100.100 Medicinali*.

Nella previsione del costo 2017 della DPC è stato aggiunto (fuori vincolo) il costo per il trattamento del paziente emofilico grave, pari ai costi registrati nel 2016 di € 3.942.114.

Sul conto Medicinali è stata ridotta del 1% la *sola* componente della spesa ospedaliera 2016, come da vincolo operativo, per il valore di € 142.493.

ACQUISTI di ALTRI BENI SANITARI

Rispetto al costo preconsuntivo 2016 sulle voci dei Dispositivi medici è stata applicata la riduzione del 3% , come da vincolo operativo; per gli altri beni si è mantenuto il costo 2016.

ALTRI BENI NON SANITARI

Sono previsti in linea con l'andamento registrato nel 2016; praticamente l'unico conto che varia è quello del materiale di guardaroba, previsto in calo considerando che presumibilmente dal mese di settembre 2017 dovrebbe partire il nuovo servizio di lavanolo.

ACQUISTI DI SERVIZI

In aumento il servizio di lavanderia (a cui corrisponderà la sopra citata riduzione di costi per materiale di guardaroba) per effetto del nuovo contratto di lavanolo da settembre 2017;

I costi per servizio pulizie sono previsti in aumento in conseguenza ai lavori di ristrutturazione Ospedale di San Vito.

Incremento di costi sul servizio vigilanza per estensione su tutto il 2017 del servizio partito a metà del 2016 e per l'attivazione del servizio anche presso la sede aziendale.

L'aumento alla voce Riscaldamento fa seguito all'estensione del contratto Consip Engie Cofely su tutte le sedi territoriali, già partito dal 1°ottobre '16.

Sui servizi sanitari da privato incidono la prevista esternalizzazione servizi esequiali (con riduzione corrispondente dei servizi per lavoro interinale) l'attivazione servizio controllo microbiologico e l'incremento servizio ossigenoterapia.

In aumento i noleggi "Sanitari" per (service dialisi, flussi laminari di sala operatoria e altri minori) e anche noleggi "altri", specialmente per cambio e incremento della dotazione attuale di casse automatiche.

Nel Conto economico 2017 il lavoro interinale sanitario e non sanitario è previsto in forte contrazione rispetto all'esercizio in chiusura, che a sua volta registra costi in lieve contro tendenza rispetto al 2015.

La riduzione è prevista a fronte di attività di riorganizzazione interna che coinvolgono diversi servizi e strutture, in relazione sia all'assunzione diretta di personale (vedi infermieri e Oss) sia al passaggio di esternalizzazione di alcuni servizi.

Il costo previsto per le manutenzioni edili impiantistiche è allineato al costo dell'esercizio 2015, come da Linee di gestione 2017.

MOBILITA' REGIONALE – FUGA

Iscritti a bilancio i valori riepilogati nelle tabelle 5 e 6 .

FUGA EXTRAREGIONALE PUBBLICI

Viene riportato il valore complessivo registrato nel 2013 evidenziato nella tabella 10 "Fuga extraregionale pubblici 2013".

ASSISTENZA RIABILITATIVA

Le reali necessità evidenziate dai servizi competenti sulla base degli inserimenti nelle strutture di accoglienza attivi a tutt'oggi, comporterebbe una maggiore spesa di circa 200.000, non riportata nella proposta di Conto Economico allegata.

PRIVATI ACCREDITATI

La previsione del costo verso gli operatori privati accreditati si riferisce ai soli pazienti residenti, in conformità a quanto stabilito dalle regole regionali.

COSTI DEL PERSONALE DIPENDENTE E CONVENZIONATO

La previsione dei costi è coerente con la manovra di assunzioni e cessazioni previste nel PAL 2017, ed è rispettosa del vincolo specifico in materia.

Le risorse aggiuntive Regionali sono iscritte al valore di finanziamento sovraziendale, riepilogate nelle tabelle 3.a e 3.b.

Per espressa indicazione regionale, sul 2017 non è stato effettuato l'accantonamento al fondo di produttività/risultato del personale dipendente commisurato fino al massimo del 1% del monte salari.

Al contrario, il preventivo 2016 e quindi la colonna preconsuntivo 2016, contiene tale incentivo valorizzato al 0,50% del monte salari (dirigenza e comparto per complessivi € 642.049,61 , oneri compresi).

