REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO
Burlo Garofolo di Trieste
BURLO
Ospedale ad alta specializzazione e di rilievo nazionale per la salute della donna e del bambino

DECRETO DEL DIRETTORE GENERALE

N. 12 DEL 31/01/2020

OGGETTO: Adozione del Piano della Performance / Piano triennale e di sviluppo organizzativo e gestionale 2020-2022

Sottoscritto dal Direttore Generale
Dott. Stefano Dorbolò
nominato con Delibera della Giunta Regionale n.2267 del 27.12.2019

Su proposta della S.S.D. Programmazione e Controllo,
preso atto del parere favorevole sotto il profilo della legittimità, della regolarità amministrativa, tecnica e contabile da parte dei Responsabili delle competenti Strutture ed Uffici

Profilo della legittimità, della regolarità amministrativa e tecnica	
IL SOSTITUTO DEL RESPONSABILE AD INTERIM DELLA S.S.D. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	**IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO**
Dario Carlevaris *atto firmato digitalmente* data 30 gennaio 2020	**dott.ssa Martina Vardabasso** *atto firmato digitalmente* data 30 gennaio 2020

Documento sottoscritto con firma digitale e successivamente sottoposto ad archiviazione e conservazione legale, secondo la normativa vigente.

IL DIRETTORE GENERALE

Visto il Decreto Legislativo n. 150 del 27/10/2009 e s.m.i. che prevede, all'art. 10, comma 1, lettera a) che le amministrazioni pubbliche redigano e pubblichino annualmente sul proprio sito istituzionale entro il 31 gennaio: *"un documento programmatico triennale denominato Piano della performance, definito dall'organo di indirizzo politico-amministrativo dell'ente in collaborazione con i vertici dell'amministrazione e secondo gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della funzione pubblica, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori"*;

Considerato che l'art. 51 della LR 22/2019 recante "Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006" prevede:

"1. Il processo di programmazione triennale a livello aziendale è volto a definire obiettivi strategici, politiche gestionali e linee di sviluppo organizzativo evolutive dell'ente nel medio termine, in coerenza con il Piano regionale sanitario e sociosanitario e con i piani regionali settoriali e progetti obiettivo.

2. Il direttore generale approva il piano di cui al comma 1 recante:

a) obiettivi strategici a livello aziendale;

b) politiche gestionali e interventi su struttura organizzativa, processi operativi e direzionali, nonché risorse.";

Preso atto che la Direzione Strategica dell'Istituto insediatasi in data 1/1/2020, successivamente alla nomina quinquennale del Direttore Generale, di cui alla DGR 2267 dd 27/12/2019, ha pertanto voluto redigere il presente Piano nell'ottica di divulgare le principali progettualità strategiche aziendali che verranno sviluppate nel corso del triennio;

Verificato pertanto che il presente Piano della Performance / Piano Triennale e di sviluppo organizzativo e gestionale 2020-2022 è coerente con le "Linee guida per la redazione del Piano della Performance n. 1/2017", redatte dal Dipartimento della Funzione Pubblica e, nella sezione relativa alla performance individuale, esplicita il percorso di allineamento alle indicazioni contenute nelle "Linee guida per la misurazione e valutazione della performance della performance individuale n. 5/2019";

Considerato che la programmazione regionale annuale è stata definita in via preliminare con la DGR 1992/2019 e successivamente integrata con la DGR 2150 dd 20/12/2019 avente ad oggetto "Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario Regionale - anno 2020";

Preso atto che l'IRCCS con decreto del Commissario Straordinario n. 193 dd 31/12/2019, ha provveduto ad adottare il PAO 2020 unitamente al Bilancio economico preventivo aziendale, secondo le indicazioni regionali contenute nelle summenzionate DGR;

Considerato che il Piano della Performance / Piano triennale e di sviluppo organizzativo e gestionale 2020-2022 è soggetto a modifiche ed integrazioni in relazione alle indicazioni programmatorie regionali, così come previsto dal summenzionato articolo 51 della LR 22/2019;

Verificato che il presente Piano garantisce elevati livelli di integrazione con il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-2022;

Documento sottoscritto con firma digitale e successivamente sottoposto ad archiviazione e conservazione legale, secondo la normativa vigente.

Considerato infine che il percorso di adozione del Piano della Performance / Piano triennale e di sviluppo organizzativo e gestionale 2020-2022 è stato condiviso con l'OIV nella seduta del 24/01/2020;

Riscontrato che sul presente decreto sono stati espressi, sotto il profilo della legittimità, della regolarità amministrativa, tecnica e contabile, i pareri favorevoli dei Responsabili delle competenti Strutture ed Uffici;

Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Scientifico

DECRETA

1) di adottare il Piano della Performance / Piano triennale e di sviluppo organizzativo e gestionale 2020-2022, redatto in conformità a quanto previsto dall'art. 10, comma 1, lett. a) del D. Lgs. n. 150 del 27/10/2009 e s.m.i., allegato al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale;
2) di assicurare la diffusione del documento attraverso la sua pubblicazione sul sito internet istituzionale, all'interno dell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente"/"Performance"/ "Piano delle Performance";

3) di trasmettere copia del presente provvedimento all'Organismo Indipendente di Valutazione;

4) di dare atto che nessun costo consegue direttamente dal presente provvedimento.

Documento sottoscritto con firma digitale e successivamente sottoposto ad archiviazione e conservazione legale, secondo la normativa vigente.

.

Il presente provvedimento diviene esecutivo, ai sensi dell'art. 4 della L.R. 21/92 come sostituito dall'art. 50 della L.R. 49/96, dalla data di pubblicazione all'Albo aziendale telematico.

Acquisiti i pareri favorevoli di competenza

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO	IL DIRETTORE SCIENTIFICO	IL DIRETTORE SANITARIO
dott.ssa Serena Sincovich *atto firmato digitalmente* data 31 gennaio 2020 nominato con Decreto del Direttore Generale n. 2 del 02.01.2020	**prof. Fabio Barbone** *atto firmato digitalmente* data 31 gennaio 2020 nominato con Decreto del Ministero della Salute di data 9/05/2016, Decreto del Direttore Generale n. 56 del 1/06/2016	**dott.ssa Paola Toscani** *atto firmato digitalmente* data 31 gennaio 2020 nominato con Decreto del Direttore Generale n. 1 del 02.01.2020

DIRETTORE GENERALE
dott. Stefano Dorbolò *atto firmato digitalmente*

ELENCO ALLEGATI:
1. piano triennale 2020 – 2022

Documento sottoscritto con firma digitale e successivamente sottoposto ad archiviazione e conservazione legale, secondo la normativa vigente.

Elenco firmatari

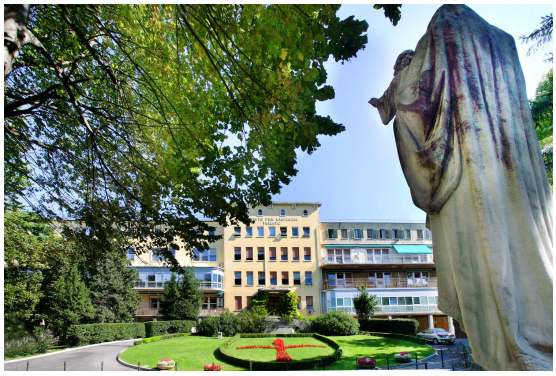
ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: STEFANO DORBOLO'
CODICE FISCALE: DRBSFN64E08L483U
DATA FIRMA: 31/01/2020 12:29:29
IMPRONTA: 36E1A16C44BF91535331C81A139C1DB8B50433717B877A520460BA3C3FA59618
B50433717B877A520460BA3C3FA596187831ED4366C46010BDE5E40D029D1C40
7831ED4366C46010BDE5E40D029D1C4080AA776C18C6DF53EB3B88A99DE4FA61
80AA776C18C6DF53EB3B88A99DE4FA61644D76AEDD64E4EAC20EC32EEF9ACAA4

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
ISTITUTO DI RICOVERO E CURA
A CARATTERE SCIENTIFICO
Burlo Garofolo di Trieste

Istituto di Ricovero e Cura
a Carattere Scientifico
materno – infantile
"Burlo Garofolo"
Trieste



Piano della performance / Piano triennale e di sviluppo organizzativo e gestionale

2020-2022

INDICE

Premessa 3

1.1 Chi siamo, cosa facciamo e come operiamo 4

Organizzazione aziendale 4

Le risorse umane 7

Bilancio delle attività 7

Attività di ricovero, ambulatoriale e PS 7

La ricerca 9

Governo aziendale 11

Gestione del rischio clinico 11

Informatizzazione 11

Qualità e accreditamento 11

Qualità degli esiti 12

Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale 14

2. Programmazione strategica 17

2.1 Linee strategiche di sviluppo nel campo dell'assistenza 17

2.2 Linee strategiche di sviluppo nel campo della ricerca 19

3. Programmazione annuale 20

3.1 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi 20

3.2 Fasi, soggetti e tempi del ciclo di gestione della performance 21

3.3 Coerenza con la programmazione economico finanziaria e di bilancio 22

4. Dalla performance organizzativa alla performance individuale 22

Allegato 1: Progettualità regionali 2020

Premessa

Il Piano della Performance, ai sensi dell'art. 10 del D. Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150, è il documento programmatico triennale predisposto dall'organo di indirizzo politico-amministrativo. La programmazione strategica è stata recentemente ridefinita dalla legge LR 22/2019, "Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006". L'art. 51 della LR 22/2019 prevede quanto segue:

"1. Il processo di programmazione triennale a livello aziendale è volto a definire obiettivi strategici, politiche gestionali e linee di sviluppo organizzativo evolutive dell'ente nel medio termine, in coerenza con il Piano regionale sanitario e sociosanitario e con i piani regionali settoriali e progetti obiettivo.

2. Il direttore generale approva il piano di cui al comma 1 recante:

a) obiettivi strategici a livello aziendale;

b) politiche gestionali e interventi su struttura organizzativa, processi operativi e direzionali, nonché risorse."

La Direzione Strategica dell'Istituto insediatisi in data 1/1/2020, successivamente alla nomina quinquennale del Direttore Generale, di cui alla DGR 2267 dd 27/12/2019, ha pertanto voluto redigere il presente Piano nell'ottica di divulgare le principali **progettualità strategiche aziendali** che verranno sviluppate nel corso del triennio.

Il Piano è soggetto a modifiche ed integrazioni in relazione alle indicazioni programmatorie regionali, così come previsto dal summenzionato articolo 51.

Per quanto concerne la programmazione annuale 2020 il presente Piano è redatto in conformità ai contenuti previsti dalla DGR n. 2195 del 20/12/2019. "LR 49/1996, art. 12 – Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario Regionale per l'anno 2020. Approvazione definitiva", ed al proprio Piano Attuativo Ospedaliero, approvato con decreto n. 193 dd 31/12/2019. Il PAO esplicita gli elementi fondamentali (obiettivi, risorse, indicatori e risultati attesi) su cui si baserà, a consuntivo, la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance aziendale raggiunta.

L'elaborazione del Piano della Performance è stata effettuata in conformità alle nuove "Linee guida per il Piano della performance" emanate a giugno 2017 dal Dipartimento della Funzione Pubblica ed alle precedenti delibere ANAC (Autorità Nazionale Anticorruzione) e CIVIT (Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle Amministrazioni Pubbliche) n. 112/2010, n. 1/2012 e n. 6/2013.

Il Piano si integra con l'adottando Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e della trasparenza, con il Bilancio preventivo aziendale (allegato al PAO 2020), con il Sistema di gestione della Qualità e con il Piano dei tempi d'attesa, garantendo la massima attenzione alla valutazione espressa da parte degli stakeholders.

Esso dà avvio al Ciclo di Gestione della Performance per l'anno 2020, che proseguirà con la negoziazione degli obiettivi di budget con le SC/SSD, secondo le modalità meglio descritte nel paragrafo 3 relativo alla programmazione annuale.

Il Piano delle Performance 2020 si articola in 4 sezioni:

1. nella prima sezione viene presentata l'Amministrazione;
2. nella seconda sezione vengono riportati gli obiettivi strategici triennali aziendali, che potranno essere rivisti anche alla luce di indirizzi programmatori regionali pluriennali;
3. nella terza sezione vengono riportati gli obiettivi per l'anno di riferimento, delineando i risultati attesi attraverso opportuni set di indicatori e relativi target (programmazione annuale), in attuazione alle indicazioni regionali contenute nelle Linee di gestione e nella LR 22/2019 (art. 51);

4. l'ultima sezione è dedicata ad illustrare il collegamento fra la performance organizzativa attesa e la performance individuale dei dirigenti (dalla performance organizzativa alla performance individuale).

In applicazione dell'art.10, comma 8 lettera b) del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n.33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" il presente documento verrà pubblicato all'interno dell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente", sotto sezione di I livello "Performance", sotto sezione di II livello "Piano delle Performance", del sito internet istituzionale.

1.1 Chi siamo, cosa facciamo e come operiamo

Il Burlo Garofolo di Trieste è uno degli ospedali pediatrici più antichi d'Europa, fondato nel 1856. Il 10/12/1968 ha ottenuto il riconoscimento di IRCCS e oggi è uno dei 51 IRCCS italiani riconosciuti dal Ministero della Salute, uno dei 2 IRCCS pubblici materno-infantili (l'altro è il Gaslini di Genova). In quanto IRCCS è sottoposto a periodiche valutazioni da parte del Ministero della Salute. Con Decreto del Ministero della Salute del 23/11/2017 (GU - n. 13 del 17/01/2018), è stato confermato il riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS nella disciplina «Materno infantile», nel corso del mese di febbraio 2020 avverrà la cd "site visit" per il rinnovo del riconoscimento.

Con DGR n. 730 del 21/03/2018 è stata istituita la Rete Pediatrica del FVG, coronamento di un percorso che ha portato l'Istituto al centro della Sanità regionale per l'ambito materno-infantile e che rappresenta il punto di partenza per il futuro ruolo del Burlo nella Sanità e nella Ricerca regionale e nazionale.

La LR 22/2019 definisce l'IRCCS Burlo Garofolo "presidio ospedaliero specializzato", prevendendo contestualmente, all'art. 29 c. 3, che al Burlo "sono attribuite le funzioni ospedaliere dell'area materno infantile, relativamente a pediatria e a ostetricia e ginecologia, per il territorio di competenza dell'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina di cui all'art. 3, comma 1, lettera c) della legge regionale27/2018 da svolgersi:

a) presso la sede di Trieste

b) presso le sedi del presidio ospedaliero Gorizia e Monfalcone, di cui all'art. 37, secondo la programmazione vigente".

Organizzazione aziendale

L'Atto Aziendale è il documento che individua e definisce l'assetto istituzionale e quello organizzativo dell'IRCCS Burlo Garofolo. Definisce l'identità aziendale, mission e vision, valori e il modello organizzativo dell'Azienda. Elemento caratterizzante della nostra organizzazione è la piena integrazione fra assistenza e ricerca, che si declina nel modello organizzativo dipartimentale: non vi è distinzione fra Dipartimenti assistenziali e della ricerca: tutti i Dipartimenti sanitari svolgono entrambe le attività e afferiscono al Direttore Sanitario e al Direttore Scientifico per gli ambiti di rispettiva competenza.

La Mission aziendale

Il Burlo Garofolo, in quanto ospedale di alta specializzazione di rilievo nazionale e in coerenza con gli indirizzi del Piano Sociosanitario Regionale, garantisce l'assistenza ad alta complessità e specialità per l'area materno-infantile in ambito regionale, nazionale e internazionale, in rete con le strutture di Pediatria e Ostetricia-Ginecologia regionali e con gli Ospedali Pediatrici italiani. Garantisce inoltre l'assistenza materno-infantile di base per l'area triestina, in collaborazione con l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI). Il Burlo, in quanto IRCCS, coerentemente con le Direttive del Ministero della Salute e in rete con gli altri IRCCS, svolge istituzionalmente attività di ricerca clinica traslazionale e gestionale in ambito materno-infantile, rappresentando il riferimento per la Regione nella definizione delle politiche sanitarie in questo

ambito. Il Burlo, in quanto sede di riferimento per il Dipartimento Universitario Clinico di Scienze Mediche Chirurgiche e della Salute dell'Università degli Studi di Trieste per l'ambito materno-infantile, garantisce l'integrazione delle attività di assistenza, didattica e ricerca, contribuendo al raggiungimento delle finalità proprie dell'Università.

La Vision aziendale

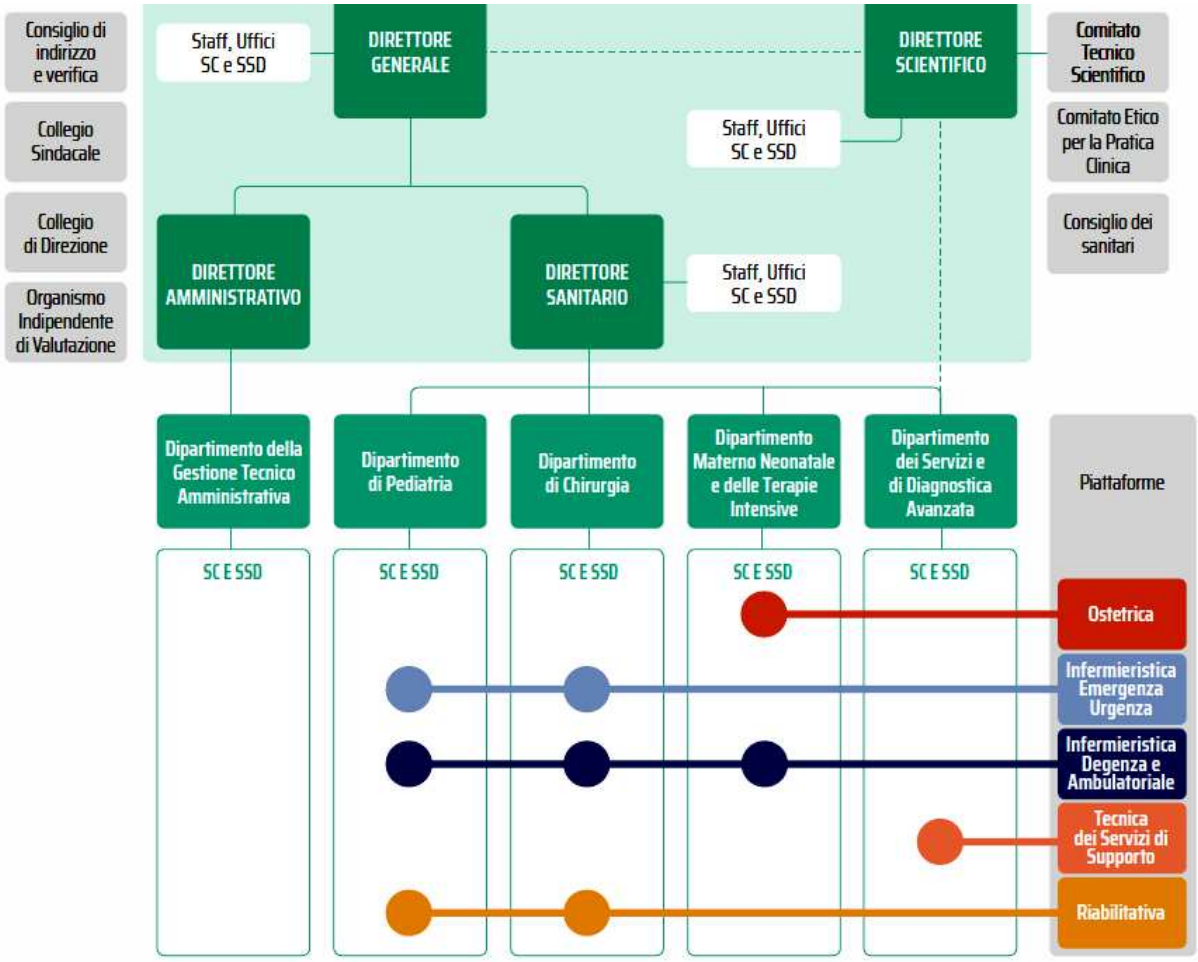
La visione strategica del Burlo è orientata a:

- Garantire lo stesso, elevato, livello di salute a tutti i bambini, gli adolescenti e le donne della Regione Friuli Venezia Giulia, direttamente o indirettamente, svolgendo il ruolo di hub regionale per l'area materno-infantile, in un sistema hub-spoke non solo ospedaliero, ma anche ospedale-territorio, coordinando nel contempo la ricerca e l'innovazione, nonché la didattica e la formazione per l'area materno-infantile.
- Sviluppare il proprio ruolo nella rete assistenziale e scientifica nazionale e internazionale al fine di confrontare e trasferire esperienze, nonché di rappresentare un polo di attrazione per pazienti e professionisti, promuovendo nel contempo la crescita e lo sviluppo di altre realtà sanitarie, soprattutto in aree disagiate del mondo.

