

DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE
2016 / 2018

DOCUMENTO di PROGRAMMAZIONE

Il Documento di Programmazione ha lo scopo di individuare alcune priorità comuni su cui concentrare una attenzione condivisa all'interno dell'Azienda, nella consapevolezza che quotidianamente **tutti** gli operatori assumono decisioni di rilevanza più o meno generale, e solo se tutti conoscono le **direttrici di sviluppo** della nostra Azienda sarà possibile procedere con meno fatica verso obiettivi comuni

Tale documento, prodotto dalla Direzione Aziendale, è frutto dei contributi originati da una serie di incontri avvenuti a vario livello negli scorsi mesi

Indice

PARTE I - PRESENTAZIONE dell'AZIENDA

PARTE II - CONTESTO

PARTE III - FASI e TEMPI della PROGRAMMAZIONE AZIENDALE

PARTE IV - LE DIRETTRICI DI SVILUPPO DELL'AAS 3

PARTE V - I PIANI AZIENDALI

(PARTE VI - OBIETTIVI di AREA ASSISTENZIALE TRANSMURALE)

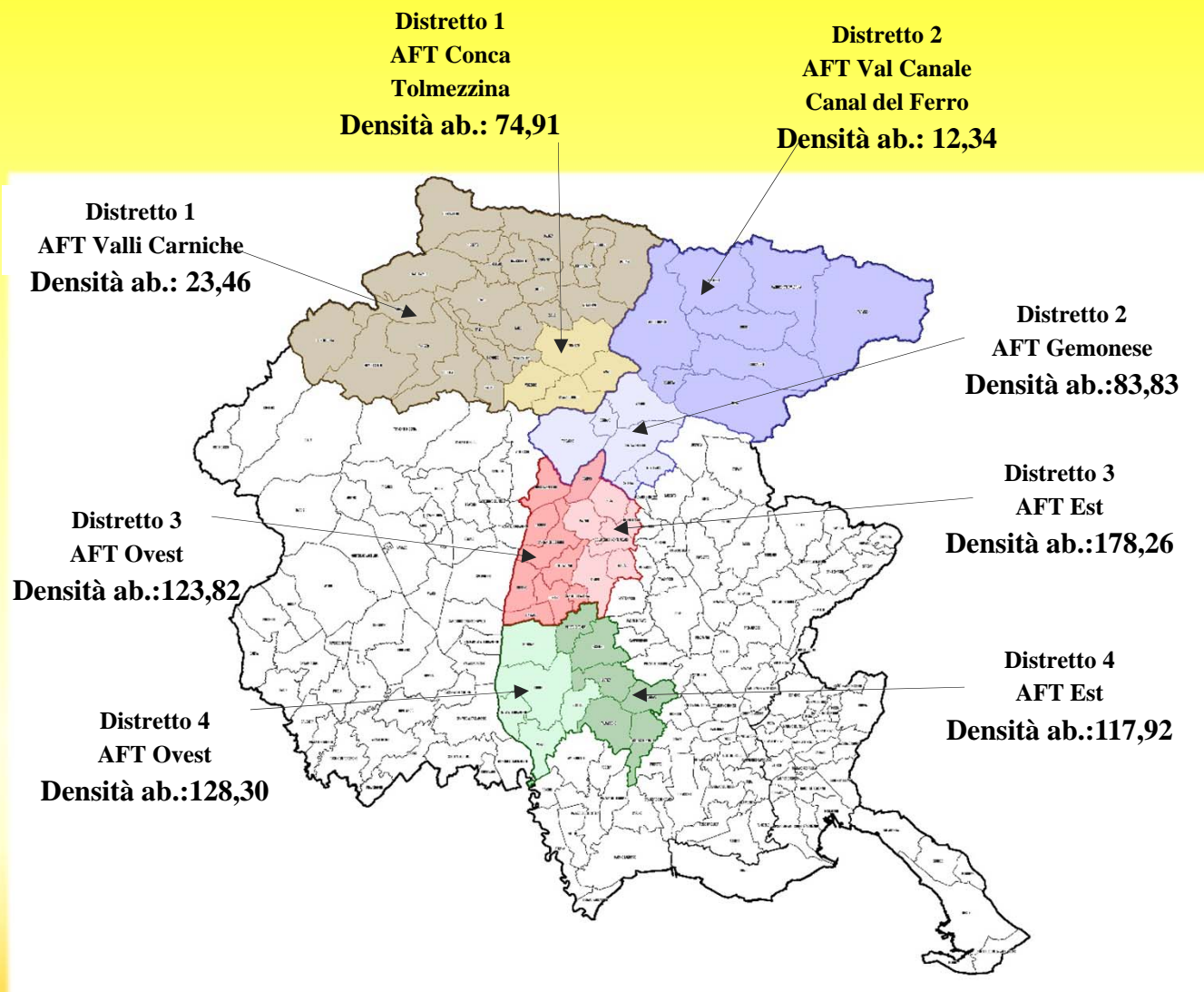
(PARTE VII - OBIETTIVI di DAT e STAFF)

DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE 2016 / 2018

PARTE I

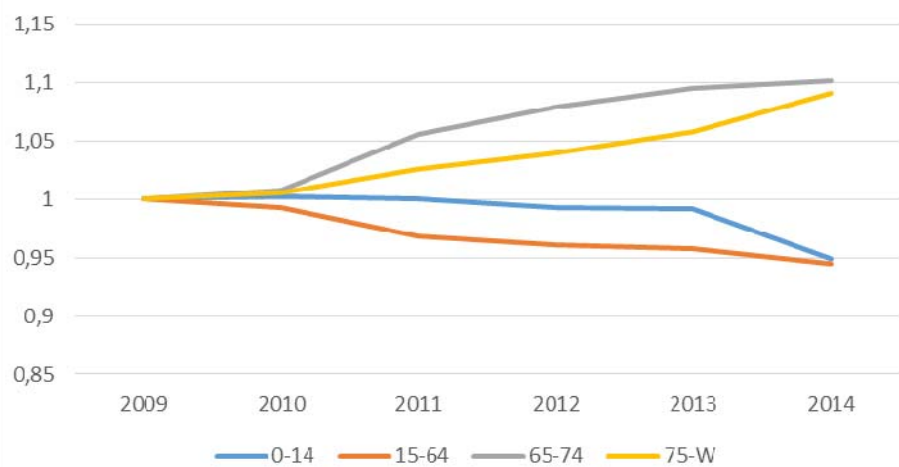
PRESENTAZIONE AZIENDA

Descrizione del territorio e densità abitativa

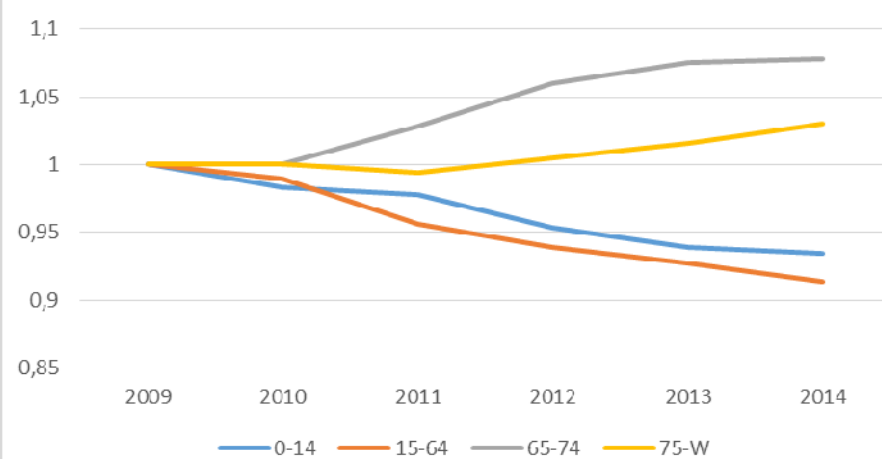


- **N° COMUNI:** 68 (50% dei comuni della provincia di Udine)
- **Kmq:** 3103 (63% del territorio della provincia di Udine)
- **Popolazione complessiva:** 170.959 ab. (30% della pop. Della provincia di Udine; 39% se escludiamo il comune di Udine)
- **Densità abitativa:** 55,1 ab/Kmq (la provincia di Udine è 109,7 ab/Kmq- 90,4 ab/Kmq se escludiamo il comune di Udine)