Le direttive regionali precisano infine che in presenza di eventuali rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro ricadenti sull'anno 2017, i relativi oneri verranno finanziati dalla Regione, che ha previsto un'apposita linea di finanziamento sulle spese sovraziendali.

RENDICONTO FINANZIARIO

Il documento previsionale dei flussi prospettici di cassa è stato elaborato, come negli anni precedenti, con riferimento alla sola gestione sanitaria.

L'esercizio in chiusura si caratterizza per una ampia disponibilità di cassa dovuta alle numerose ed importanti erogazioni ricevute proprio a dicembre dalla Regione, specialmente a seguito della presentazione dei rendiconti di spesa relativi alla progettazione ed avvio dei lavori per il Nuovo Ospedale di Pordenone ed ai lavori di ristrutturazione dell'Ospedale di San Vito.

Sulle componenti della gestione reddituale si suppone un andamento 2017 del tutto simile a quello del 2016, mentre si è esplicitata una rappresentazione parzialmente differente delle dinamiche di aumento/diminuzione di crediti e debiti 2017 rispetto all'esercizio in chiusura.

Le variazioni al momento ipotizzabili si riferiscono, oltreché ad una ulteriore diminuzione dei debiti verso fornitori, alla diminuzione dei crediti verso Regione per l'incasso di quote di parte corrente 2016 (specie l'integrazione del finanziamento 2016 di cui alla DGR 2023/2016) ed all'aumento dei debiti verso istituti previdenziali e dei debiti tributari al 31 dicembre 2017 per contributi e imposte riferiti alle competenze stipendiali di dicembre '16 e tredicesima mensilità, che invece per l'anno 2016 sono stati versati entro il mese di dicembre, in relazione al cambio del tracciato dell'Ordinativo Informatico Locale (MIF OIL) dal 1° gennaio 2017.

Ne deriva un flusso prospettico di cassa a fine 2017 ampiamente positivo, sia pur leggermente inferiore a quello attuale di fine esercizio.

Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: LORENA BASSO

CODICE FISCALE: BSSLRN70L63I403Q

DATA FIRMA: 30/12/2016 15:02:20

IMPRONTA: 76098C9E1963EA65434BD20E15C7C8A72C13E5B0EF5B2D5366120835ACB3DC77
2C13E5B0EF5B2D5366120835ACB3DC77C5C15075F8F15895DB8794F79CEBD310
C5C15075F8F15895DB8794F79CEBD310DA4AEE183383F956842EEEE3FCA05573
DA4AEE183383F956842EEEE3FCA055736BE10221808275F70F96F80B1B3B93A0

NOME: ROBERTO ORLICH

CODICE FISCALE: RLCRRT59H24L424T

DATA FIRMA: 30/12/2016 15:10:08

IMPRONTA: 9FAD795D53BF3C9BEA0A019F987F1EAABFE04B98ECF41C23F840C5D71E9F0287
BFE04B98ECF41C23F840C5D71E9F02874FBEE325E5961D171F48FE60C413B9DA
4FBEE325E5961D171F48FE60C413B9DA41F5AA627D245403A23E70EFC687E0E1
41F5AA627D245403A23E70EFC687E0E14362EBE8E038DBC29A786565EA6385C5

NOME: GIORGIO CARNIELLO

CODICE FISCALE: CRNGRG49S18H657A

DATA FIRMA: 30/12/2016 15:18:49

IMPRONTA: 3F0F7274331FB7547E4B9074E72DFD6EB93F07D15D60E727CDD6C0470C0C80B5
B93F07D15D60E727CDD6C0470C0C80B58D17F41203934D04BDC4E51B42C85E4C
8D17F41203934D04BDC4E51B42C85E4CB4EDA62FABC41C3A40B0F0DA6E34194F
B4EDA62FABC41C3A40B0F0DA6E34194F2FC795322D8CC43160461F41C3A3D895

NOME: GIORGIO SIMON

CODICE FISCALE: SMNGRG55D25I403Y

DATA FIRMA: 30/12/2016 15:26:46

IMPRONTA: 78E757F5F6572D41B995C0DF77DDF44F0087719F4C2740C3B8D39179F4F83D4F
0087719F4C2740C3B8D39179F4F83D4FB3E1A31A3686CE02D0FFD15EEFB90D33
B3E1A31A3686CE02D0FFD15EEFB90D334608F5F8AD0E3526F75E00C5CAA9934A
4608F5F8AD0E3526F75E00C5CAA9934A5A8EDEF7E8E823ED5F3713863093FDD