L'assetto organizzativo

L'assetto organizzativo prevede una Direzione strategica e una gestione operativa basata sul modello dipartimentale. La Direzione strategica è composta dal Direttore Generale, dal Direttore Scientifico, nonché dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, che lo coadiuvano nell'esercizio delle funzioni che gli sono attribuite. È sede del governo dell'Azienda e ad essa compete la definizione delle strategie e delle politiche aziendali. Il Direttore Sanitario, in particolare, dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico sanitari. È responsabile del processo di governo clinico dell'Istituto, con riferimento sia alla qualità, che all'efficienza e all'efficacia. Il Direttore Amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'Istituto; indirizza, coordina ed orienta l'esercizio di tutte le funzioni tecniche, amministrative e logistiche a supporto dell'organizzazione e dell'erogazione delle prestazioni sanitarie. La Direzione strategica si avvale di uno staff di supporto posto alle dirette dipendenze del Direttore Generale, articolato in strutture, uffici e servizi, che svolge funzioni di pianificazione e controllo direzionale, di gestione della comunicazione interna ed esterna, della formazione e della sicurezza.

Figura 1. Organigramma



Le risorse umane

Il personale presente in Istituto, comprensivo di personale universitario convenzionato, si articola come segue:

Tabella 1. Personale

	31.12.2018	31.12.2019
RUOLO SANITARIO		
Medici	145	148
Farmacisti	4	4
Biologi	13	14
Chimici	1	1
Psicologi	4	4
Altri dirigenti sanitari	1	1
Personale infermieristico/ostetrico	299	289
Personale tecnico sanitario	29	26
Altro personale sanitario	21	31
Totale ruolo sanitario	**517**	**518**
RUOLO TECNICO PROFESSIONALE		
Dirigenti tecnici professionali	6	6
Operatori tecnici– OSS	98	101
Altro personale tecnico	23	20
Totale ruolo tecnico	**127**	**127**
RUOLO AMMINISTRATIVO		
Dirigenti amministrativi	8	9
Personale amministrativo	69	72
Totale ruolo amministrativo	**77**	**81**
RUOLO RICERCA		
Collaboratore professionale di ricerca		13
Ricercatore sanitario		9
Totale ruolo ricerca		**22**
TOTALE COMPLESSIVO	**721**	**748**

Bilancio delle attività

Attività di ricovero, ambulatoriale e PS

Di seguito vengono riportati i risultati in termini di attività di ricovero, ambulatoriale, chirurgica e gli accessi

al pronto soccorso. Nell'analisi dei dati vanno considerati alcuni aspetti:

- il passaggio di alcune prestazioni da ricovero in regime di DH ad attività ambulatoriale (es. PMA);
- lo sforzo di garantire l'appropriatezza dei setting assistenziali trasformando prestazioni precedentemente in regime di DH, potenzialmente inappropriate, a prestazioni ambulatoriali.
- il trasferimento ad ASUIGI delle prestazioni di laboratorio di routine nell'ambito della riorganizzazione del laboratorio di area vasta, avvenuto alla fine del 2015 e lo sviluppo del nuovo modello anche per l'area Isontina.

Figura 2. Volumi di attività di ricovero per dipartimento (periodo gennaio- settembre)

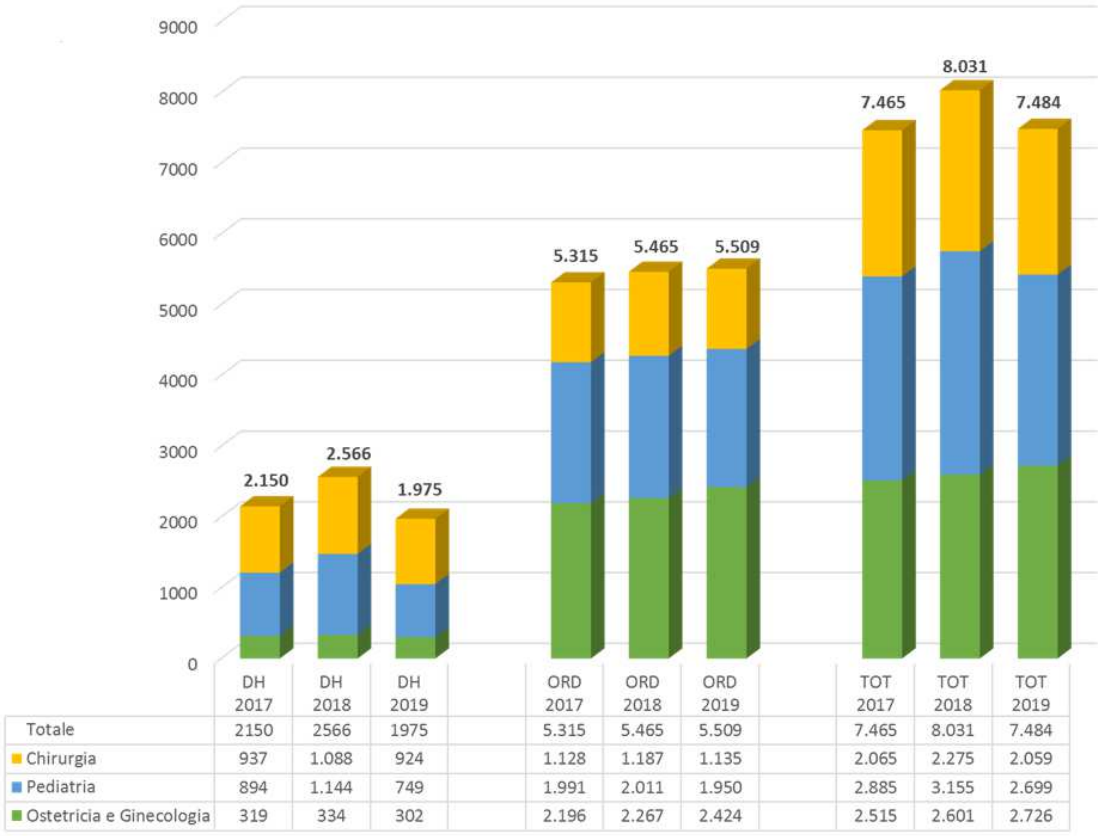
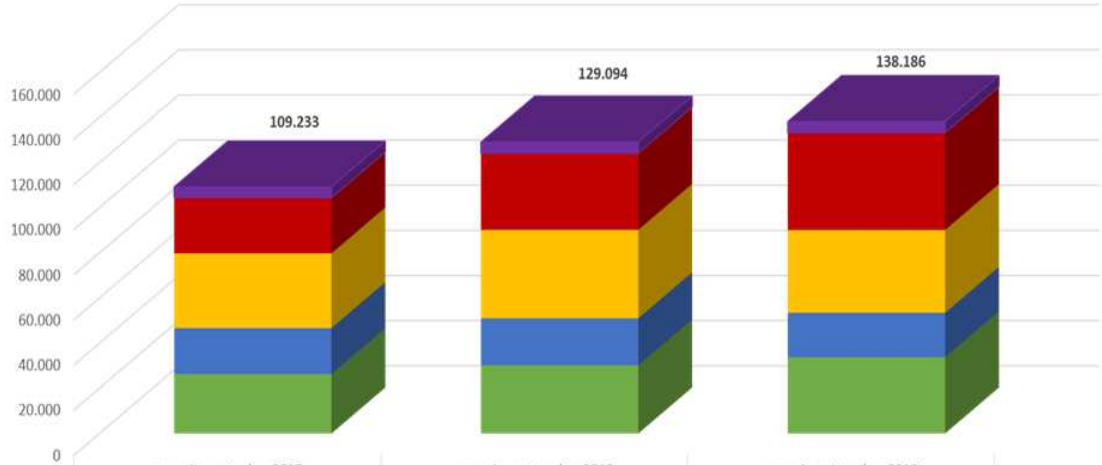


Tabella 2. Accessi al Pronto Soccorso per codice colore. Anni 2017-2019

	2017	2018	2019
INGRESSI TOTALI	**23.852**	**24.599**	**25.015**
Codice bianco	**6.892**	**6.764**	**7.590**
Codice verde	**15.243**	**15.896**	**15.518**
Codice giallo	**1.681**	**1.865**	**1.855**
Codice rosso	**36**	**74**	**52**

Figura 3. Volumi di attività ambulatoriale



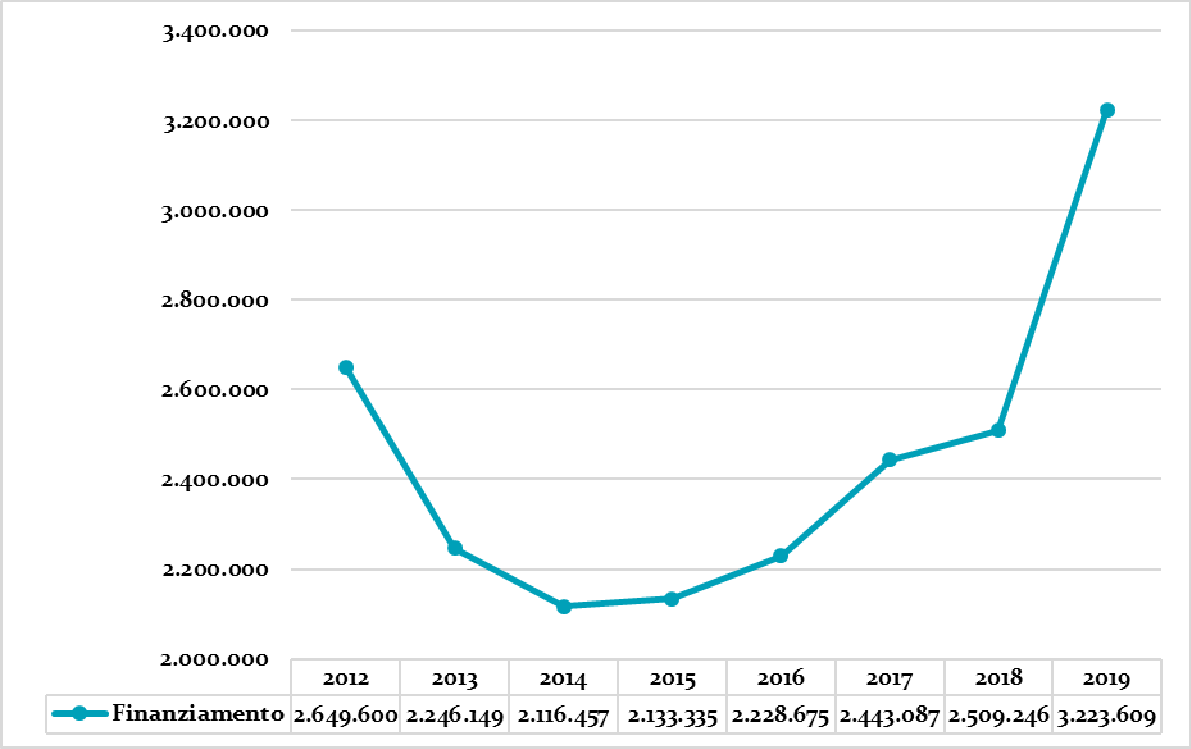
	gennaio - settmbre 2017	gennaio - settembre 2018	gennaio -settembre 2019
Totale	109.233	129.094	138.186
Radiologia	4.741	4.867	4.967
Area laboratorio	24.710	34.011	43.054
Chirurgia	33.098	39.214	36.708
Pediatria	20.354	20.810	19.690
Ostetricia e Ginecologia	26.330	30.192	33.767

La ricerca

Il Burlo collabora strettamente con UNITS ospitandone, all'interno del Dipartimento di Scienze Mediche Chirurgiche e della Salute le Cattedre di Pediatria, Ostetricia e Ginecologia, e Genetica, i corsi di laurea triennale e magistrale di Medicina e Chirurgia, Ostetricia, Odontoiatria, Scuole di Specializzazione, Dottorati di ricerca e Master. Le attività di didattica sono strettamente integrate con le attività di assistenza e ricerca svolte dalle strutture sanitarie aziendali. Sviluppa inoltre attività di ricerca con il Dipartimento di Scienze della Vita di UNITS per il dottorato di ricerca in Neuroscienze e Scienze Cognitive e con il Dipartimento di Fisica di UNITS per il dottorato di ricerca in Nanotecnologie. La ricerca è attuata attraverso la programmazione triennale di progetti istituzionali la cui attività, nell'ambito dell'area di riconoscimento, si articola secondo le linee di ricerca e gli obiettivi indicati ed approvati nel documento programmatico triennale degli IRCCS.

Il Burlo, in qualità di IRCCS, riceve dal Ministero della Salute un finanziamento annuale in base alla performance scientifica pari a circa 2.200.000 € per la cosiddetta "Ricerca Corrente" (RC), ma la capacità di attrarre fondi, grazie all'eccellente produttività scientifica, fa in modo che l'Istituto possa disporre annualmente, in media, di altri 1.500.000 €, tra fondi derivanti da 5 per Mille, Ricerca finalizzata (RF), finanziamenti in Conto Capitale (CC) e altro (bandi competitivi, CCM, AIFA, dona- zioni da privati, ecc.).

Figura 4. Finanziamento



In termini di produzione scientifica i ricercatori del Burlo pubblicano ogni anno circa 300 lavori scientifici su riviste peer reviewed (ad alto impatto sulla comunità scientifica) e altrettanti su riviste nazionali e internazionali.

Per valutare quantitativamente l'impatto della ricerca all'interno della comunità scientifica si ricorre a indicatori basati sull'analisi matematica e statistica della letteratura scientifica. Il più noto è l'Impact Factor (I.F. grezzo) che rappresenta il rapporto fra il numero di citazioni dei lavori pubblicati in una certa rivista in un anno rispetto al numero totale di lavori pubblicati dalla stessa rivista nei due anni precedenti. L'Impact Factor del Burlo è in aumento negli ultimi anni e la sua normalizzazione corretta (criterio messo a punto dal Ministero della Salute) situa l'IRCCS su un valore di poco inferiore ai 900 punti (Impact Factor normalizzato corretto - IFnc).

Tabella 3. Pubblicazioni e IFnc

	N° pubblicazioni	I.F. n.c.
2014	165	681,40
2015	167	735,20
2016	190	833,60
2017	187	872,40
2018	158	924,00
2019	154	950,00

Governo aziendale

Gestione del rischio clinico

La gestione del rischio clinico, a garanzia e tutela dell'erogazione di assistenza e cure sicure, all'interno dell'Istituto, è integrata a livello regionale nella Rete Cure Sicure del FVG, istituita con DGR n.1970/2016, il cui modello organizzativo prevede la condivisione di programmi, progetti, obiettivi ed indicatori, oltre alla diffusione della cultura della sicurezza a tutti i livelli e i contesti sanitari e socio-sanitari, ospedalieri e territoriali, pubblici e privati accreditati convenzionati con il SSR.

La centralità e la rilevanza della sicurezza del paziente in Istituto in tutti i regimi di erogazione delle prestazioni sanitarie, siano esse ambulatoriali o di ricovero, sono inoltre evidenziate dal PAO annuale, in cui il piano della sicurezza delle cure è un documento autonomo, allegato al Piano stesso, e declinato nelle tematiche prioritarie elencate con azioni di miglioramento, indicatori specifici e monitoraggio periodico, e fortemente orientato alla formazione e all'aggiornamento continuo.

A dicembre 2017 è iniziata la collaborazione con gli altri ospedali pediatrici italiani appartenenti all'AOPI, e con il Centro Gestione Rischio Clinico, della Regione Toscana, specificatamente nell'ambito del rischio clinico per affrontare tematiche peculiari dell'età pediatrica o comunque molto diverse in età pediatrica, per migliorare la sicurezza delle cure dei piccoli pazienti, in particolare nei seguenti ambiti: strutturare un progetto di ricerca sull'incidenza di eventi avversi da farmaci; mappare le buone pratiche già in essere nei diversi ospedali; realizzare una raccolta di raccomandazioni sui seguenti temi prioritari: handover tra i diversi livelli di cura, la sepsi nel paziente pediatrico, il percorso chirurgico e le procedure con sedazione eseguite al di fuori delle sale operatorie.

Informatizzazione

L'Ufficio Sistema Informativo dell'IRCCS "Burlo Garofolo" si pone come strumento aziendale che raccoglie, gestisce e valuta le istanze di tipo informatico, informativo e tecnologico che riguardano i processi amministrativi, sanitari e scientifici.

Tale informatizzazione coinvolge tutti i processi aziendali assicurandone non solo il dovuto funzionamento ma anche livelli di protezione sempre più elevati in conseguenza dell'aumento delle minacce e dei rischi sia interni che esterni. Temi come la sicurezza informatica e la cyber security coinvolgono processi amministrativi di rendicontazione, programmazione e controllo così come lo scambio di informazioni e conoscenze scientifiche tra diversi gruppi di ricerca e, in particolare, in una realtà sanitaria, il corretto accesso e la trasmissione e conservazione sicure dei dati sanitari dei soggetti interessati.

È necessario quindi trovare un equilibrio tra le misure di sicurezza, la tracciabilità e la pertinenza nell'accesso ai dati e la loro fruibilità o usabilità, la necessità di poter scambiare informazioni per la corretta cura di pazienti e malati. In tal senso il Burlo è dotato di una infrastruttura di rete e di sistemi che non solo sono a norma ma sono scalabili e flessibili permettendo il lavoro di ricercatori, medici, amministrativi in stretto contatto con i rispettivi Enti regionali che erogano servizi amministrativi e sanitari e con quelli nazionali e ministeriali adibiti alla ricerca.

Qualità e accreditamento

L'Istituto IRCCS Burlo Garofolo opera secondo il principio dell'integrazione tra i sistemi di governo, del miglioramento continuo e della gestione del rischio.

L'Istituto è autorizzato e accreditato dalla Direzione Centrale della Salute della Regione Friuli Venezia Giulia per le attività relative alla gestione degli ambulatori e delle degenze, per le attività relative al percorso nascita, per le attività di procreazione medicalmente assistita omologa ed eterologa, per i locali ospitanti i servizi di medicina trasfusionale dell'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina, per le attività di

formazione come provider ECM del Sistema sanitario regionale.