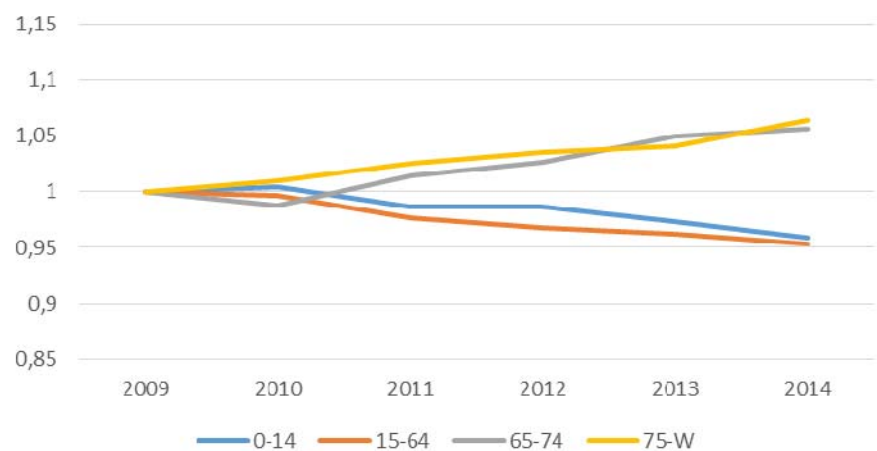
andamento popolazione AFT CONCA TOLMEZZINO



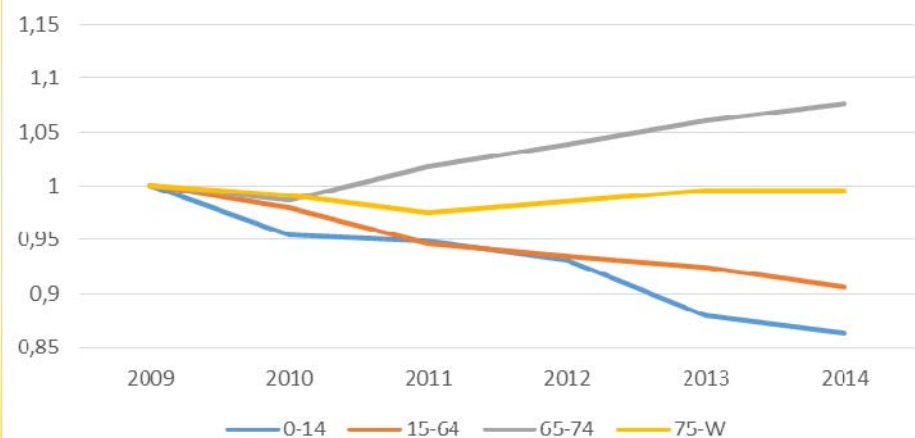
Andamento popolazione AFT VALLI CARNICHE