Il suo riconoscimento come Istituto “di ricovero e cura a carattere scientifico” ne determina la verifica periodica da parte del Ministero della Salute. Per conservare tale qualifica, l’IRCCS è tenuto a certificare i servizi secondo standard di qualità e procedure internazionalmente riconosciuti, in ottemperanza all’art. 13 del Decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288. A tal fine sono state certificate, ai sensi della normativa UNI EN ISO 9001:2015, 17 servizi e/o strutture, tra cui si annoverano la Farmacia, la Radiologia pediatrica, la Fisiopatologia delle Riproduzione e Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), la Oncoematologia e Centro Trapianti di Midollo osseo, la Genetica medica, i Laboratori di diagnostica avanzata traslazionale e microbiologica traslazionale, le strutture Politiche del personale, Gestione economica finanziaria, Programmazione e controllo, Ingegneria clinica, informatica e approvvigionamenti, Gestione tecnica e realizzazione del nuovo ospedale, Affari generali e legali, Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale (SPPA), l’Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), l’Ufficio Formazione, l’Ufficio Centro Unico di Prenotazione (CUP).
Oltre che certificato secondo i requisiti della norma ISO 9001:2015, il Centro di procreazione medicalmente assistita omologa ed eterologa è certificato e costantemente monitorato dal Centro Nazionale Trapianti e dalla Direzione Centrale Salute della Regione Friuli Venezia Giulia, ai sensi della normativa nazionale e regionale vigente. Analogamente, oltre che certificato per la norma ISO 9001:2015, il Centro Trapianti di Midollo osseo per pazienti pediatrici è certificato e costantemente monitorato dall'European Society for Blood and Marrow Transplantation, dal Centro Nazionale Trapianti e dal Centro Nazionale Sangue, nonché dalla Direzione Centrale Salute della Regione Friuli Venezia Giulia, ai sensi degli standard internazionali applicabili e della normativa nazionale e regionale vigente.

In aggiunta, l'Istituto rende disponibili i propri valutatori esperti all'Organismo Tecnicamente Accreditante della Regione Friuli Venezia Giulia per lo svolgimento delle verifiche con il fine di autorizzare e accreditare le strutture regionali pubbliche e private convenzionate.

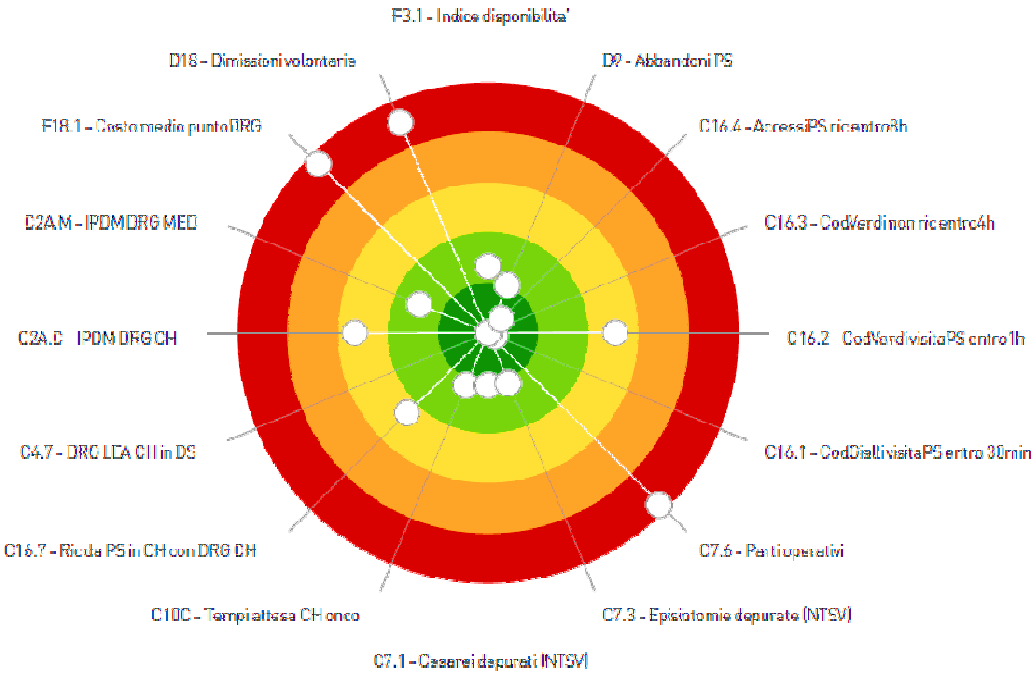
Dal 2018 l'IRCCS aderisce al percorso UNICEF per l'accreditamento BFHI “Ospedale amico dei Bambini”, impegnandosi a sostenere la promozione e la protezione dell'allattamento materno e la protezione delle famiglie dal marketing inappropriato sui sostituti del latte materno.

Qualità degli esiti

La Regione FVG ha aderito, a partire dal 2014, al “Progetto Bersaglio” della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa, costituito da alcuni indicatori di performance. Il rispetto di alcuni di questi indicatori è stato assegnato come obiettivo nel Patto del DG ed è stato successivamente declinato alle diverse strutture in sede di budget.

Nell’analisi degli indicatori l’IRCCS ha segnalato che alcuni di essi male si adattano ad un Ospedale Materno-Infantile e in particolare ad un IRCCS. In tal senso il nostro Istituto ha avviato, nell’ambito di AOPI e in collaborazione con la Scuola Superiore S. Anna, un progetto di una revisione degli indicatori di area materno-infantile.

Figura 5. Bersaglio Burlo 2018

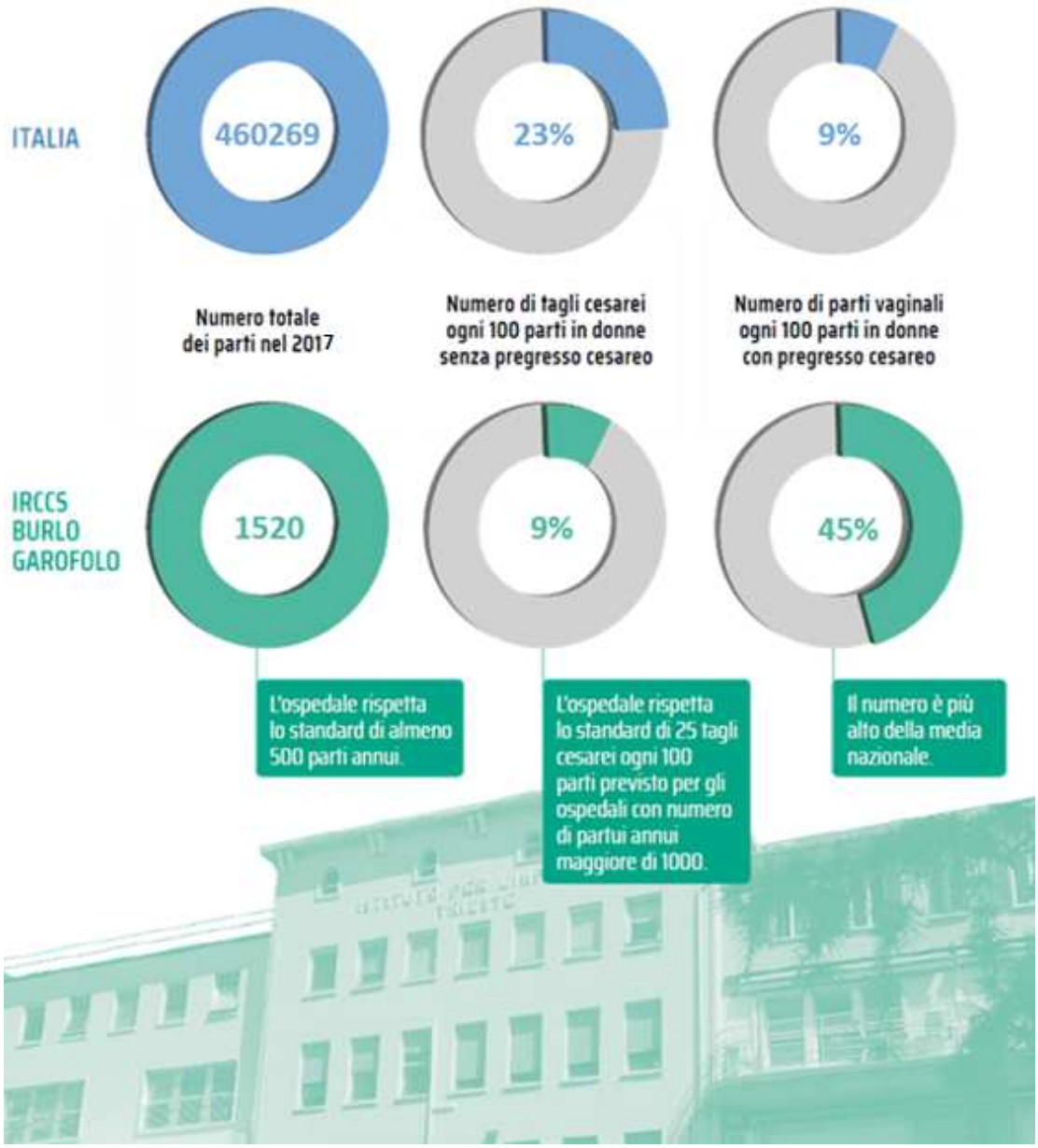


Programma nazionale esiti (PNE)

Il Programma nazionale esiti è uno strumento di misurazione, analisi, valutazione e monitoraggio delle performance clinico-assistenziali delle strutture sanitarie a disposizione delle Regioni, delle aziende e dei professionisti per il miglioramento continuo del nostro SSN. I risultati di PNE, attività che AGENAS svolge per conto del Ministero della Salute, sono pubblicati annualmente sul sito web dedicato.

Nel grafico seguente, tratto dal report PNE 2017 di AGENAS, viene messa a confronto la performance del Burlo in ambito Ostetrico con la media nazionale, sottolineando l'ottima performance del nostro Istituto.

Figura 6. I parti a confronto (dati 2017)



Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

Con deliberazione di Giunta Regionale n. 1992 dd 22/11/2019 avente ad oggetto "Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario Regionale - l'anno 2020. Approvazione preliminare." e con deliberazione di Giunta Regionale n. 2195 dd 20/12/2019 avente ad oggetto "Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario Regionale - l'anno 2020. Approvazione definitiva." è stata, tra gli altri, definita l'entità del finanziamento corrente per le attività del SSR.

Nel corso del 2020 troverà piena attuazione il percorso di revisione dell'assetto complessivo del SSR, a seguito del completamento del processo di riforma di cui alla LR 27/2018 e del quadro complessivo delineato dal DDL 70 recante "Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 6/2006 e alla legge regionale 26/2015", attualmente in via di approvazione, e alla conseguente costituzione dell'ASUGI e ASUFC.

Il sistema di finanziamento per il 2020 prosegue il percorso intrapreso negli anni precedenti,

implementando ulteriormente ed ampliando i criteri allocativi delle risorse secondo parametri e processi oggettivi di standardizzazione, anche alla luce della rideterminazione della popolazione afferente a ciascuna Azienda e dell'eventuale riallocazione di funzioni.

Per individuare gli standard per ogni azienda è stata utilizzata la popolazione pesata al 31/12/2018, secondo i pesi per la suddivisione del Fondo Sanitario Nazionale 2018 e la definizione degli standard di riferimento è avvenuta attraverso la miglior performance fra le aziende, oppure tramite riferimenti nazionali

Il finanziamento assegnato all'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo è risultato pari ad euro 27.064.308, comprensivo della quota pari a euro 994.962 per il rinnovo contrattuale competenza 2020, pertanto con un aumento pari 249.775 rispetto al 2019. In fase di redazione del preventivo, è esclusa la quota RAR e trova parziale copertura tra le sovraziendali e tramite il pay-back il farmaco per la cura dell'atrofia muscolare (SMA - Spinraza): gli oneri complessivi saranno finanziati a consuntivo.

L'Istituto dispone, inoltre, di euro 288.832 quale riparto dei fondi statali da pay-back e di un finanziamento per mobilità regionale pari ad euro 18.404.205 per attività di ricovero, euro 4.799.047 per attività ambulatoriale ed euro 708.713 per mobilità farmaci (quest'ultima voce a totale ristoro dei costi presenti tra i farmaci).

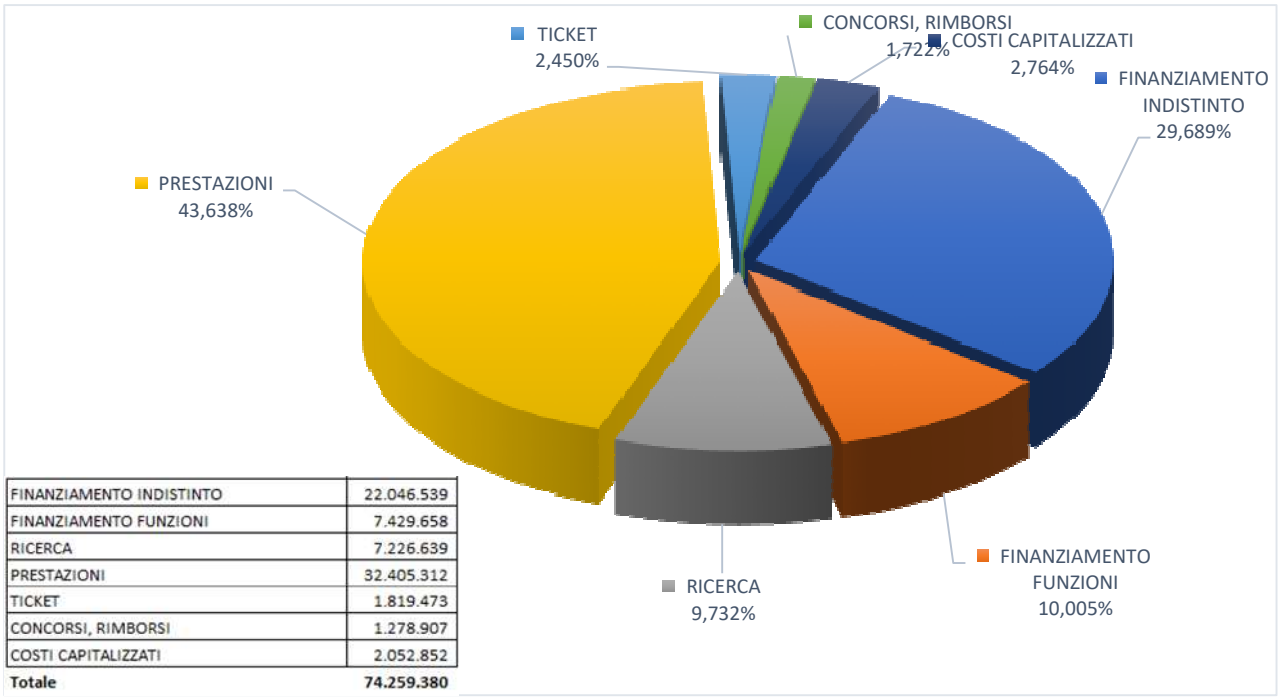
Di seguito la tabella con il confronto rispetto all'esercizio precedente, dei finanziamenti regionali:

Tabella 4. Finanziamenti regionali

Contributi regionali in c/esercizio	Preconsuntivo 2019	Preventivo 2020	Preventivo 2020-Preconsuntivo 2019
Contributi indistinti	**Importo**	**Importo**	**Importo**
Complessità	2.353.442	2.296.463	-56.979
Ricerca	9.297.000	9.297.000	0
Finanziamento RAR			0
Funzioni tariffate - Pronto soccorso	2.328.685	2.328.685	0
Maggiorazione tariffato 7%	1.647.409	1.604.510	-42.899
Integrazione finanziamento al netto del rinnovo contrattuale	9.035.380	9.342.688	307.308
Fuzioni screening metab-protesi cocl-fibrosi	1.200.000	1.200.000	0
Sub-Totale contributo indistinto (a)	**25.861.916**	**26.069.346**	**207.430**
Finanziamento rinnovo contrattuale	496.262	994.962	498.700
Totale contributo indistinto	**26.358.178**	**27.064.308**	**706.130**
Pay-back	**1.231.387**	**288.833**	**-942.554**
Totale contributo indistinto + pay-back	**27.589.565**	**27.353.141**	**-236.424**
Mobilità	**Importo**	**Importo**	**Importo**
Ricovero regionale	18.303.748	18.404.205	100.457
Specialistica regionale	4.725.690	4.799.047	73.357

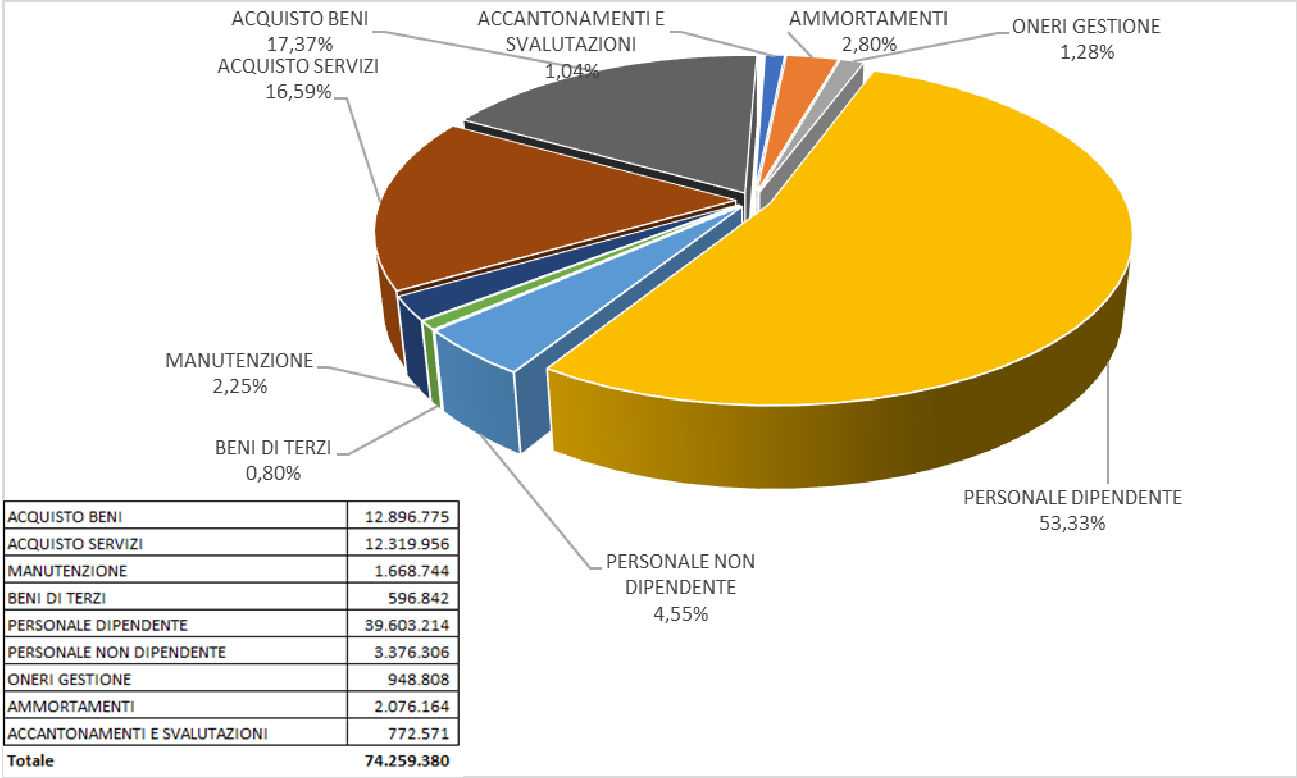
Farmaceutica regionale	444.111	708.713	264.602
Integrazione mobilità regionale			0
Totale contributo mobilità	**23.473.549**	**23.911.965**	**438.416**
Attrazione extraregionale	**Importo**	**Importo**	**Importo**
Attrazione extraregionale	5.222.253	5.222.253	0
Totale contributo	**5.222.253**	**5.222.253**	**0**
TOTALE CONTRIBUTI REGIONALI	**56.285.367**	**56.487.359**	**201.992**

Figura 7. Il valore della produzione 2020



FINANZIAMENTO INDISTINTO	22.046.539
FINANZIAMENTO FUNZIONI	7.429.658
RICERCA	7.226.639
PRESTAZIONI	32.405.312
TICKET	1.819.473
CONCORSI, RIMBORSI	1.278.907
COSTI CAPITALIZZATI	2.052.852
Totale	**74.259.380**

Figura 8. I costi della produzione 2020



ACQUISTO BENI	12.896.775
ACQUISTO SERVIZI	12.319.956
MANUTENZIONE	1.668.744
BENI DI TERZI	596.842
PERSONALE DIPENDENTE	39.603.214
PERSONALE NON DIPENDENTE	3.376.306
ONERI GESTIONE	948.808
AMMORTAMENTI	2.076.164
ACCANTONAMENTI E SVALUTAZIONI	772.571
Totale	**74.259.380**

2. Programmazione strategica

2.1 Linee strategiche di sviluppo nel campo dell'assistenza

Nel **corso del triennio 2020-2022**, oltre a quanto definito dalla programmazione annuale regionale, così come formalizzata nella DGR 2195/2019, l'IRCCS darà seguito alle seguenti progettualità, individuate come prioritarie.

- Tenuto conto della criticità logistica interna, con pesanti ricadute in termini organizzativi, funzionali e di sviluppo, si procederà alla **razionalizzazione e rimodulazione degli spazi** al fine di ottimizzare e potenziare le attività cliniche e la ricerca, ricercando soluzioni interne strutturali ed esterne per quelle funzioni che non necessitano di un costante contatto con l'utenza.

  Nel corso del 2020 verrà avviato un percorso di condivisione con la DCS al fine di concordare idonee modalità di finanziamento. Negli anni successivi si procederà all'attuazione del percorso concordato.

- **Sviluppare e applicare i contenuti dell'art. 29 "Presidi ospedalieri specializzati"** della L.R. 22/2019 "Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla L.R. 6/2006 e alla L.R. 26/2015" in raccordo con l'ASUGI in modo da dare risposte coordinate e integrate ai bisogni emergenti.

  Nel corso del 2020 l'IRCCS collaborerà attivamente in accordo con la DCS alla redazione della DGR di attuazione del trasferimento di funzioni, così come previsto dall'art. 29 c.4. Successivamente si svilupperanno le attività previste secondo il cronoprogramma.

  Nell'ottica di sviluppo del **"Burlo multicentrico"**, in attuazione di quanto previsto dall'Accordo Quadro per la disciplina degli aspetti economici e giuridici derivanti dal "Protocollo di Intesa per la Costituzione di un Coordinamento Interaziendale Materno Infantile" fra l'IRCCS "Burlo Garofolo" e

l'Azienda sanitaria "Friuli Occidentale" (ns. prot. 3633/2019), i professionisti dell'IRCCS hanno eseguito presso la sede di ASFO attività di chirurgia pediatrica: l'attività ambulatoriale è stata direttamente imputata all'Istituto, mentre l'attività di ricovero è stata fatturata all'ASFO. Nel corso del 2020 si prevede, d'intesa con ASFO, di implementare il protocollo di cui sopra anche con prestazioni di reumato-immunologia e gastroenterologia.

- Si prevede di implementare ulteriormente le attività relative all'utilizzo di terapie innovative avviando tutte le procedure per il riconoscimento dell'IRCCS-Burlo Garofalo come centro per le **sperimentazioni cliniche di Fase I** secondo i criteri stabiliti dall'AIFA con la determina 890/2015 e secondo quanto disciplinato dalla normativa di settore in relazione ai criteri di accreditamento e certificazione. Inoltre si procederà ad allargare la platea di pazienti che già oggi ricevono terapie innovative (ad esempio per il trattamento dell'atrofia muscolare spinale, per la quale sta per essere autorizzata una nuova terapia genica) estendendola ai pazienti che possono già oggi beneficiare di questa tipologia di terapie secondo le indicazioni definite dall'AIFA. Tali trattamenti includono prioritariamente: 1) Car-T in pazienti oncoematologici pediatrici, 2) terapia genica in pazienti affetti da retinite pigmentosa da mutazioni nel gene RP6, 3) terapia genica di pazienti affetti da talassemia. A tal fine saranno promosse azioni congiunte con la Direzione centrale al fine di raccordare i percorsi in base a casistiche, tempistiche e modalità attuative.

- Si proseguirà nell'attività di **valorizzazione economica della produzione dell'IRCCS** posto che i valori tariffari per i ricoveri non ristorano adeguatamente i costi degli IRCCS pediatrici. L'obiettivo è individuare, d'intesa con la Direzione Centrale Salute, le modalità applicative a livello regionale per il riconoscimento economico (e relativo finanziamento) di alcuni DRG pediatrici così come avviene nell'ambito della mobilità interregionale secondo quanto disposto dal testo unico della mobilità sanitaria vigente e approvato dalla conferenza delle regioni nell'ottobre 2018.

- L'entrata in vigore del nuovo **tariffario regionale della specialistica ambulatoriale** ha evidenziato delle criticità in alcuni ambiti (es. diagnostica, genetica) che necessitano di essere approfondite a livello regionale al fine di proporre eventuali correttivi. Inoltre è interesse dell'IRCCS rendere disponibili prestazioni che seppur ancora non inserite nei LEA sono comunque richieste dall'utenza con oneri a proprio carico (es. NIPT, altre prestazioni di diagnostica, prestazioni di odontoiatria, ecc).

- I **medicinali innovativi ad alto costo per malattie rare** nella maggior parte dei casi sono subordinati alla prescrizione (e somministrazione) da parte di centri individuati dalla regione. Per la popolazione pediatrica, per casistica, multidisciplinarità e specificità, il Burlo è l'unico centro regionale di riferimento per alcune malattie rare e pertanto va adeguatamente programmato anche il meccanismo di finanziamento, che richiede risposte specifiche rispetto a quello ordinario. A tal fine l'IRCCS si farà promotore presso l'amministrazione regionale per l'avvio di un confronto allo scopo di valutare eventuali nuovi meccanismi di finanziamento.

- In attuazione di quanto previsto dalla LR 22/2019 all'art. 54, si procederà a redigere la proposta di **Atto aziendale** secondo la seguente tempistica:

    - Invio alla DCS e ad ARCS della proposta di collocazione delle funzioni e dell'attività per l'organizzazione dell'assistenza entro il 29/2/2020;

    - Invio alla DCS e ad ARCS della proposta di atto aziendale entro il 31/5/2020, elaborata secondo le indicazioni regionali.

  Nel corso del triennio pertanto si darà attuazione al nuovo atto aziendale, adeguando l'assetto degli

incarichi funzionali del comparto e l'assetto degli incarichi della dirigenza medica e sanitaria, alla luce dei nuovi CCNL, e procedendo all'effettuazione delle procedure selettive di assegnazione.

2.2 Linee strategiche di sviluppo nel campo della ricerca

Nell'ambito della ricerca, nel corso del triennio 2020-2022 si darà seguito alle seguenti progettualità individuate come prioritarie.

- In riferimento all'attuazione della cosiddetta "*Piramide della ricerca*" entro il 30 aprile 2020 l'Istituto dovrà esporre l'impegno di spesa da sostenere per lo sviluppo della predetta piramide, con evidenza dei soggetti contrattualizzati e i bandi pubblicati ovvero con procedure di selezione completate per l'eventuale assunzione di nuovo personale. Tale quantificazione sarà propedeutica all'erogazione del finanziamento relativo all'anno 2020. Pertanto si procederà alla definizione della dotazione organica della ricerca ed alla successiva contrattualizzazione delle figure professionali previste nella piramide.

- Per le attività di laboratorio, l'esperienza maturata dal personale nell'analisi fenotipica e funzionale dei difetti congeniti dell'immunità consentirà lo sviluppo dell'offerta di alcuni esami di diagnostica avanzata sperimentati nell'ambito dei progetti di ricerca.

- Anche nel 2020 si svilupperanno attività di ricerca traslazionale di eccellenza in riferimento alla terapia di malattie rare, metaboliche, autoimmuni e di tumori infantili, in particolare quelli del sangue, con un approccio integrato con studi di genetica, meccanismi molecolari e farmacogenetici. Per le infiammazioni gastrointestinali croniche saranno applicati protocolli che tengano conto degli indirizzi scientifici messi a punto dalla ricerca, mentre per le allergie alimentari, per le quali l'Istituto è leader a livello internazionale, si punta alla desensibilizzazione, con la reintroduzione precoce controllata degli alimenti per favorirne la tolleranza, e nella celiachia su nuove metodiche immunologiche per la diagnosi e il follow up. A partire da una casistica multicentrica, si realizzano studi che sfruttino il target gene sequencing e lo studio dell'esoma nei bambini affetti da MICI a esordio precoce e nei loro genitori per favorire la personalizzazione della terapia e del follow-up anche attraverso il dosaggio dei livelli ematici dei farmaci e dei loro metaboliti. Gli studi riguardano sia gli immunosoppressori come gli steroidi, l'azatioprina e la talidomide che i nuovi farmaci biologici. L'Istituto continuerà ad essere riferimento anche delle patologie neuropsichiatriche del bambino, in particolar modo di epilessia, autismo, disabilità intellettive e disturbi dell'apprendimento.

- In riferimento alla perinatologia, la salute materna e della donna continueranno le ricerche avanzate nella diagnostica prenatale di anomalie malformative e sulla validazione di marcatori precoci di alterazioni cromosomiche sviluppando e validando marcatori di benessere fetale e sulla gestione della gravidanza e del parto, in particolare ad alto rischio. Nell'ambito della ginecologia saranno sviluppate ricerche di base, epidemiologiche e di *imaging* in riferimento a endometriosi, miomi e tumori dell'endometrio e dell'ovaio. A fini eziopatogenetici, di prevenzione e di politica sanitaria saranno prodotti anche registri di patologia. Si stanno sviluppando ulteriormente anche prodotti di ricerca in ambito neonatologico sulla cura del dolore nel neonato anche grazie all'utilizzo di tecnologie avanzate che misurano l'attività corticale del neonato prematuro associata a procedure cliniche dolorose, effettuata tramite spettroscopia nel vicino infrarosso (NIRS).

- L'IRCCS Burlo Garofolo continuerà a svolgere un ruolo internazionale di riferimento. Attraverso le attività del Centro Collaboratore dell'Organizzazione Mondiale per la Sanità (CC OMS) per la Salute Materno Infantile l'Istituto è impegnato in supporto all'OMS e ad altre agenzie delle Nazioni Unite, come l'UNICEF e UNFPA, anche in collaborazione con numerose altre istituzioni, italiane e straniere,

quali Università, Centri di Ricerca, Ministeri, Organizzazioni governative e non governative. Queste attività includeranno:

- Supporto tecnico all'OMS per lo sviluppo di: linee guida, manuali e pacchetti di formazione, standards e indicatori, strumenti - in particolare strumenti per la valutazione della qualità delle cure-, politiche e documenti strategici.
- Sostegno all'implementazione delle raccomandazioni e dei programmi dell'OMS, in particolare in paesi a basso e medio reddito.
- Ricerca in ambito materno infantile, inclusa la ricerca sui servizi sanitari.

3. Programmazione annuale

3.1 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

L'IRCCS definisce gli obiettivi di riferimento con la redazione del PAO, secondo quanto previsto dalle Linee di Gestione annuali del Servizio Socio Sanitario predisposte dalla DCS. Entro il mese di dicembre il documento viene approvato, dopo negoziazione con la DCS e acquisizione dei necessari pareri, e costituisce il documento di riferimento per la programmazione operativa. Gli obiettivi devono essere integrati con gli obiettivi previsti in sede di patto tra Regione Direttore Generale e in linea con il bilancio economico preventivo.

La programmazione è integrata con gli obiettivi di area scientifica (pubblicazioni, avvio di progetti, ricerca clinica…) nonché di eventuali specifici obiettivi derivanti da piani di settore (Piano Anticorruzione, trasparenza e integrità, Piano Investimenti, ecc…). Per quanto concerne il PTPCT si precisa che gli obiettivi specifici assegnati alle singole strutture sono descritti nel piano stesso e nei relativi allegati.

Il PAO, presentato e approvato dagli organi ed organismi interni, dopo essere stato formalmente adottato e inviato in Regione, viene condiviso con tutti i responsabili di SC e SSD, nonché pubblicato nel sito aziendale, ai sensi della normativa vigente in tema di trasparenza (D.lgs. n. 33/2013).

Successivamente prende avvio il processo di budget, coordinato dalla SSD Programmazione e controllo, su indirizzo della Direzione Strategica, secondo le modalità e la tempistica prevista nel vigente Regolamento di budget, di cui al decreto DG n. 32/2016.

La SSD Programmazione e controllo predispone una bozza di scheda di budget sulla base degli indirizzi condivisi con il Comitato di Budget, declinandoli per ogni struttura, che viene discussa in sede di negoziazione.

La negoziazione riguarda ogni singola SC e SSD e avviene tra il Direttore di Struttura e il Direttore Generale, con il supporto del Comitato di budget. Ciascun responsabile è coadiuvato da propri collaboratori e dal responsabile infermieristico/tecnico sanitario di riferimento. Gli obiettivi assegnati al comparto sanitario vengono assegnati alla piattaforma di riferimento, secondo il modello previsto nell'atto aziendale vigente.

Gli obiettivi e le risorse sono assegnati ai Centri di Attività individuati dal Direttore Generale in relazione alla rilevanza strategica e/o economica degli obiettivi e dei fattori produttivi assegnati fra le strutture aziendali ed in armonia con l'organigramma aziendale. Contestualmente vengono anche individuati i Centri di Risorsa ai quali compete la gestione complessiva di un'intera categoria di risorse utilizzate da più Centri di Responsabilità. Al responsabile del Centro di Risorsa compete l'adozione di tutti gli atti ed i provvedimenti amministrativi. Ai responsabili dei Centri di Risorsa viene assegnato il corrispondente budget.

La fase di negoziazione si conclude con l'adozione di un decreto del DG che tra l'altro individua annualmente

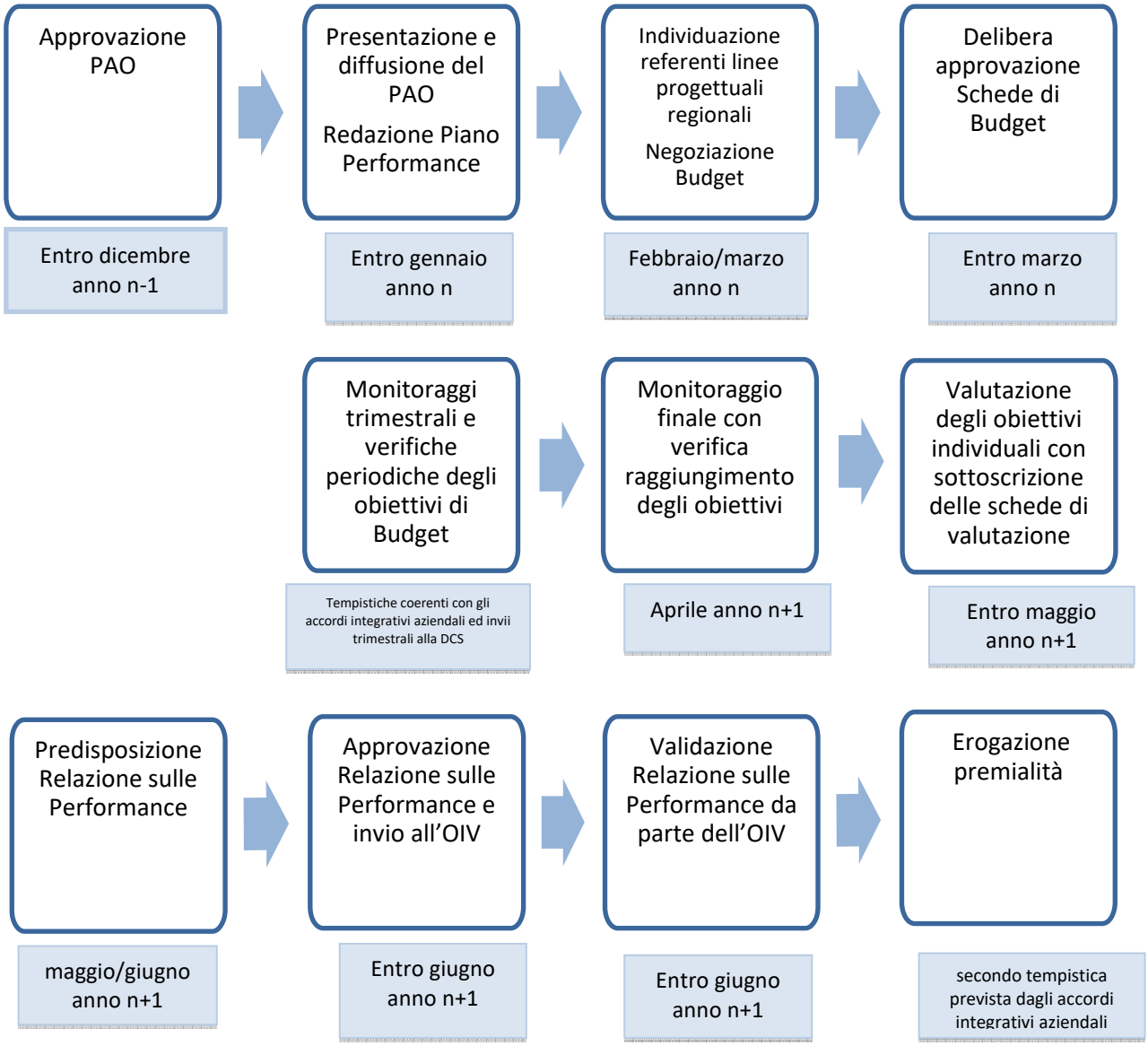
i Centri di Attività e di Risorsa aziendali, ed il relativo budget. Il provvedimento contiene le schede degli obiettivi assegnati ai Centri di Responsabilità aziendali ed è pubblicato, in conformità alla normativa vigente in materia di trasparenza, sul sito istituzionale dell'Istituto nell'apposita sezione. Le schede originali firmate sono conservate agli atti della SSD Programmazione e controllo.

3.2 Fasi, soggetti e tempi del ciclo di gestione della performance

Le fasi ed i tempi del ciclo di gestione della performance sono stati rivisti da ultimo dalla LR 22/2019, che nel Titolo IV disciplina la pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria.

Alla luce delle indicazioni nazionali e regionali vigenti la tempistica prevista per il ciclo della performance è riportata nella tabella sottostante:

Figura 9. I tempi del ciclo della performance 2020



Per quanto concerne l'annualità 2020, il PAO 2020, dopo essere stato costruito in linea con le Linee di gestione (DGR 2195/2019 – approvazione definitiva) e negoziato con la DCS in data 16/12/2019, è stato formalmente adottato con decreto n. 193 dd 31/12/2019.

E' stato successivamente diffuso tra i responsabili di struttura ed rappresenta la base per la redazione del

presente documento: l'allegato 1 riporta integralmente obiettivi e risultati attesi.

Al fine di garantire il raggiungimento delle progettualità aziendali, annualmente, entro 60 giorni dall'adozione del PAO, il Direttore Generale individua il direttore di area di riferimento e le strutture/funzioni referenti delle diverse progettualità, secondo lo schema riportato nella tabella sottostante. I referenti vengono formalizzati nel provvedimento di conclusione del percorso di budget.