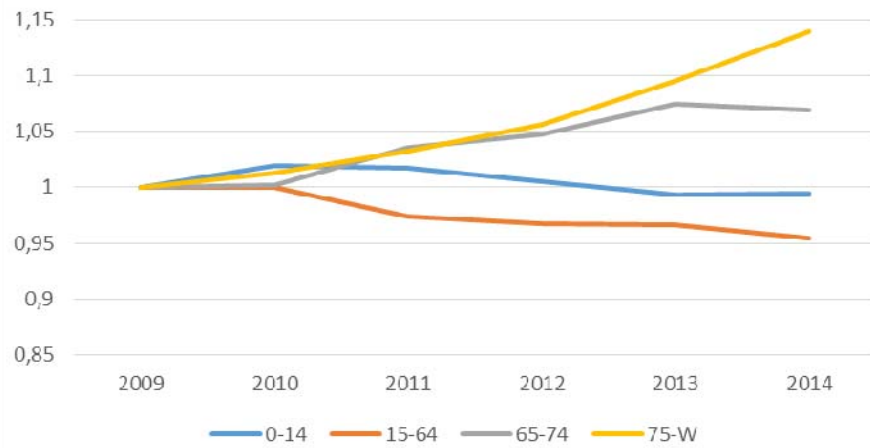
Andamento popolazione AFT GEMONESE



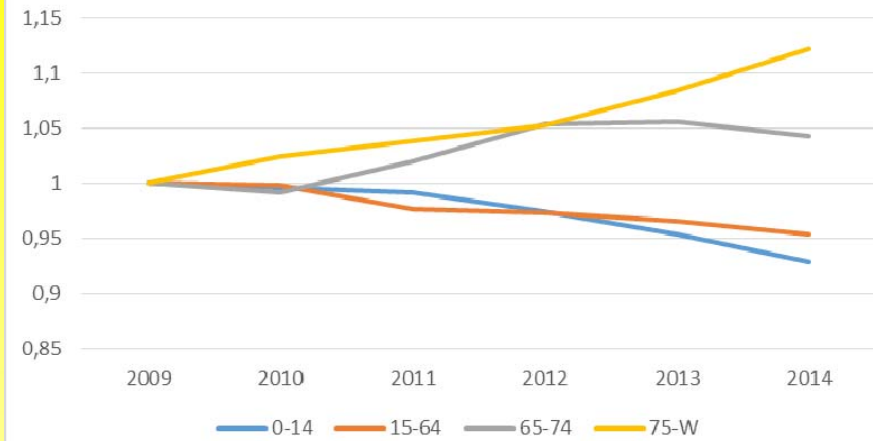
Andamento popolazione AFT VAL CANALE
CANALDEL FERRO



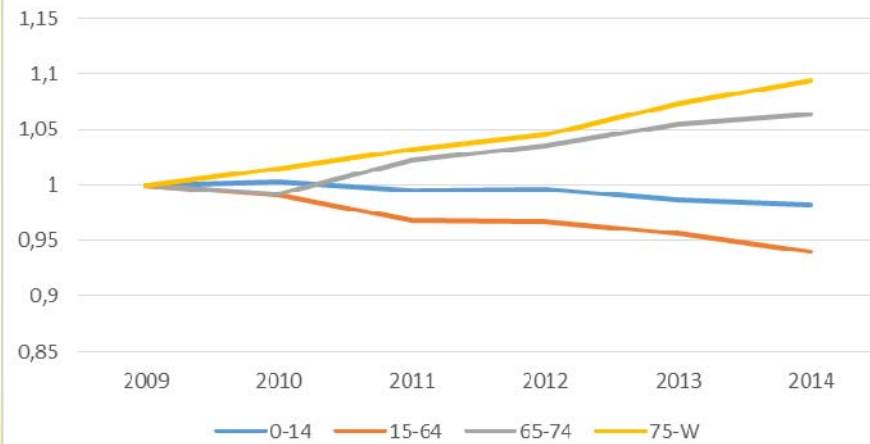
Andamento popolazione AFT DISTRETTO EST D3