LINEA PROGETTUALE REGIONALE	DIRETTORE DI AREA	REFERENTE AZIENDALE

Nel corso del triennio, la Direzione Strategica promuoverà un'attività di formazione dei referenti volta a definirne ruoli e compiti, anche nell'ottica di collegare, in alcuni casi, alla valutazione della performance individuale (vedi successivo paragrafo 4).

Le fasi successive seguiranno la tempistica indicata, coerente con la normativa nazionale vigente.

3.3 Coerenza con la programmazione economico finanziaria e di bilancio

La coerenza della programmazione sanitaria annuale con le risorse economico-finanziarie a disposizione dell'Azienda, comprendenti il finanziamento regionale e le entrate proprie, è esplicitata nel documento di Programmazione attuativa ospedaliera (PAO) redatto con cadenza annuale, cui si rimanda.

L'assegnazione del budget economico alle singole articolazioni organizzative avviene nell'ambito del processo di negoziazione ed assegnazione degli obiettivi di budget, nel rispetto del vincolo economico posto dal Bilancio preventivo annuale, dai vincoli operativi regionali e delle responsabilità gestionali attribuite.

4. Dalla performance organizzativa alla performance individuale

La performance organizzativa è un concetto multidimensionale che esprime l'insieme dei risultati attesi dell'azienda nel suo complesso e delle sue unità organizzative, tenendo conto dell'attività erogata, delle risorse utilizzate, della produzione scientifica effettuata. La performance organizzativa è misurata e rendicontata: in particolare l'insieme delle progettualità regionali declinate nel PAO 2020 con i relativi indicatori e risultati attesi, meglio esplicitati nell'allegato 1 del presente documento, e i risultati della ricerca misurano la performance dell'IRCCS nel suo complesso. Emerge la necessità, così come indicato nelle recenti linee guida ministeriali "Linee guida per la misurazione e valutazione della performance individuale" (Linee Guida n.5/2019) di operare una chiara distinzione tra performance organizzativa e performance individuale, mettendo in evidenza l'apporto individuale, in particolar modo nel personale della dirigenza, agli obiettivi e traguardi che si è data l'amministrazione.

Nel corso del triennio pertanto l'IRCCS attuerà **un percorso di valorizzazione della performance individuale**, prevedendo degli opportuni pesi tra performance organizzativa, risultati individuali (obiettivi soggetti a valutazione individuale) e comportamenti. Il percorso sarà oggetto di opportuno e proficuo percorso di condivisione sindacale e di successiva regolamentazione. Il percorso sarà sviluppato, a partire dal 2020, in sede di avvio della contrattazione integrativa per la dirigenza e successivamente per il comparto.

La tabella sottostante esplicita il collegamento tra le diverse dimensioni della performance individuale e gli

effetti sulla retribuzione di risultato/ produttività.

PERFORMANCE INDIVIDUALE	**PESO DELLE DIVERSE DIMENSIONI**		
Erogazione della retribuzione di risultato/produttività	**Performance organizzativa**	**Risultati individuali (*)**	**Comportamenti (scheda di valutazione)**
Dirigenti (in attuazione da 2020)	Peso da concordare con accordo sindacale	Peso da concordare con accordo sindacale	Peso da concordare con accordo sindacale
Comparto (già in vigore – decr. 3/2016)	100 (con soglia prevista da accordo sindacale)		Riduzione della produttività se valutazione negativa

(*) – 1 o 2 obiettivi di struttura sono soggetti a valutazione individuale

Nel corso del triennio infine l'IRCCS procederà all'implementazione del **percorso della valutazione individuale anche per il personale della ricerca**, secondo le indicazioni già contenute nel DM 20/11/2019 e i successivi provvedimenti integrativi.

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA
A CARATTERE SCIENTIFICO
Burlo Garofolo di Trieste

BURLO

Ospedale di alta specializzazione e di rilievo nazionale

per la salute della donna e del bambino

Allegato 1

Progettualità regionali 2020

LINEA 3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE

LINEA 3.1.1 Nuovi atti aziendali

Nell'ambito dei processi di riorganizzazione dovranno essere approvati i nuovi atti aziendali secondo le modalità stabilite dall'art. 12 comma 6 della LR 27/2018.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Adozione del nuovo atto aziendale in analogia alle modalità stabilite dall'art. 12 comma 6 della LR 27/2018	Atto aziendale adottato entro le scadenze previste dalla LR

Scadenze previste da LR 22/2019 art. 54:

- Invio alla DCS e ad ARCS della proposta di collocazione delle funzioni e dell'attività per l'organizzazione dell'assistenza entro il 29/2/2020;
- Invio alla DCS e ad ARCS della proposta di atto aziendale entro il 31/5/2020, elaborata secondo le indicazioni regionali.

LINEA 3.1.2 Assistenza territoriale

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Proseguono e si consolidano le attività sui percorsi nascita	Vedere Linea 3.6.5 e Linea 3.3.8
Proseguono e si consolidano le attività sui disturbi del comportamento alimentare e dell'odontoiatria pubblica	Vedere Linea 3.3.5
Transizione dall'età evolutiva all'età adulta, con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico e alla salute mentale	Vedere Linea 3.3.3 e Linea 3.3.4

LINEA 3.1.4 Controlli qualità e appropriatezza delle prestazioni

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Applicazione delle verifiche sull'appropriatezza delle prestazioni erogate secondo il piano dei controlli programmato dallo specifico gruppo regionale per il coordinamento delle attività di controllo delle prestazioni sanitarie secondo quanto previsto dalla DGR 182 del 2 febbraio 2018	Invio alla DCS dei seguenti report: - controlli sull'attività del 1° semestre: entro il mese di agosto del 2020 - controlli sull'attività del 2° semestre: entro il mese di marzo del 2021

LINEA 3.1.6 Innovazione terapeutica

Nell'ambito dell'innovazione terapeutica nel corso del 2020 sarà consolidata l'introduzione delle nuove terapie geniche antitumorali a base di cellule CAR-T secondo il percorso avviato con la DGR n. 1629/2019, che individua il nostro Istituto quale centro idoneo per l'impiego di tali terapie,

avente i requisiti normativi e ministeriali previsti al fine di garantirne l'accesso a carico del Servizio Sanitario nazionale, nel rispetto di quanto stabilito dall'Agenzia Italiana del Farmaco.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Definizione dei percorsi aziendali per la somministrazione della terapia CAR - T	Definizione del Protocollo di gestione paziente in terapia con CAR – T entro il 30.6.2020

LINEA 3.1.7 Sicurezza

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Aggiornare il piano aziendale per la prevenzione e la gestione dei casi di violenza contro gli operatori sanitari	Documento aggiornato secondo le indicazioni del tavolo regionale RM (vedi punto 3.2.2 del piano annuale di promozione di sicurezza del paziente, Allegato 1)
Aggiornare il piano aziendale per la prevenzione e la gestione dei casi di furti nelle strutture aziendali	Documento aggiornato

LINEA 3.2 ASSISTENZA DI PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA

LINEA 3.2.1 Piano regionale prevenzione 2020 -2025

Partecipazione su indicazione della DCS e di ASUGI.

LINEA 3.2.3 Gli screening oncologici in regione Friuli Venezia Giulia

CERVICE UTERINA

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Tutte le aziende: assicurare la collaborazione per la riconversione del programma di screening cervicale estendendo la fascia di popolazione obiettivo invitata a screening con HPV-DNA come test primario alla classe d'età 46-64 aa a partire dal 01.07.2020	- HPV-DNA primari e tutte le letture dei pap-test secondari analizzati presso il laboratorio unico regionale dell'Anatomia Patologica di ASUITS - HPV-DNA di triage su ASCUS e HPV-DNA e cervico-citologia di secondo livello analizzati presso il laboratorio unico regionale dell'Anatomia Patologica di ASUITS - Letture dei pap-test primari presso le sedi di attuale competenza fino a transizione del programma ultimata (>80% dei pap test refertati entro 21 giorni dalla data di prelievo)
IRCCS CRO Aviano: coordinare la redazione partecipata di un protocollo per la gestione clinica del secondo livello dello screening cervicale	- Adozione del protocollo entro il 31/12/2020. - Formazione degli operatori come da indicazioni della DCS
Tutte le aziende che garantiscono i prelievi per HPV-DNA test di secondo livello	- Dotare gli ambulatori di prelievo delle dotazioni informatiche e delle configurazioni CUPWEB già in uso al primo livello - Logistica di supporto (trasporto campioni) realizzata secondo indicazioni DCS

LINEA 3.2.4 Infertilità

Tutte le aziende con unità di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) concorrono a predisporre un programma di prevenzione dell'infertilità femminile e maschile.	Predisposizione condivisa del programma e trasmissione alla DCS entro il 31/12/2020.

LINEA 3.2.5 Gli screening neonatali

Continuano in armonia con quanto fatto negli anni precedenti le attività collegate agli screening neonatali nonché al programma regionale per l'identificazione precoce di patologie infantili, coordinate dal nostro Istituto.

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Coordinare e monitorare i lavori finalizzati alla diffusione e applicazione delle procedure regionali per lo screening neonatale audiologico ed oftalmologico, per lo screening neonatale metabolico esteso, per l'identificazione precoce della fibrosi cistica e dell'emoglobinopatia nella popolazione a rischio	- Report di monitoraggio delle procedure adottate e delle attività effettuate inviato alla DCS

LINEA 3.2.6 Prevenzione degli incidenti domestici

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Continuare nell'attività di sensibilizzazione della popolazione nella prevenzione degli incidenti domestici	-Divulgazione di materiale informativo di sensibilizzazione, anche attraverso il sito web, nella prevenzione degli incidenti domestici

LINEA 3.2.8 Promozione della salute nei luoghi di lavoro

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Tutte le Aziende Sanitarie: realizzare interventi di immunizzazione degli operatori sanitari per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino	- Il controllo dell'immunizzazione e vaccinazione per malattie prevenibili con vaccino (morbillo, parotite, rosolia, varicella, influenza) è inserito nei protocolli di sorveglianza sanitaria di tutti gli operatori sanitari, compresi lavoratori atipici e del servizio civile, operanti all'interno del nostro istituto
Tutte le Aziende Sanitarie/PSAL: partecipare al Progetto CCM "Implementare la rete WHP in Friuli Venezia Giulia" - (Progettualità che non risente della revisione organizzativa/normativa in atto)	Continua la partecipazione del nostro Istituto attraverso la figura dell'RSPPA.

LINEA 3.2.9 Miglioramento dei sistemi informativi di sorveglianza

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
- Diffondere il report della rilevazione HBSC realizzata nel 2018 al personale dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende del FVG e nelle scuole - Predisporre il report relativo alla rilevazione 2019 del Progetto OKKIO alla Salute	- Report con i risultati della rilevazione HBSC realizzata nel 2018 diffuso presso i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende del FVG e nelle scuole - Report con i risultati della rilevazione OKKIO alla Salute 2019 predisposto e inviato in DCS
Mantenere la collaborazione con il network Global Burden of Disease	Valutazione e verifica delle stime nazionali e delle stime preliminari regionali
Mantenere il registro regionale endometriosi ex art. 3 LR n. 18/2012	- Tenuta del registro regionale di patologia. - Stima di incidenza e prevalenza di endometriosi nella popolazione residente in regione

LINEA 3.2.11 Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive, inclusa la resistenza antimicrobica e piano nazionale di contrasto alle resistenze antimicrobiche 2017-2020 (pncar)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Aumentare la copertura vaccinale nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, gruppi a rischio per patologie)	- Miglioramento delle coperture vaccinali degli operatori sanitari - Promozione dell'obbligo vaccinale sul sito istituzionale (focus, slider, formazione)
Attivare un programma di sorveglianza ambientale in ambito ospedaliero con metodologie innovative (microbioma e resistoma) e sistemi di sanificazione a base di probiotici	Diminuzione degli eventi "alert" e dei tempi di risposta per l'identificazione dei microorganismi

LINEA 3.2.12 Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Garantire la partecipazione degli operatori dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	85% operatori dedicati formati in ogni Azienda
Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione	100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro un mese dalla dimissione e dalla seconda vaccinazione - Promozione dell'allattamento al seno sul sito istituzionale (focus, slider, formazione)
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 2019 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	Partecipazioni alle gare d'appalto ove richiesto

Partecipare alle attività previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	- Predisposizione della documentazione necessaria alla valutazione di Fase 1 - Organizzazione dell'incontro annuale della Rete Insieme per l'Allattamento di UNICEF

LINEA 3.2.13 Sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare: NON DI PERTINENZA

LINEA 3.3 ASSISTENZA PRIMARIA

LINEA 3.3.1 Assistenza distrettuale

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Piano della cronicità	Partecipazione ai lavori qualora richiesto

LINEA 3.3.2 Assistenza protesica

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Assistenza protesica	Partecipazione ai lavori qualora richiesto

LINEA 3.3.3 Disturbi dello spettro autistico

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Minori con disturbo autistico	Nel 2020 per tutti i minori con diagnosi di Disturbo dello spettro autistico che si trovino nel 17esimo anno di vita gli operatori dell'IRCCS collaboreranno per quanto di competenza all'elaborazione di un percorso di cura per garantire il passaggio dai servizi di NPI a quelli dell'età adulta e che possa prevedere anche un PAI vista la variabilità sintomatologica ed i bisogni dei soggetti con questa problematica.

LINEA 3.3.4 Salute mentale

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Presa in carico e cura dei disturbi psichiatrici in età evolutiva	Partecipazione, per quanto di competenza, alla definizione di un percorso interaziendale integrato di presa in carico e di cura dei disturbi psichiatrici gravi all'esordio ed in fase di acuzie in età evolutiva, in coerenza con quanto previsto dal Piano di Salute Mentale Infanzia Adolescenza ed Età Adulta (DGR 732/2018, par.6.1.5.2)

LINEA 3.3.5 Disturbi del comportamento alimentare

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Centri diurni	L'IRCCS Burlo partecipa, per quanto di competenza, alla definizione di percorsi di

	accesso presso i centri diurni DCA per pazienti minori, distinti per area geografica regionale (ASUGI, ASUFC e ASUFO) e all'eventuale follow-up per i pazienti noti all'Istituto
Operatività dell'Osservatorio epidemiologico	Reportistica inviata in DCS per i minori

LINEA 3.3.6 Cure palliative e terapia del dolore

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Terapia del dolore	1. sono rispettati i tempi di attesa per la prima visita antalgica nel 90% dei casi per ogni classe di priorità, in caso di richiesta appropriata 2. viene attivata l'agenda specifica 3. Promozione dell'ambulatorio del dolore e relative attività sul sito istituzionale (focus, slider, formazione, documentazione)

LINEA 3.3.7 Cure palliative e terapia del dolore in età pediatrica

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Organizzazione delle cure pediatriche e terapia del dolore in ambito pediatrico	1. l'IRCCS Burlo, in qualità di Centro specialistico di riferimento, coinvolge e coordina tutte le Aziende che partecipano alle attività previste in attuazione del Decreto n. 1771/SPS del 27 dicembre 2016; 2.l'IRCCS Burlo garantisce supporto, supervisione clinica e consulenza all'attività di assistenza domiciliare per tutto il territorio regionale 3. l'IRCCS Burlo attiva il coordinamento regionale delle Associazioni di volontariato che si adoperano per i bambini affetti da patologie con bisogni complessi (oncologici e non) e per il supporto alle loro famiglie 4. entro il 31.12.2020 l'IRCCS Burlo, in qualità di Centro specialistico di riferimento, rendiconta alla DCS le suddette attività
Presa in carico pazienti pediatrici	Entro il 31/12/2020, nell'ambito dei lavori della Rete, viene predisposto e condiviso un documento relativo ai criteri di eleggibilità per la presa in carico del paziente pediatrico

LINEA 3.3.8 Consultori familiari

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Percorso nascita	1. Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica. 2. Adesione alla sperimentazione della scheda informatizzata entro il 31.12.2020, in caso di indicazione dalla DCS 3. Collaborazione e supporto ad Insiel per l'implementazione del flusso di dati sanitari e

	amministrativi nell'ambito dei percorsi nascita tra ospedali e territorio 4. Valutazione di impatto del trattamento dei dati per gli ambiti di pertinenza
Analisi di approfondimento delle gravidanze in età precoce e dei neonati esposti in relazione alla genitorialità precoce	- Definizione di un protocollo aziendale di accompagnamento e dimissione per le gravidanze in età precoce. - Definizione di un protocollo aziendale di accompagnamento e dimissione per i neonati esposti
Definire reti territoriali tra Aziende Sanitarie, Forze dell'Ordine, Procure, Enti Locali (ovvero Servizio Sociale dei Comuni), Centri Antiviolenza e Associazioni, coinvolti in percorsi e interventi di contrasto alla violenza sulle donne	Evidenza di definizione e sottoscrizione di protocolli operativi per ciascun ambito territoriale di competenza da inviare in DC Salute
Perfezionare in tutte le Aziende, dell'offerta di informazione e formazione alle coppie aspiranti l'adozione, in collaborazione con gli Enti Autorizzati EE.AA. e l'Ufficio Scolastico Regionale	Ove richiesto, collaborazione con i CF per quanto di competenza

LINEA 3.3.11 Odontoiatria pubblica

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Odontoiatria pubblica	1. erogazione di almeno 1400 prestazioni/anno per centro erogatore 2. mantenimento della media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra al livello raggiunto nel 2019 nelle Aziende con valore > 1.5; raggiungimento del valore di 1.5 per le Aziende che nel 2019 hanno raggiunto una media compresa tra 1.0 e 1.5 e del valore di almeno 1.3 nelle Aziende la cui media nel 2019 è risultata < 1 3. raggiungimento della media aziendale annua di 1400 prestazioni/riunito 4. mantenimento della percentuale aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate al valore raggiunto nel 2019 nelle Aziende che hanno raggiunto l'obiettivo nel corso dell'anno precedente e riduzione di almeno il 5% (rispetto al risultato ottenuto nel 2019) nelle Aziende che non hanno raggiunto l'obiettivo nel corso dell'anno precedente; 5. invio al coordinatore regionale della reportistica trimestrale sulle liste di attesa, con tutte le informazioni previste, entro il mese successivo alla scadenza del trimestre

LINEA 3.3.12 Accreditamento

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti	a) Gli enti del SSR consentono a ognuno dei propri dipendenti inseriti nell'elenco regionale dei valutatori dell'accreditamento di partecipare ai sopralluoghi per almeno 5 giornate, secondo le indicazioni della Direzione centrale salute b) Gli enti del SSR mettono a disposizione i professionisti appartenenti alle aree professionali indicate dalla Direzione centrale salute, da avviare al percorso formativo dei valutatori dell'accreditamento c) Gli enti del SSR mettono a disposizione i professionisti appartenenti alle aree professionali indicate dalla Direzione centrale salute, al fine della costituzione di gruppi tecnici dedicati alla redazione e/o aggiornamento dei requisiti di autorizzazione e accreditamento di specifiche branche specialistiche (es. PMA, di prossima implementazione)
Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti inseriti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accreditamento di partecipare alle attività organizzate dal Ministero della salute e dall'Agenas
Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG	Gli enti del SSR consentono ai loro dipendenti, componenti dell'OTA regionale, di svolgere le funzioni previste dalla DGR 2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017
Mantenimento ed estensione della certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	- Le strutture già certificate ai sensi della norma ISO 9001:2015 continuano ad adottare la metodologia proposta dalla norma, dando corso, entro le scadenze indicate, alle misure di contenimento dei rischi individuati attraverso le analisi di contesto e dei rischi - Le strutture certificate ai sensi della norma ISO 9001:2015 aggiornano il loro sistema documentale conformemente[2] a quanto prescritto dagli standard applicabili - Verifica della conformità dei locali della nuova area di allestimento di farmaci galenici sterili ai fini della certificazione ISO 9001:2015 - Estensione della certificazione ISO 9001:2015 alle attività di ricerca della SSD Diagnostica avanzata traslazionale microbiologica - Indagini di soddisfazione sia versus l'utenza (PMA e Oncoematologia) che verso il "cliente"

	interno (rapporto tra servizi amministrativo gestionali e reparti)
Mantenimento della certificazione rilasciata dal Centro Nazionale Trapianti e Centro Nazionale Sangue, dal GITMO, dall'ente europeo EBMT e dall'ente terzo di certificazione ISO da parte della SC Onceoematologia e Centro Trapianti di Midollo osseo nei pazienti pediatrici	- La SC Oncoematologia continua ad operare nel rispetto degli standard per la qualità e sicurezza delle cellule staminali ematopoietiche (CSE), conformemente a quanto previsto dalla normativa nazionale ed europea vigente (D.lgs. 191/2007 e 16/2010; Direttive 2006/17/CE e 2006/86/CE), dall'Accordo Stato Regioni di cui alla DGR 2049/2019, dagli standard Jacie – Fact del Manuale in settima edizione; dai requisiti dell'accreditamento istituzionale (DGR 1436/2011) e delle norme ISO applicabili (ISO 9001:2015) - Gli operatori della SC Oncoematologia che operano all'interno del Programma Trapianti di Midollo osseo forniscono i documenti attestanti il mantenimento annuale delle competenze, conformemente agli standard Jacie – Fact in settima edizione - Gli operatori della SC Oncoematologia che operano all'interno del Programma Trapianti di Midollo osseo collaborano all'implementazione di un Programma Trapianti metropolitano transaziendale - Gli operatori della SC Oncoematologia che operano all'interno del Programma Trapianti di Midollo osseo completano l'impianto documentale del Programma con i documenti mancanti e aggiornano le procedure che hanno 2 anni di vita - Gli operatori della SC Oncoematologia che operano all'interno del Programma Trapianti di Midollo osseo partecipano agli eventi formativi previsti dagli standard del Manuale Jacie – Fact in 7th edizione e per la gestione dei farmaci antiblastici, conformemente al proprio profilo professionale - Gli operatori della SC Oncoematologia collaborano alla ristrutturazione dell'area degenze e diurna, coadiuvati dalla Direzione Sanitaria, al fine di arrecare meno disagio possibile ai pazienti in carico - Formalizzazione dell'allegato tecnico relativo ai servizi di laboratorio (tipizzazione HLA, conta CD34+, test di vitalità) effettuati sulle cellule staminali emopoietiche da ASUITS in convenzione
Mantenimento della certificazione rilasciata dal Centro Nazionale Trapianti e dall'ente terzo di certificazione ISO da parte della SC	- La SC Fisiopatologia della Riproduzione e Procreazione Medicalmente Assistita continua ad operare nel rispetto degli standard per la

Fisiopatologia della Riproduzione e Procreazione Medicalmente assistita per le tecniche di I, II e III livello omologhe ed eterologhe	qualità e sicurezza delle cellule riproduttive, conformemente a quanto previsto dalla normativa nazionale ed europea vigente e dai requisiti dell'autorizzazione e accreditamento istituzionale (DGR 705/2007 e successive modifiche ed integrazioni) e delle norme ISO applicabili (ISO 9001:2015) - Gli operatori della SC Fisiopatologia della Riproduzione e Procreazione Medicalmente Assistita forniscono i documenti attestanti il mantenimento annuale delle competenze; - Gli operatori della SC Fisiopatologia della Riproduzione e Procreazione Medicalmente Assistita partecipano ad eventi formativi interni di rinforzo alle conoscenze della normativa nazionale (Legge 40/2004 e s.m.i., linee guida Legge 40 2015 e s.m.i., Manuale CNT, D.lgs. 16/2010) ed europea in materia di PMA omologa ed eterologa - Gli operatori della SC Fisiopatologia della Riproduzione e Procreazione Medicalmente Assistita partecipano alla creazione di un cruscotto di indicatori integrato per la rendicontazione dei dati di riesame intermedio e annuale, completo dei dati relativi all'assistenza ostetrica - Gli operatori della SC Fisiopatologia della Riproduzione e Procreazione Medicalmente Assistita collaborano alla creazione di una sala criogenica all'interno del blocco operatorio - Le ostetriche della SC Fisiopatologia della Riproduzione e Procreazione Medicalmente Assistita, coadiuvate dai dirigenti medici, introducono sistematicamente i controlli della documentazione clinica attraverso check list dedicate agli specifici percorsi - Formalizzazione di percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la preservazione della fertilità nel paziente oncologico pediatrico
Mantenimento dell'autorizzazione e accreditamento della branca Medicina Trasfusionale (DGR 2528/2011)	- Mantenimento dell'autorizzazione e accreditamento relativo ai soli impianti e strutture messi a disposizione del personale ASUITS per le attività di pertinenza del Dipartimento di Medicina Trasfusionale e di manipolazione e crioconservazione di cellule staminali ematopoietiche in convenzione
Mantenimento e superamento del rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento di degenze, ambulatori ed aree di emergenza (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1436/2011)	- Redazione e aggiornamento, da parte della Direzione sanitaria, in collaborazione con gli operatori sanitari coinvolti per competenza, delle procedure relative alle Raccomandazioni ministeriali vigenti

	- Verifica da parte di tutte le strutture del Dipartimento di Pediatria (ad eccezione della SC Neonatologia e TIN e del PS pediatrico), del Dipartimento di Chirurgia, nonché dell'Area ginecologica della SC Clinica Ostetrico ginecologica (ad eccezione della PMA), con il supporto delle strutture tecnico amministrative, della conformità ai requisiti autorizzativi strutturali, impiantistici e tecnologici, organizzativi (DGR 3586/2004 rivisitata nel 2016); in caso di non conformità stesura di piano di mitigazione con scadenze temporali - Compilazione, da parte di tutte le strutture del Dipartimento di Pediatria (ad eccezione della SC Neonatologia e TIN e del PS pediatrico), del Dipartimento di Chirurgia, nonché dell'Area ginecologica della SC Clinica Ostetrico ginecologica (ad eccezione della PMA), della check list di autovalutazione relativa ai requisiti di accreditamento applicabili agli ambulatori medici, chirurgici e alle aree di degenza di cui alla DGR 1436/2011; in caso di non conformità stesura di piano di mitigazione con scadenze temporali - Revisione organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi - Rendicontazione dei percorsi di inserimento di neoassunti/neoinseriti, secondo programmi professionali specifici e misurabili - Revisione Procedure/PDTA e informative e consensi informati, con più di 3 anni di vita - Indagini di soddisfazione sui ricoveri e attività ambulatoriali (in collaborazione con URP)
Mantenimento e superamento del rinnovo dell'autorizzazione e accreditamento delle strutture del percorso Nascita (DGR 3586/2004 e s.m.i. e DGR 1803/2012)	- Compilazione, da parte delle strutture SC Clinica Ostetrico ginecologica (area ostetricia), SC Neonatologia e TIN, Sala Parto, SC Anestesia e Rianimazione della check list integrata relativa agli standard e requisiti regionali e nazionali applicabili ai percorsi nascita, inclusi quelli di autorizzazione e accreditamento; in caso di non conformità stesura di piano di mitigazione con scadenze temporali - Revisione organigrammi nominali e funzionali e Guide dei servizi - Rendicontazione dei percorsi di inserimento di neoassunti/neoinseriti, secondo programmi professionali specifici e misurabili - Revisione Procedure/PDTA e informative e consensi informati, con più di 3 anni di vita

	- Indagini di soddisfazione sui ricoveri e attività ambulatoriali (in collaborazione con URP)

LINEA 3.4 ASSISTENZA FARMACEUTICA

Nell'ambito dell'assistenza farmaceutica e integrativa, in continuità con quanto previsto dagli atti di programmazione regionale del 2019, il Burlo promuoverà l'appropriatezza delle prescrizioni privilegiando nel contempo l'impiego delle molecole dal miglior profilo di costo-efficacia (quelle che a parità di efficacia, sicurezza e tollerabilità sono economicamente più vantaggiose per il SSR). Sarà quindi assicurata ogni utile misura per il rispetto dei vincoli fissati a livello nazionale e regionale, sia sulla componente convenzionata della spesa che su quella specialistica-ospedaliera.

LINEA 3.4.1 Tetti spesa farmaceutica

Per il 2020 rimangono confermati i tetti di spesa nazionali per la farmaceutica ridefiniti dalla Legge n. 232/2016, così come integrati dalla Legge n. 145/2018 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021" in "tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti" pari al 6,69% del FSR (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC), "tetto acquisito diretto gas medicinali (ATC V03AN)" pari allo 0,2% e "tetto per la spesa farmaceutica convenzionata" pari al 7,96% del FSR. I tetti sono calcolati a livello complessivo regionale da AIFA (report monitoraggio spesa farmaceutica). I vincoli fissati a livello regionale per il 2020 sono indicati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) = 6,69 % del FSR; Tetto acquisto diretto gas medicinali (ATC V03AN) = 0,2% Tetto per la spesa farmaceutica convenzionata = 7,96 % del FSR. Nello specifico i vincoli di spesa fissati a livello regionale per il 2020 sono riepilogati nel capitolo dedicato alle risorse finanziarie.	- Rispetto dei tetti fissati a livello nazionale: la verifica è effettuata a livello centrale e il rispetto dei tetti è considerato per regione– monitoraggi AIFA periodici. - Rispetto dei vincoli regionali: monitoraggio mensile indicatori linee di gestione a cura della DCS.

LINEA 3.4.2 Appropriatezza prescrittiva

La direzione strategica in collaborazione con le strutture aziendali di farmacia individuerà specifici obiettivi per i prescrittori a livello ospedaliero, correlati a definiti indicatori di risultato, al fine di favorire l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia e prevedendo un monitoraggio periodico sull'utilizzo delle categorie dei farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriatezza.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Invio di un report semestrale alla DCS con evidenza sia delle iniziative di audit e feedback adottate, sia delle azioni più significative intraprese nel corso del primo e del secondo semestre del 2020 (in particolare per oncologici, immunologici, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, IPP, nuova nota AIFA 96, EBPM ecc).	Invio alla DCS di due relazioni semestrali (entro 31/08/2020 e 28/02/2021) da cui si evincano: - 3 obiettivi assegnati alle U.O aziendali relativi a setting specialistici ad alto impatto di spesa nell'ambito dell'oncologia, delle malattie rare e neuropsichiatria; - Azioni intraprese per le categorie principali Modalità di valutazione:

	Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 50%) Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 50%)

LINEA 3.4.4 Appropriatezza prescrittiva. Indicatori in ambito territoriale

Per il 2020 sono individuati alcuni indicatori di appropriatezza tratti dal Rapporto "Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali 2018" redatti dalla Scuola Universitaria Superiore S. Anna di Pisa, un network di regioni a cui partecipa anche il Friuli Venezia Giulia. In particolare, gli indicatori già presenti nel 2019 relativi all'incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi), al consumo pro –capite di farmaci inibitori di pompa protonica, e alle prescrizioni di antibiotici sono stati integrati con un nuovo indicatore relativo alla percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Relativamente agli indicatori sartani, IPP, antibiotici e antidepressivi, le tabelle riportano i target per il 2020.	

INDICATORE	Media FVG (2018)	Target a cui tendere
Incidenza di sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (anti-ipertensivi)	37,88%	≤ 30 %
Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica	28,57	≤25 up pro cap

Indicatore*	Azienda	Valore aziendale 2018	Target (soglie S.Anna)
Consumo di antibiotici sul territorio DDD 1000 res. pes. die	ASU GI*	13,41	13,41*
	ASU FC	14,50	≤ 13,50
	AS FO	17,09	≤ 16,50
Consumo di antibiotici in età pediatrica DDD 1000 res. pes. die	ASU GI*	15,49	≤ 14,80
	ASU FC	14,28	14,28*
	AS FO	15,47	≤ 14,80

Indicatore	Azienda	Valore aziendale 2018	Target (soglie S.Anna)
Percentuale di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	ASU GI	25,40	≤24,50
	ASU FC	21,84	≤21,50
	AS FO	23,35	≤21,50

	* Mantenimento valore 2018
	Modalità di valutazione complessiva: 4-5 indicatori a target = raggiunto 3 indicatori a target = parzialmente raggiunto < 3 indicatori a target = non raggiunto

LINEA 3.4.5 Biosimilari

Nell'ambito delle categorie di farmaci per i quali è disponibile un'alternativa biosimile, l'IRCCS assicurerà azioni di incentivazione, appropriatezza ed efficienza per il SSR, nel rispetto del quadro normativo definito dalla L. 232/2016 (art. 1 comma 407) che ha previsto specifiche direttive a cui gli Enti del SSR devono fare riferimento. Tali azioni dovranno essere rivolte sia all'ambito specialistico-ospedaliero che a quello territoriale e della continuità ospedale-territorio, anche attivando percorsi di sensibilizzazione verso le Strutture private accreditate. Sul tema dei medicinali biosimilari si richiamano per completezza il secondo position paper e l'analisi di sicurezza dell'AIFA.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Indicatori per categorie di medicinali in cui è disponibile l'alternativa biosimile	- Invio alla DCS di due relazioni semestrali (entro il 31/08/2020 e 28/02/2021) descrittive delle attività svolte, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR, specificatamente per gli ambiti dell'assistenza ospedaliera (diretta, DPC). I dati di spesa e di consumo, rilevati secondo lo schema predisposto dalla DCS, integreranno le relazioni - ARCS invia alle Aziende un quadro riepilogativo strutturato degli Accordi quadro in essere di aggiudicazione per i farmaci biologici/biosimilari e ne dà evidenza alla DCS Modalità di valutazione: Relazioni inviate entro il 31.08.20 ed entro il 28.02.21: sì/no secondo schema DCS

LINEA 3.4.6 Distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali

L'IRCCS garantisce i livelli essenziali di assistenza nell'ambito dell'assistenza farmaceutica (art. 9 del DPCM 12.01.2017) assicurando, tra l'altro:

- la DD dei farmaci ai pazienti in assistenza domiciliare, residenziale
- l'erogazione del I ciclo di terapia a seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale secondo le direttive della DGR 12/2018

Per i farmaci ad alto costo l'IRCCS prosegue i percorsi già attivati per consentire la verifica dell'appropriatezza d'uso alle aziende di residenza. L'IRCCS rafforza le azioni in essere volte a garantire l'ottimizzazione dell'assistenza farmaceutica erogata attraverso la DPC dei medicinali provvedendo a:

rendere disponibile ai prescrittori dell'elenco aggiornato dei farmaci erogabili in DPC con l'evidenza delle specialità effettivamente disponibili;

assicurare le opportune informazioni relativamente ai farmaci di nuova autorizzazione all'immissione in commercio e inseriti in DPC per garantire i percorsi assistenziali più appropriati anche nelle more dell'effettiva disponibilità dei medicinali in piattaforma.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Ottimizzazione e monitoraggio della DPC e della diretta Erogazione dei medicinali da parte delle strutture sanitarie (diretta e primo ciclo a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale) secondo la DGR 12/2018	Invio di due report semestrali (come da schema della DCS) sull'attività svolta nell'ambito della DPC e della distribuzione diretta entro il 31.08.20 ed entro il 28.02.21 Modalità di valutazione: Relazioni sulle attività inviate nei termini: sì/no

LINEA 3.4.7 Rapporto con le aziende farmaceutiche e biomedicali

Al fine di favorire comportamenti uniformi, coerenti a principi di trasparenza anche con riferimento ad eventuali conflitti di interesse, nel corso del 2019 l'IRCCS ha predisposto e adottato un regolamento che definisce le disposizioni organizzative in merito alle attività d'informazione svolte dalle Aziende farmaceutiche e del settore dei dispositivi medici verso tutti gli operatori sanitari.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Nel corso del 2020 gli Enti del SSR armonizzano i regolamenti adottati, ne favoriscono la diffusione a tutti gli operatori sanitari e l'applicazione a tutte le Strutture aziendali	Applicazione del regolamento entro il 31.12.2020 da parte di tutte le strutture aziendali *Modalità di valutazione:* Invio alla DCS delle evidenze entro il 28/02/2021: sì/no

LINEA 3.4.8 Assistenza integrativa

Le Aziende potenziano 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 un efficientamento della spesa ed una razionalizzazione dei consumi di tali prodotti. Per quanto riguarda l'erogazione degli ausili di cui all'Allegato 2 del DPCM 12.01.2017, gli Enti del SSR fanno riferimento alle DGR 1783/2017 e 2190/2012 come stabilito dalla DGR 65/2018.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
1. La dispensazione dei dispositivi medici di cui all'allegato 2 del DPCM 12 gennaio 2017 è garantita in forma diretta secondo le disposizioni della DGR n. 1783 del 22.09.2017, punto 8.e. A tal fine le aziende sanitarie implementano i relativi percorsi 2. Nelle more della completa attuazione di quanto previsto dalla DGR 12/2018 relativamente agli ausili per diabetici, le Aziende garantiscono modalità di acquisizione e di erogazione che favoriscano l'efficienza del SSR	1. implementazione/messa a regime della distribuzione diretta dei dispositivi medici di cui all'allegato 2 del DPCM 12 gennaio 2017 2. Nelle more della completa attuazione di quanto previsto dalla DGR 12/2018 relativamente agli ausili per diabetici, le Aziende garantiscono modalità di acquisizione e di erogazione che favoriscano l'efficienza del SSR *Modalità di valutazione:* Evidenza delle azioni intraprese: sì/no

LINEA 3.4.9 Informatizzazione delle prescrizioni, flussi informativi farmaceutica

L'IRCCS continua a promuovere l'implementazione degli applicativi regionali disponibili in tema di informatizzazione delle prescrizioni (registri AIFA, cartella oncologica informatizzata, PSM-iter elettronico e PSM-piani terapeutici) assicurando ai fini degli adempimenti LEA, l'implementazione, le verifiche e i controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, per il tramite dei responsabili individuati per la tematica, in linea con il riassetto istituzionale e organizzativo del SSR ai sensi della LR n. 27/2018.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
REGISTRI AIFA E RECUPERO RIMBORSI Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà essere assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, 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	- Assicurare l'invio delle Richieste di Rimborso secondo le modalità definite da AIFA per tutti i farmaci con accordo MEA, anche attraverso la nuova piattaforma gestione rimborsi in fase di avvio. *Modalità di valutazione* Evidenza dei percorsi aziendali per la gestione delle criticità in tutti gli Enti del SSR: sì/no Riscontro agli approfondimenti/richieste di verifica relative ai registri AIFA/procedure di rimborso, inviate nei termini indicati: sì/no Partecipazione agli incontri organizzati dalla DCS o dall'AIFA in tema registri: sì/no
CARTELLA ONCOLOGICA INFORMATIZZATA La cartella oncologia informatizzata dovrà essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti	Avvio e implementazione della cartella oncologica pediatrica (Burlo) *Modalità di valutazione:* Due rilevazioni (DCS) del grado di completezza al 30.06.2020 e al 31.12.2020. L'obiettivo si intende raggiunto se entrambe le rilevazioni raggiungono il 95%
PRESCRIZIONI PERSONALIZZATE PSM ITER ELETTRONICO Per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per il 90% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale erogate mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da ARCS Le Aziende avvieranno azioni di sensibilizzazione su quelle strutture/reparti per i quali si rileva un modesto utilizzo dell'iter elettronico, al fine di ridurre l'erogazione derivante da prescrizioni cartacee indotte verso altre aziende	- % delle confezioni erogate in distribuzione diretta nominale hanno una prescrizione effettuata con il sistema PSM - iter elettronico ≥ 90% La DCS invierà periodicamente agli Enti del SSR un report relativo alle prescrizioni indotte con iter cartaceo verso altre Aziende /IRCCS, per le successive azioni di sensibilizzazione. *Modalità di valutazione:* Target rilevati dalla DCS - % ≥ 90%: obiettivo raggiunto - % tra 75% e 89%: obiettivo parzialmente raggiunto - % < 75%: obiettivo non raggiunto
PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA DEI PIANI TERAPEUTICI	% PT informatizzati per medicinali soggetti a nota AIFA 39 o 74 o altre indicazioni