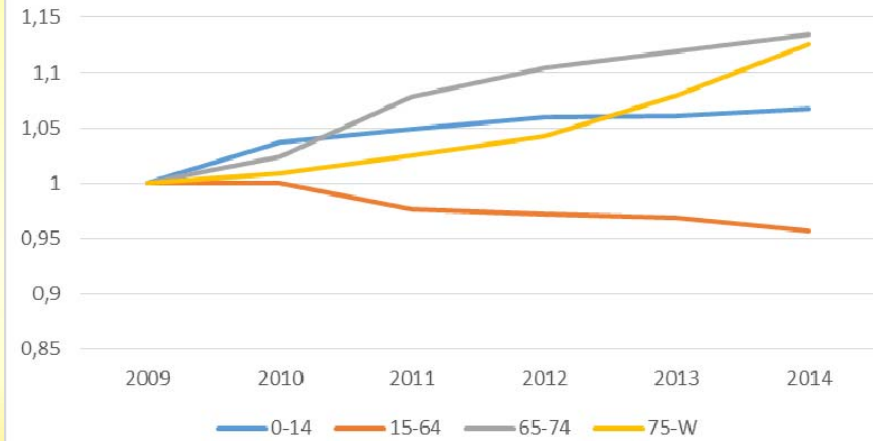
Andamento popolazione AFT OVEST D3



Andamento popolazione AFT DISTRETTO EST D4



Andamento della popolazione AFT OVEST D4



stili di vita

**Indicatori tratti da studio passi
riguardanti:**

- **Attività fisica**
- **Stato nutrizionale**
- **Abitudini all'alcool**
- **Abitudini al fumo**

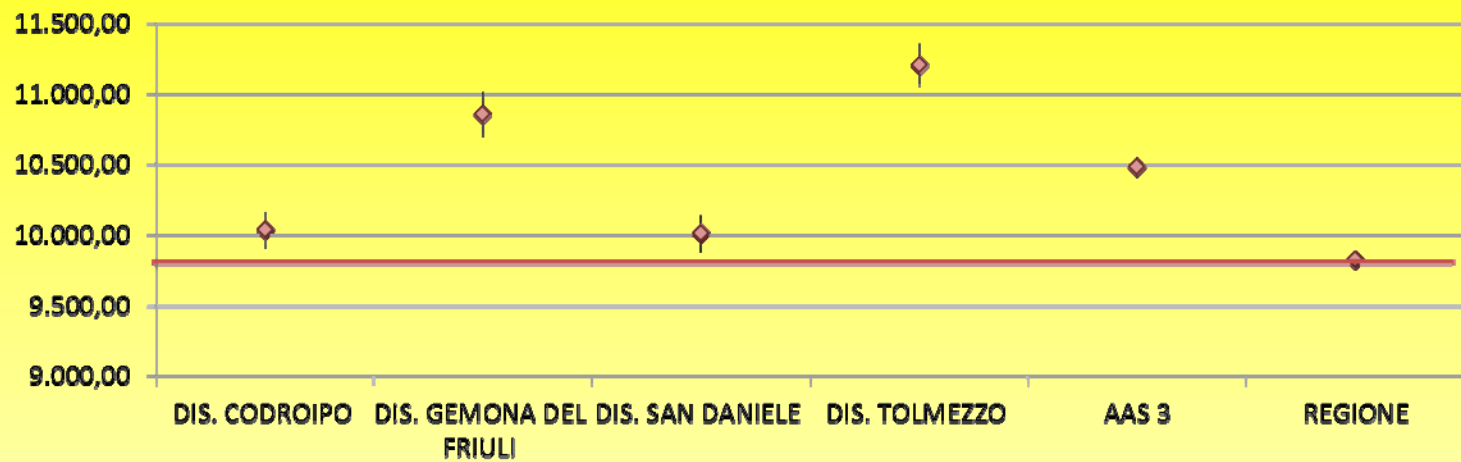
Attività fisica

ATTIVITA' FISICA	Ex ASS3		Ex ASS4		Definizione
	%	IC 95%	%	IC 95%	
Attiva	45,70%	39,7-51,6	37,2%	34,5-39,9	lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni)
Parzialmente attiva	40%	34,3-45,8	44,8%	42,0-47,6	non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati
Sedentaria	14,3%	10,1-14,4	17,9%	15,7-20,1	non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero.