Tutte le Aziende garantiranno il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 65% di tutti pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive, prevedendo azioni mirate di sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento nelle categorie di medicinali per i quali si osserva un ricorso prevalente al PT cartaceo (es. farmaci per l'infertilità o ormone della crescita per Burlo) Nel favorire l'implementazione di tale sistema informatizzato sarà inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA	pediatriche > 65% rispetto al totale dei PT redatti dall'IRCCS. Modalità di valutazione: Per gli IRCCS (non avendo come parametro di riferimento i residenti) la % di PT informatizzati (> 65%) è calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (informatizzati + cartacei) e comunicato a fine anno alla DCS. Per il Burlo la valutazione riguarderà i medicinali indicati.
FLUSSI INFORMATIVI FARMACEUTICA Implementazione, verifiche e controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, da parte dei responsabili individuati, utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SISSR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da possibile mancato invio. Va assicurata, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM) Le Aziende e l'ARCS danno riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni	Verifiche dei dati entro il 10 di ogni mese Integrale copertura fase 3/fase 2 (> 99,5% della spesa negli ambiti previsti) Inserimento codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali (> 99%). Riscontro entro 15 giorni agli eventuali approfondimenti richiesti o segnalazioni inviate *Modalità di valutazione:* - copertura fase 3/fase 2: target rilevati dalla DCS % > 99,5%: raggiunto % tra 99% e 99,5%: parzialmente raggiunto % < 99%: non raggiunto - Targatura: target rilevati dalla DCS: - % confezioni diretta PSM > 99%: raggiunto - % confezioni diretta PSM da 97% a 99%: parzialmente raggiunto - % confezioni diretta PSM < 97%: non raggiunto - Riscontri agli approfondimenti effettuati nei termini: sì/no

LINEA 3.4.10 Farmacovigilanza

Sul versante della farmacovigilanza continuano le progettualità già avviate a livello regionale finanziate da AIFA e oggetto di specifica convenzione, unitamente alle attività regionali avviate dalla DCS in collaborazione con le Aziende sanitarie universitarie integrate così come indicato dalle delibere di riferimento (DGR 435/2013, 2199/2014) e dalle nuove convenzioni in essere (17/2017 e 18/2017) con particolare riferimento al progetto pluriennale volto a favorire un uso sicuro appropriato dei farmaci a livello ospedaliero e nella continuità ospedale-territorio con il coinvolgimento di tutte le aziende sanitarie e gli IRCCS. Prosegue anche la progettualità regionale finanziata da AIFA sui temi relativi ai medicinali per il trattamento di malattie rare, avviata nel 2019, sotto il coordinamento del centro regionale delle malattie rare e della rete. Nel corso del 2020 sarà inoltre avviato uno specifico progetto multiregionale finanziato da AIFA e coordinato dalla regione Veneto sulla sorveglianza delle reazioni avverse da vaccino che vedrà coinvolti, oltre

alla DCS, i dipartimenti di prevenzione delle Aziende sanitarie. Oltre a queste specifiche progettualità proseguono le attività di sensibilizzazione e formazione degli operatori sanitari.

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzate secondo quanto previsto dalle procedure operative AIFA per i CRFV e i RLFV	Partecipazione del responsabile aziendale di FV o di un suo delegato alle attività avviate dalla DCS e agli eventi formativi/workshop organizzati dalla stessa o dall'AIFA (incontri periodici, stato di avanzamento progetti affidati alle Aziende sanitarie, eventi formativi AIFA). - Formazione dei responsabili di FV aziendali secondo quanto previsto dalla procedura AIFA per i CRFV/organismi di FV stabilmente definiti (16 ore/anno su tematiche di FV) *Modalità di valutazione:* Partecipazione agli incontri periodici: sì/no (presenza di almeno l'80% dei RLFV) Evidenza delle 16 ore/anno di formazione prevista per i RLFV: sì/no
Nell'ambito della progettualità pluriennale avviata nel 2018 (Farmacisti in ospedale/territorio) con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie, gli Enti del SSR dovranno garantire la partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento e l'invio della relazione scientifica e della rendicontazione come stabilito dalla Convenzione in essere	Partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento del progetto ed invio della relazione della relazione scientifica e della rendicontazione secondo le tempistiche della convenzione in essere. *Modalità di valutazione*: - Partecipazione agli incontri periodici: sì/no - Presenza della relazione scientifica e della rendicontazione entro le tempistiche previste dalla convenzione in essere: sì/no.

LINEA 3.5 INTEGRAZIONE E ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

LINEA 3.5.4 Minori

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Assicurare la Valutazione Integrata dei minori presi in carico	Per ogni minore per cui si prevede l'accoglienza in struttura viene effettuato almeno un incontro di valutazione integrata ospedale-territorio
Migliorare il processo e gli strumenti per la presa in carico integrata e personalizzata	Per ogni minore accolto in struttura collaborazione alla predisposizione del progetto personalizzato per la presa in carico integrata ospedale-territorio con formulazione del PAI o suo equivalente.

LINEA 3.6 ASSISTENZA OSPEDALIERA

LINEA 3.6.1 Governo clinico e reti di patologia

MODELLO REGIONALE DI RETE DI PATOLOGIA

Obiettivi aziendali	Risultato atteso
Tutte le Aziende SSR costituiscono un Nucleo Funzionale (che verrà descritto dal modello regionale di riferimento previsto per febbraio 2020) che parteciperà a vario titolo alle attività di formazione e conduzione di reti e PDTA	entro marzo 2020 invio ad ARCS dell'evidenza della Costituzione del Nucleo Funzionale e dei referenti Aziendali formati/formandi
Predisposizione piano di miglioramento a breve- medio termine su indicatori individuati da ARCS relativamente ai percorsi del paziente con ictus, con diabete e del paziente con cancro della mammella	- Elenco indicatori fornito da Arcs alle aziende entro marzo 2020 - Predisposizione con indicazione dei tempi di implementazione da parte delle aziende di un Piano di miglioramento entro il 30.06.2020

RETE CUORE

Obiettivo	Risultato atteso
PDTA scompenso cardiaco	Diffusione e adozione del PDTA regionale sullo scompenso cardiaco tra i professionisti dei setting clinico-assistenziali coinvolti Evidenza del trattamento dei pazienti con insufficienza cardiaca cronica riacutizzata gestiti in Pronto Soccorso (Invio di un report semestrale alla DCS con evidenza del numero dei casi trattati)

RETE DIABETE

Obiettivo	Risultato atteso
Definizione della rete diabete	Evidenza di costituzione della rete da parte di ARCS entro marzo 2020

RETE MAMMELLA:

Obiettivo	Risultato atteso
Definizione della rete mammella	Evidenza di costituzione della rete da parte di ARCS entro giugno 2020
Aggiornamento PDTA	Revisione da parte di ARCS, con la partecipazione di tutte le aziende del SSR, del PDTA entro settembre 2020
Realizzazione di audit, con partecipazione di ARCS, con redazione di piano di miglioramento entro 2020 (obiettivo Aziende SSR)	- Realizzazione di audit con la partecipazione e il coordinamento di ARCS, - Elaborazione report e predisposizione, con indicazione dei tempi di implementazione, da parte delle aziende di un Piano di miglioramento entro novembre 2020

RETE MALATTIE REUMATICHE

Obiettivo	Risultato atteso
Farmaci biologici	Evidenza delle modalità di diffusione e adozione del documento di indirizzo sulla terapia con farmaci biologici, anche nell'ambito della medicina convenzionata
Prescrizione farmaci biologici	100% delle prescrizioni di farmaci biologici avviene con l'utilizzo dello strumento informatizzato per l'appropriatezza prescrittiva (1 report per semestre)

RETE ONCOLOGICA

Obiettivo	Risultato atteso
Definizione coordinatore della rete	ARCS entro il 31/3/2020 individua e nomina il coordinatore regionale della rete oncologica

MALATTIE INFETTIVE

Obiettivo	Risultato atteso
Medico malattie infettive	L'IRCCS, tramite accordo convenzionale con ASUGI, assicura la presenza di un medico infettivologo nel Comitato Infezioni Ospedaliero

FEGATO

Obiettivo	Risultato atteso
Tutte le aziende adottano le Linee di indirizzo per l'identificazione, l'inquadramento clinico e l'invio al trattamento farmacologico dei pazienti affetti da infezione cronica da virus dell'epatite C (HCV)	Invio monitoraggio N° pazienti arruolati alla terapia DAA nel 2020 – 31.12.2020
Tutte le Aziende utilizzano i codici ICD9 nelle visite ambulatoriali ad indirizzo epatologico	Invio dati di attività epatologica (codici diagnosi) giugno e dicembre 2020

MALATTIE RARE

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Alimentare il Registro regionale Malattie Rare di cui al DM 279/2001 con inserimento del 100% dei casi diagnosticati	Tutti i pazienti che hanno un certificato di esenzione sono inseriti nel registro regionale

INCONTINENZA URINARIA

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Tutte le Aziende del SSR partecipano alla stesura e all'implementazione del PDTA a supporto del recepimento del documento tecnico di indirizzo sull'incontinenza di cui	ARCS, con la partecipazione di tutte le aziende del SSR, predispone il PDTA entro settembre 2020, anche relativamente all'incontinenza in età pediatrica (con la collaborazione del Burlo).

all'accordo Stato-regione n° 15/CSR del 24 gennaio 2018	

ENDOMETRIOSI

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
PDTA endometriosi	La DCS con la collaborazione di tutte le aziende predispone entro il 31/12/2020 un PDTA per le donne con endometriosi

LINEA 3.6.2 Emergenza urgenza

Obiettivo	Risultato atteso
Pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h	Mantenimento / miglioramento della percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub) (media regionale 2018 del 50,9% negli Hub e del 62,8% negli spoke - fonte Bersaglio)
Pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore	Mantenimento/miglioramento della percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub) (media regionale 2018 del 71,9% negli Hub e 77,0% negli spoke - fonte Bersaglio)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Adesione al Programma di Formazione a distanza (FAD) per operatori socio-sanitari dei Pronto Soccorso attraverso la partecipazione del personale delle Aziende Sanitarie e dei Pronto Soccorso, coinvolti in percorsi e interventi di contrasto alla violenza sulle donne.	Almeno il 20% degli operatori socio-sanitari del Pronto Soccorso pediatrico e dell'Accettazione ostetrico-ginecologica, coinvolti in percorsi e interventi di contrasto alla violenza sulle donne, partecipa al Programma di Formazione a distanza (FAD) - Promozione sul sito istituzionale di tutte le attività atte a contrastare la violenza alle donne (focus, formazione, slider, …)

EMERGENZE CARDIOLOGICHE – NSTEMI

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Attivazione in ogni azienda del sistema CUP Web per la segnalazione e trasferimento dei pazienti in attesa di coronarografia. L'agenda CUP Web di un Hub è visibile ed utilizzabile anche dagli Spoke non di riferimento.	100% dei pazienti con NSTEMI sottoposti a coronarografia hanno evidenza di segnalazione attraverso l'agenda dedicata
Strutturazione del percorso di riabilitazione ambulatoriale/follow-up post NSTEMI	Evidenza di inserimento in agende dedicate entro 2 mesi dalla dimissione di almeno il 60% dei pazienti con diagnosi di NSTEMI

LINEA 3.6.3 Indicatori di attività ospedaliera

Obiettivo	Risultato atteso
Tasso di ospedalizzazione	Considerato il mandato dell'Istituto, l'IRCCS contribuisce alla riduzione esclusivamente garantendo l'appropriatezza dei ricoveri erogati.
Ricoveri in day hospital medico per acuti con finalità diagnostica	riduzione del numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del *day service*, portando la percentuale al di sotto del 20% per gli adulti e del 40% per i pediatrici (valore medio regionale del 2017 di 28,58% per gli adulti e 54,07% per i pediatrici - fonte Bersaglio) – obiettivo valido sia per l'età adulta che pediatrica;
Ricoveri medici oltre soglia	NON di pertinenza: si evidenzia che l'obiettivo è stato stralciato per l'IRCCS con la DGR 2186 dd 18/11/2016
Controlli di appropriatezza	Prosecuzione dei controlli di appropriatezza delle prestazioni effettuate secondo il piano dei controlli programmato dallo specifico gruppo di coordinamento regionale

In continuità con gli anni precedenti, sono inoltre monitorati gli indicatori di seguito riportati

LINEA 3.6.4 Trapianto e donazione

Obiettivo	Risultato atteso
1. confronto semestrale tra registro Decessi con Lesione Cerebrale Acuta DLCA e SDO con codici ICD-9 CM	NON DI PERTINENZA
2. Formalizzazione protocollo per prelievo d'organi	2. ASU GI e ASU FC recepiscono formalmente e applicano il protocollo per prelievo d'organi da paziente con accertamento del decesso con criterio cardiologici DCD (donatore cuore fermo) L'IRCCS Burlo partecipa, per quanto di competenza.
3. Corsi di formazione	3. ASU GI e ASU FC realizzano dei corsi di formazione inerenti il percorso del donatore DCD (donatore cuore fermo) L'IRCCS Burlo partecipa, per quanto di competenza.
4. Implementazione protocollo per prelievo d'organi	NON DI PERTINENZA
5. Implementazione delle segnalazioni secondo indicatori standard	NON DI PERTINENZA
6. Avvio del programma di procurement di organi in almeno un ospedale di rete	Il Centro regionale trapianti supporta il percorso di avvio del programma di procurement presso l'IRCCS Burlo.

DONAZIONE TESSUTI

Obiettivo	Risultato atteso
Donazioni cornee	Valutazione di idoneità per tutti i decessi
Donazione multitessuto	NON DI PERTINENZA
Donazione da vivente	NON DI PERTINENZA
Atti aziendali	Prevedere all'interno degli atti aziendali obiettivi di donazione e/o di revisione dei protocolli operativi

CELLULE STAMINALI EMATOPOIETICHE

In accordo con quanto stabilito nelle Linee Guida, approvate nell'Accordo Stato-Regioni e pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale del 30 Settembre 2003 con il titolo: "Linee Guida per la Raccolta, Manipolazione ed Applicazione Clinica delle Cellule Staminali Ematopoietiche", l'attività trapianto di CSE è regolata all'interno di un più generale Programma Unico di Trapianto che include tre principali componenti:

1) Unità clinica,
2) Unità di raccolta e manipolazione cellulare;
3) Unità di manipolazione cellulare.

Nel corso dell'anno si intende istituire un programma unico di trapianto, esteso a più centri appartenenti alla stessa area geografica.

Obiettivo	Risultato atteso
Istituzione trapianto CSE congiunto e formalizzazione presso Autorità nazionali competenti (CNT- GITMO)	Costituzione di un tavolo interazionale per la definizione di un programma congiunto. Conclusione del percorso entro 31/5/2020

LINEA 3.6.5 Percorso nascita

Obiettivo	Risultato atteso
Comitato percorso nascita regionale	- Le Aziende adottano le azioni di miglioramento definite all'interno del Comitato percorso nascita regionale rispettando le tempistiche stabilite. - Le aziende del SSR mettono a disposizione i loro professionisti sanitari in base alle loro competenze in caso di costituzione di tavoli tecnici specifici legati alle attività del comitato nascita
Tagli cesarei: rispettare le soglie indicate nel DM 70/2015 e nell'Accordo Stato Regioni 14/CRS 2018 e rendicontare alla DCS	- Tagli cesarei primari nei PN di I livello o con un numero di parti inferiore o uguale a 1000: ≤ 15% - Tagli cesarei primari nei PN di II livello o con un numero di parti superiore a 1000: ≤ 25%
GRAVIDANZE A BASSO RISCHIO Corso di formazione ostetriche	Le aziende entro il 30/9/2020 realizzano i programmi formativi rivolti alle ostetriche che seguono le gravidanze a basso rischio.

	- I Punti nascita supportano la sperimentazione della cartella informatizzata per la gestione della gravidanza a basso rischio
SIMULAZIONE AVANZATA PER LA GESTIONE DELL'EMERGENZE OSTETRICHE Corso di formazione per promuovere e migliorare la qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nelle sale parto regionali. Rendere uniformi competenze tecniche e qualificazione professionale del team dei punti nascita di I e II livello in FVG nella gestione delle emergenze ostetriche	ASUFC e Burlo: - entro il 30/9/2020 ciascun ente realizza almeno 2 edizioni del primo modulo del corso di formazione; - entro il 31/12/2020 ciascun ente realizza almeno 2 edizioni del secondo modulo del corso di formazione.
RIANIMAZIONE NEONATALE Corso base di rianimazione neonatale per esecutori realizzato al fine di consolidare le competenze di base di tutto il personale sanitario convolto nell'assistenza e nella gestione dei neonati a termine e pre – termine.	ASUFC e Burlo: - entro il 31/12/2020 ciascun ente realizza almeno due edizioni
SCREENING E DIAGNOSI PRENATALE Corso di formazione professionisti	ASUFC, ASUFO e Burlo, anche congiuntamente, entro il 31/12/2020 realizzano almeno 1 evento formativo dedicato ai professionisti coinvolti nelle attività di screening e diagnosi prenatale
PATOLOGIA SINDROMICO - MALFORMATIVA PERINATALE	Predisposizione ed invio alla DCS entro il 31/12/2020, una proposta di percorso di miglioramento nell'ambito della diagnosi della patologia sindromica perinatale

LINEA 3.6.6 Pediatria

Obiettivo	Risultato atteso
Rete oncologica pediatrica	Evidenza di costituzione della rete entro il 31/12/2020
Area emergenza-urgenza	Entro il 30/4/2020 dovrà essere formalizzato da parte della DCS il documento sul trasporto pediatrico in emergenza urgenza. - Entro il 31/8/2020 l'IRCCS Burlo implementa nella propria organizzazione il documento regionale di trasporto pediatrico in emergenza urgenza - a fine anno viene presentato un report relativo all'ultimo quadrimestre che evidenza l'aderenza al documento regionale (almeno il 90% dei trasporti è effettuato secondo le modalità definite)
Tele-refertazione	Entro il 30/6/2020, previa attivazione da parte di INSIEL di una piattaforma dedicata, viene implementa l'operatività del sistema di tele-

	refertazione per second opinion in radiologia pediatrica.
Farmaci galenici pediatrici	- Evidenza del percorso di centralizzazione presso il Burlo della produzione di farmaci galenici. - Monitoraggio della produzione di galenici per conto di ASUI-GI
Carta dei Servizi pediatrici	Redazione ed approvazione della Carta dei servizi specifica per l'assistenza in età pediatrica e adolescenziale, secondo le modalità previste dall'Accordo Stato Regioni del 21 dicembre 2017, rep atti n. 248.

LINEA 3.6.7 Sangue ed emocomponenti

Obiettivo	Risultato atteso
Accreditamento del Dipartimento di medicina Trasfusionale giuliano-isontino	La Direzione Sanitaria dell'Istituto fornisce collaborazione per le attività propedeutiche alla visita di accreditamento
Monitoraggio dell'appropriatezza dell'utilizzo degli emocomponenti ed emoderivati	I dati relativi all'appropriatezza dell'utilizzo degli emocomponenti ed emoderivati: vengono presentati al Comitato ospedaliero per il Buon Uso del Sangue vengono trasmessi alle Strutture con reportistica semestrale
Implementazione della prescrizione trasfusionale informatizzata e dei "sistemi barriera"	Le Strutture: SCU Clinica Ostetrica e Ginecologica, SSD Gravidanza a rischio, SC Anestesia e Rianimazione hanno effettuato almeno il 50% di richieste trasfusionali utilizzando l'applicativo Emonet web E' stato elaborato lo studio di fattibilità per l'implementazione dei "sistemi barriera" per la trasfusione al letto del paziente.

LINE 3.6.8 Rischio clinico e Rete Cure Sicure FVG

Obiettivo	Risultato atteso
Trasparenza e informazione	Presenza sul sito web dell'Istituto dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio
Eventi sentinella	E' stato compilato il questionario AGENAS per il monitoraggio della implementazione delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella
Buone pratiche	E' stata inserita almeno una esperienza di buona pratica per la Call for Good Practice (Agenas)
Indicatori semestrali di valutazione	Sono stati trasmessi alla Direzione Centrale Salute gli indicatori semestrali previsti dalla rete cure sicure entro le scadenze prefissate.

Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	Sono stati monitorati gli indicatori regionali relativi alla sorveglianza delle ICA

Ulteriori obiettivi relativi al rischio clinico sono riportati nell'allegato 1.

LINEA 3.6.9 Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH

Obiettivo	Risultato atteso
Programma dedicato al Personale (operatori)	1. partecipazione, ove richiesto, alla costituzione entro il 30/6/2020 di un gruppo di lavoro multiprofessionale regionale HPH sul tema Benessere sul posto di lavoro (Decreto DCS n. 1100 del 31.7.2018) in grado di rappresentare e far convergere in una strategia integrata le indicazioni normative, l'analisi dei bisogni in base alle indagini di clima organizzativo e alle autovalutazioni, per avviare azioni efficaci basate sull'evidenza. 2. predisposizione da parte del gruppo di lavoro regionale di un documento di indirizzo sul benessere sul luogo di lavoro entro il 31/10/2020 e sua diffusione all'interno dell'Istituto; 3. entro il 31/12/2020, costituzione sulla base del documento di indirizzo del gruppo aziendale HPH "Benessere sul posto di lavoro" all'interno dell'Istituto.
Programma dedicato ai Pazienti	1. costituzione entro il 30/6/2020 di gruppo di lavoro multiprofessionale regionale HPH-Patient Engagement (Decreto DCS n. 1100 del 31/7/2018) per implementare gli strumenti della "clinical health promotion". 2. predisposizione da parte del gruppo di lavoro regionale di un documento di indirizzo sulla "clinical health promotion" entro il 31/10/2020 e sua diffusione alle aziende 3. entro il 31/10/2020 realizzazione di un evento formativo regionale realizzato dal Comitato HPH per applicare i principi e i criteri HPH alle questioni specifiche della promozione della salute di bambini ed adolescenti negli ospedali e nei servizi sanitari (ciascuna azienda partecipa alla formazione con i professionisti dei servizi coinvolti) 4. entro il 31/12/2020, costituzione sulla base del documento di indirizzo di gruppi aziendali HPH "clinical health promotion" 5. Realizzazione di un corso di aggiornamento per lo sviluppo di protocolli inclusivi di valutazione degli stili di vita e della resilienza nelle patologie croniche, con particolare riferimento

	all'applicazione delle linee guida Gold Standard Programme (GSP), entro il 31/12/2020
Programma dedicato ai Cittadini	Presentazione al comitato HPH entro il 31/12/2020 l'elenco degli enti del terzo settore (organizzazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale, di patologie croniche, di cittadini coinvolti nei percorsi di cura, imprese sociali, enti filantropici) presenti nel proprio territorio

LINEA 3.7 RAPPORTO CON I CITTADINI

LINEA 3.7.1 Tempi di attesa

Obiettivo	Risultato atteso
Prestazioni monitorate	- Le valutazioni saranno eseguite rispetto all'elenco delle prestazioni ministeriali e regionali soggette a monitoraggio come definite dalla DGR 1815/2019. - Oltre alle prestazioni di cui alla DGR 1815/2019, saranno oggetto di monitoraggio le seguenti prestazioni di interesse regionale: - trattamento intravitreale delle malattie vetriniche tramite agende informatizzate - visita algologica - radioterapia
Monitoraggio tempi di attesa Aziende del SSR	Le aziende sono tenute a partecipare ed effettuare i monitoraggi regionali e nazionali dei tempi di attesa secondo le modalità, le tempistiche e le prestazioni individuate.
Agende di prenotazione	- le agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche sia istituzionali che di libera professione intramoenia sono progressivamente organizzate in modo da consentire la prenotazione online del cittadino dell'offerta; - tutte le agende delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (ad eccezione delle visite oncologiche pediatriche che non hanno tempi di attesa e che vengono accettate in tempo reale direttamente dal reparto e oncologiche ginecologiche che richiedono un "triage" e che vengono prenotate direttamente dall'ambulatorio) e di libera professione intramoenia devono essere informatizzate ed essere rese disponibili a sistema CUP regionale.
Garanzia erogativa prestazioni ambulatoriali	Nei riguardi dei cittadini per le prestazioni ambulatoriali deve essere assicurata la "garanzia" erogativa: - almeno 90% per la priorità B; - almeno 90% per la priorità D;

	- almeno 90% per la priorità P.
Garanzia erogativa interventi chirurgici	Nei riguardi dei cittadini per gli interventi chirurgici deve essere assicurata la "garanzia" erogativa almeno del 90%per i codici assegnati A.
Programmi attuativi aziendali	- entro 60 gg dall'Approvazione del Piano Regionale AS FO, Burlo e Cro approvano / aggiornano un nuovo Programma Attuativo Aziendale sui tempi di attesa - AS FC e AS GI in quanto oggetto di riorganizzazione adottano il proprio Programma Attuativo Aziendale sui tempi di attesa entro il 28/2/2020
Clausola valutativa	Arcs presenta entro il 15/2/2020 alla Direzione centrale una relazione che illustra l'andamento dei tempi di attesa. La relazione deve contenere risposte documentate ai seguenti quesiti: a) in che misura, e rispetto a quali prestazioni, le aziende hanno superato i tempi massimi previsti e quali sono le cause principali del mancato rispetto di tali termini; b) quali provvedimenti correttivi sono stati adottati nei casi di superamento dei tempi massimi e quali sono gli esiti di tali provvedimenti; c) quali sono le modalità di applicazione degli strumenti di incentivazione introdotti e quali le eventuali criticità emerse nel renderli operativi; d) qual è stato l'andamento dei tempi di attesa nel corso del 2019 e qual è l'opinione di esperti del settore e di utenti sulla velocità di fruizione delle prestazioni e sul funzionamento del sistema di prenotazione.
Le aziende dovranno inoltre far rispettare il rapporto tra attività libero professionale di cui al CCNNLL e le priorità fissate di "garanzia" per il cittadino assumendo ogni modalità organizzativa necessaria allo scopo	L'azienda garantisce il rispetto del rapporto tra attività istituzionale e attività libero professionale
Nel corso del 2020 la Regione provvederà a diffondere delle linee di indirizzo per la redazione e l'adeguamento dei regolamenti aziendali sulla Libera Professione.	Applicazione delle linee di indirizzo regionali nel Regolamento aziendale sulla libera professione

LINEA 3.7.2 Innovazione nella gestione delle terapie

Obiettivo	Risultato atteso
Favorire le innovazioni che, a parità di efficacia terapeutica, riducono il disagio dei pazienti e dei loro familiari, a maggior ragione se tali innovazioni possono produrre semplificazione organizzativa con conseguente riduzione dei costi complessivi del sistema, pur in presenza di un costo maggiore della terapia, a condizione che vengano preventivamente adeguatamente valutati rischi e benefici per i pazienti	Applicazione delle indicazioni regionali

LINEA 3.7.3 Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero

Obiettivo	Risultato atteso
Rapporto con i pazienti nelle attività di ricovero	Le aziende dovranno presentare entro il 31/12/2020 una relazione con la quale vengono illustrate le iniziative intraprese relativamente a - Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva con accesso senza limite di tempo e orario a un care giver per volta (fa eccezione la necessità di isolamento). - Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza per i pazienti che abbisognano di un supporto per comprendere ciò che viene eseguito sulla propria persona. - Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico o da altre tipologie di trattamento (recall) con il fine di far sentire al cittadino la vicinanza della struttura che lo ha curato, nonché acquisire utili informazioni per cogliere opportunità di miglioramento dei servizi offerti (ad eccezione dei pazienti coinvolti nel progetto PROMs / PREMs). - Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente con il fine di assicurare il riferimento professionale che assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza.
Valutazione PROMs dei pazienti sottoposti ad interventi di ernia inguinale e crurale e PREMs di almeno un percorso clinico o organizzativi	- Le Aziende raccolgono i consensi necessari alla realizzazione delle valutazioni - ARCS organizza coordina la realizzazione delle due valutazioni - report inviato alla Direzione centrale salute entro il 31/12/2020.

LINEA 3.8 FLUSSI INFORMATIVI

LINEA 3.8.2 Obblighi informativi e qualità dei dati amministrativi ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali

Obiettivo	Risultato atteso
Miglioramento della qualità dei dati inseriti nei flussi informativi aziendali	- controllo ed invio dei flussi ministeriali entro le scadenze previste - verifica, se richiesta con ARCS dei dati inviati -analisi degli indicatori previsti nel Nuovo Sistema di Garanzia, nel Network delle Regioni "Bersaglio" e nel PNE (Programma Nazionale Esiti)."

4 LINEA IL SISTEMA INFORMATIVO

LINEA 4.1 RINNOVAMENTO SISTEMI

LINEA 4.1.2 Sistema informativo contabile e economato

Obiettivo	Risultato atteso
Sede Pilota: contribuire alla configurazione del sistema creando le condizioni per una fedele rappresentazione nel nuovo sistema dell'organizzazione di tutte le aziende	100% elaborati entro il 30/6/2020
Sede pilota: collaborare in termini di test del sistema, opportunamente integrato con i sistemi satelliti	Sistema funzionante nell'azienda pilota (verbale collaudo) entro il 31/10/2020
Avviamento in tutte le aziende del SSR organizzando turni del personale per favorire la formazione in aula e sul campo	Sistema funzionante in tutte le aziende (verbale collaudo) entro il 31/12/2020

LINEA 4.1.3 Sistema informativo del personale

Obiettivo	Risultato atteso
Le aziende devono rendersi disponibili a verificare il buon funzionamento del sistema	Avviamento del sistema in tutte le aziende entro il 30/6/2020

LINEA 4.1.4 Cartella clinica ospedaliera

Obiettivo	Risultato atteso
Predisposizione capitolato cartella clinica	- nomina referenti gruppo di lavoro entro il 31/1/2020; - validazione capitolato entro il 30/7/2020

LINEA 4.2 DIGITALIZZAZIONE

LINEA 4.2.1 Ricetta dematerializzata

Obiettivo	Risultato atteso
Ricette dematerializzate specialistica e farmaceutica	90% sul totale delle ricette entro il 31/12/2020

LINEA 4.2.2 Firma digitale

Obiettivo	Risultato atteso
Firma digitale referti (specialistica, radiologia, analisi chimico cliniche, anatomia patologica), lettera dimissione, verbali pronto soccorso	Entro il 31/12/2020: - G2 Clinico > 98% - Laboratorio e microbiologia >98% - Medicina trasfusionale > 98%, - Anatomia patologica > 98% - Radiologia > 98% - Lettera di dimissione > 98% - Verbali pronto soccorso 98%

LINEA 4.2.3 Fascicolo sanitario elettronico

Obiettivo	Risultato atteso
FSE operatore: formazione sui vantaggi dell'uso dello strumento	Almeno 10 corsi realizzati a livello aziendale di cui: - 5 corsi entro 30.06.2020 - 5 corsi entro 31.12.2020

LINEA 4.2.3 Telemedicina

Obiettivo	Risultato atteso
Attivazione a livello regionale in pazienti post-acuti con scompenso cardiaco, diabete o BPCO, selezionati al momento della dimissione dall'ospedale, di una assistenza integrata domiciliare sociosanitaria supportata da strumenti di ICT (telemedicina)	- Predisposizione del capitolato della gara d'appalto per l'acquisizione della piattaforma ICT - Definizione dei team aziendali con il coinvolgimento, per quanto possibile in base alle diverse realtà locali, di specialisti, personale dei distretti, medici di medicina generale, assistenza sociale e associazioni di pazienti per l'analisi della integrazione dei percorsi di cura attivi a livello locale con il supporto della piattaforma ICT - Identificazione della azienda pilota per avviare il progetto di assistenza domiciliare integrata supportata da ICT - Avviamento del sito pilota entro il 31/12/2020.

LINEA 4.3 INTEGRAZIONE DEI SISTEMI

Obiettivo	Risultato atteso
Censimento dei sistemi informatici delle aziende del SSR da integrare con gli asset regionali.	Predisporre un documento secondo le linee guida regionali entro il 31/5/2020

LINEA 4.4 ELEMENTI PER IL PIANO INVESTIMENTI

Obiettivo	Risultato atteso
Censimento di tutte le apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) dove saranno attivati i sistemi del personale, della contabilità e dei distretti. Per i pc nel censimento va indicata la versione del Sistema Operativo. Sono da riportare anche nuove esigenze indotte dall'introduzione dei nuovi sistemi.	Elenco apparecchiature entro il 31/5/2020
Censimento di tutto il parco apparecchiature (pc, mobile, stampanti ecc.) con indicazioni di nuove esigenze.	Elenco apparecchiature entro il 31/5/2020
Indicazioni delle apparecchiature di rete da sostituire con indicazioni delle caratteristiche (doppio alimentatore, ecc.)	Elenco apparecchiature entro il 31/12/2020

LINEA 4.5 PRIVACY IN SANITÀ

Obiettivo	Risultato atteso
Censimento delle carenze rispetto al GDPR e ABSC	Predisporre un documento entro il 31/5/2020
Individuazione altri ambiti con criticità (es. prodotti sw)	Predisporre un documento
Censimento delle carenze rispetto al GDPR e ABSC	Predisporre un documento entro il 30/9/2020

LINEA 4.6 SISTEMA PACS REGIONALE

Obiettivo	Risultato atteso
Prosecuzione dell'aggiornamento tecnologico dei sistemi PACS	Blocco dell'alimentazione dell'archivio immagini del livello regionale e l'avvio della conservazione legale diretta dal livello aziendale.

Obiettivo	Risultato atteso
Refertazione multimediale	ARCS: - Predispone entro maggio 2020 il cronoprogramma delle attività propedeutiche alla sperimentazione della soluzione di refertazione multimediale in ambito radiologico.

	- Avvio entro ottobre 2020 della sperimentazione della nuova piattaforma di refertazione in ambito radiologico presso un sito ospedaliero. - Cura entro dicembre 2020 la definizione delle specifiche tecniche e delle precondizioni necessarie per l'utilizzo dei nuovi profili di integrazione nella refertazione anche in altri ambiti clinico/diagnostici.

Obiettivo	Risultato atteso
Valutazione dei possibili scenari di continuità dell'impianto PACS regionale	ARCS elabora entro dicembre 2020 un documento di analisi e valutazione in termini di costi e benefici dei possibili scenari di: - continuità dell'impianto PACS regionale al termine del vigente contratto di fornitura (dicembre 2022) - disponibilità di nuovi sistemi gestionali di reparto integrati alla piattaforma dei sistemi informativi ospedalieri.

Obiettivo	Risultato atteso
Revisione delle modalità di condivisione di referti e immagini diagnostici nell'ambito dei flussi emergenziali interaziendali a seguito del riassetto istituzionale del SSR	Le modalità di condivisione di referti e immagini diagnostici nell'ambito dei flussi emergenziali interaziendali sono completamente adeguate al nuovo assetto istituzionale entro dicembre 2020.

5.2 LA FORMAZIONE

Applicativo gestionale per la formazione

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Utilizzo del nuovo applicativo gestionale regionale della formazione secondo le tempistiche dettate dalla DCS	Utilizzo del nuovo gestionale della formazione nei tempi e secondo le modalità definite dalla Regione

Avvio a regime della FAD regionale

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
- Accreditamento di eventi FAD gestiti su piattaforma HTL	- All'avvio della piattaforma regionale integrata con il nuovo gestionale della formazione, è accreditato almeno 1 evento FAD entro il 31/12/2020
- Utilizzo a regime della funzione "iscrizioni on line"	- Utilizzo della funzione "iscrizione on line" per almeno 5 eventi RES entro il 31.12.2020 in relazione all'uso del nuovo gestionale della formazione

- Individuazione delle figure di riferimento per il gruppo di lavoro dedicato allo sviluppo della FAD	- Individuazione su richiesta della DCS delle figure specifiche (1 progettista e/o 1 tecnico informatico) per il gruppo di lavoro dell'ARCS

Programmazione della formazione

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Aderire ai documenti regionali per la predisposizione del Piano Annuale della formazione	La predisposizione del PAF è conforme alle indicazioni contenute nei documenti regionali
Garantire la trasmissione del Piano Annuale della Formazione (PAF) entro il 30 marzo 2020	La trasmissione alla DCS del PAF elaborato e decretato avviene entro il 31 marzo 2020
Aderire ai requisiti previsti dai vigenti regolamenti regionali in tema di Accreditamento dei provider	In caso di visita di accreditamento dei provider, adesione ai requisiti previsti dai vigenti regolamenti, ossia messa a regime delle eventuali NC riscontrate
Realizzare i corsi assegnati al provider IRCBG in relazione a quanto previsto dal PFR	Per i corsi previsti nel PFR e attivati, la rendicontazione avviene con cadenza trimestrale e annuale
Utilizzare il nuovo applicativo di reportistica per la redazione della relazione annuale del provider	La relazione annuale del Provider è elaborata utilizzando il nuovo applicativo di reportistica, se disponibile
Trasmettere la relazione annuale sulle attività formative del 2019 entro 31 maggio 2020	La trasmissione della relazione annuale sul provider IRCBG è trasmessa alla DCS entro il 31 maggio 2020
Garantire l'attività degli osservatori formati per le visite di valutazione dei requisiti della qualità dei corsi erogati dai Provider del FVG	Gli osservatori formati partecipano ad almeno 1 visita di valutazione dei requisiti della qualità dei corsi erogati dai Provider del FVG su richiesta della DCS

Progetto regionale clima organizzativo

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Miglioramento del clima organizzativo	- Partecipazione al progetto regionale di clima organizzativo - Restituzione dei risultati del dell'indagine 2018, individuazione delle aree di intervento e relative azioni di miglioramento

- **Obiettivi aziendali collegati al rischio clinico (vedi Piano Annuale Promozione e Sicurezza Paziente – allegato 1 del PAO)**

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: MARTINA VARDABASSO
CODICE FISCALE: VRDMTN76L71L424I
DATA FIRMA: 31/01/2020 10:52:04
IMPRONTA: D76DF4CC08FED3A42325AC6A44721E44A8E39FF88B0DA2130DFD5882B55A93BD
A8E39FF88B0DA2130DFD5882B55A93BDEA58F49D92922041983EC2D4CC1F89C3
EA58F49D92922041983EC2D4CC1F89C345C8248B1AED434C157001324DD2131C
45C8248B1AED434C157001324DD2131C0FD827CD271991841A515A9C214F8C80