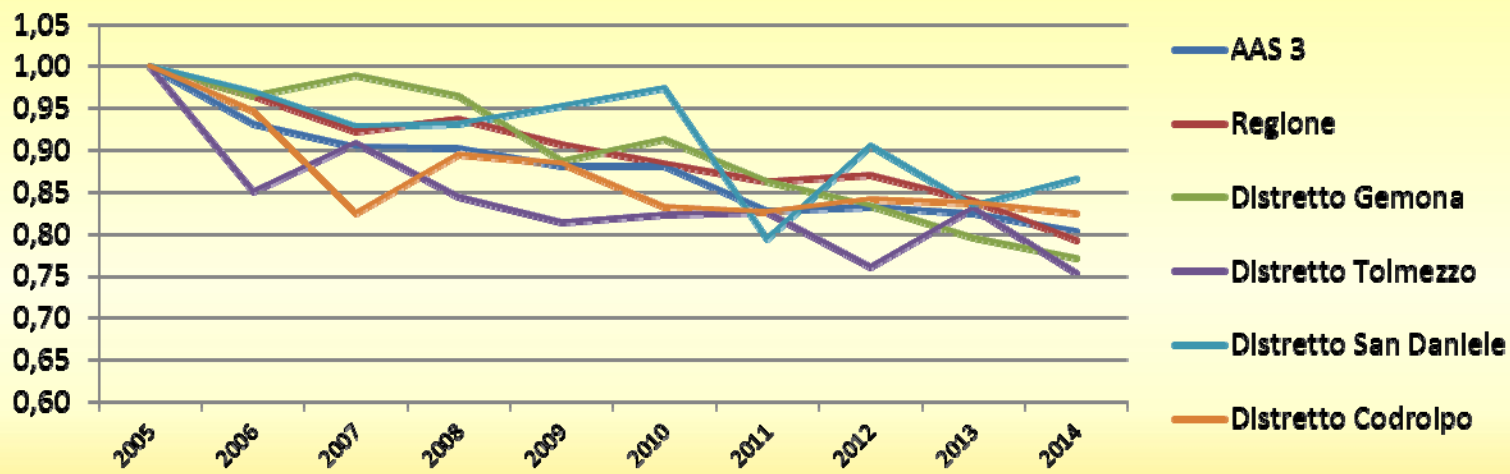
Indicatori di Mortalità

- ✓ Tasso di Anni di vita persi per tutte le cause (tassi standardizzati su popolazione regionale da censimento)
- ✓ Trend dei Tassi di Anni di vita persi per tutte le cause (ultimi 10 anni)
- ✓ Tasso di anni di vita persi per neoplasie maligne
- ✓ Trend dei Tassi di Anni di vita persi per neoplasie maligne (ultimi 10 anni)
- ✓ Tasso di mortalità evitabile per prevenzione primaria (confronto ultimo quinquennio con quinquennio precedente)
- ✓ Trend dei tassi di mortalità evitabile per prevenzione primaria (ultimi 10 anni)
- ✓ Tasso di mortalità evitabile per individuazione e trattamento precoce (confronto ultimo quinquennio con quinquennio precedente)
- ✓ Trend dei tassi di mortalità evitabile per individuazione e trattamento precoce (ultimi 10 anni)
- ✓ Tasso di mortalità evitabile miglioramento del trattamento e delle cure mediche (confronto ultimo quinquennio con quinquennio precedente)
- ✓ Trend dei tassi di mortalità evitabile miglioramento del trattamento e delle cure mediche (ultimi 10 anni)

Tasso standardizzato di anni di vita persi per tutte le cause per 100.000 ab. : 2010-2014



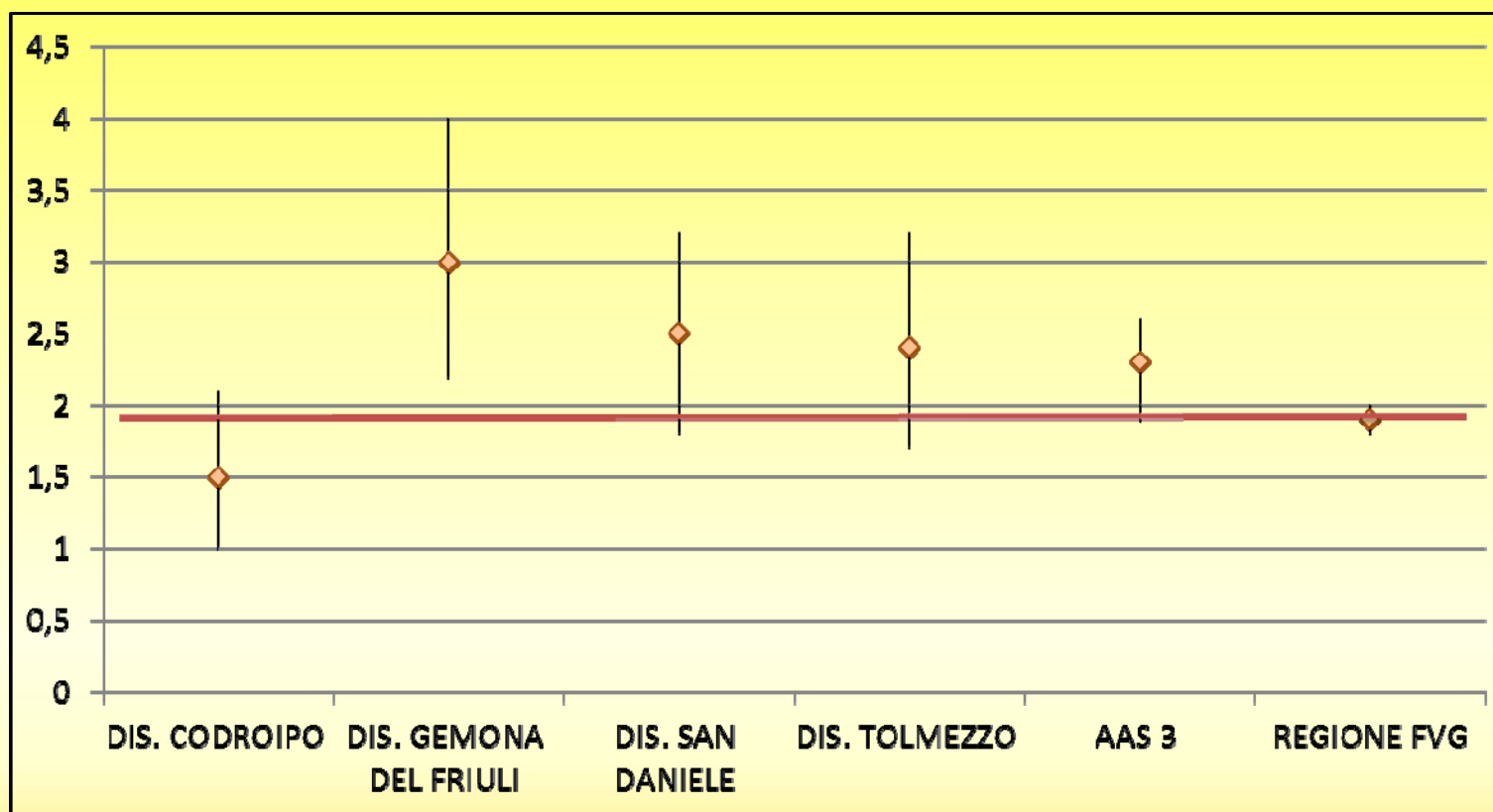
Tasso di anni di vita persi per tutte le cause per 100.000 ab. Indicizzato: TREND 2005-2014



malattie croniche

- ✓ Tasso di ospedalizzazione per complicanze a lungo termine del diabete (età ≥ 18 anni)
- ✓ Tasso di ospedalizzazione per complicanze a breve termine del diabete (età ≥ 18 anni)
- ✓ Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato (età ≥ 18 anni)
- ✓ Tasso di ospedalizzazione per amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici (età ≥ 18 anni)
- ✓ Tasso di ospedalizzazione per broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO) (età ≥ 18 anni)
- ✓ Tasso di ospedalizzazione per insufficienza cardiaca (età ≥ 18 anni)

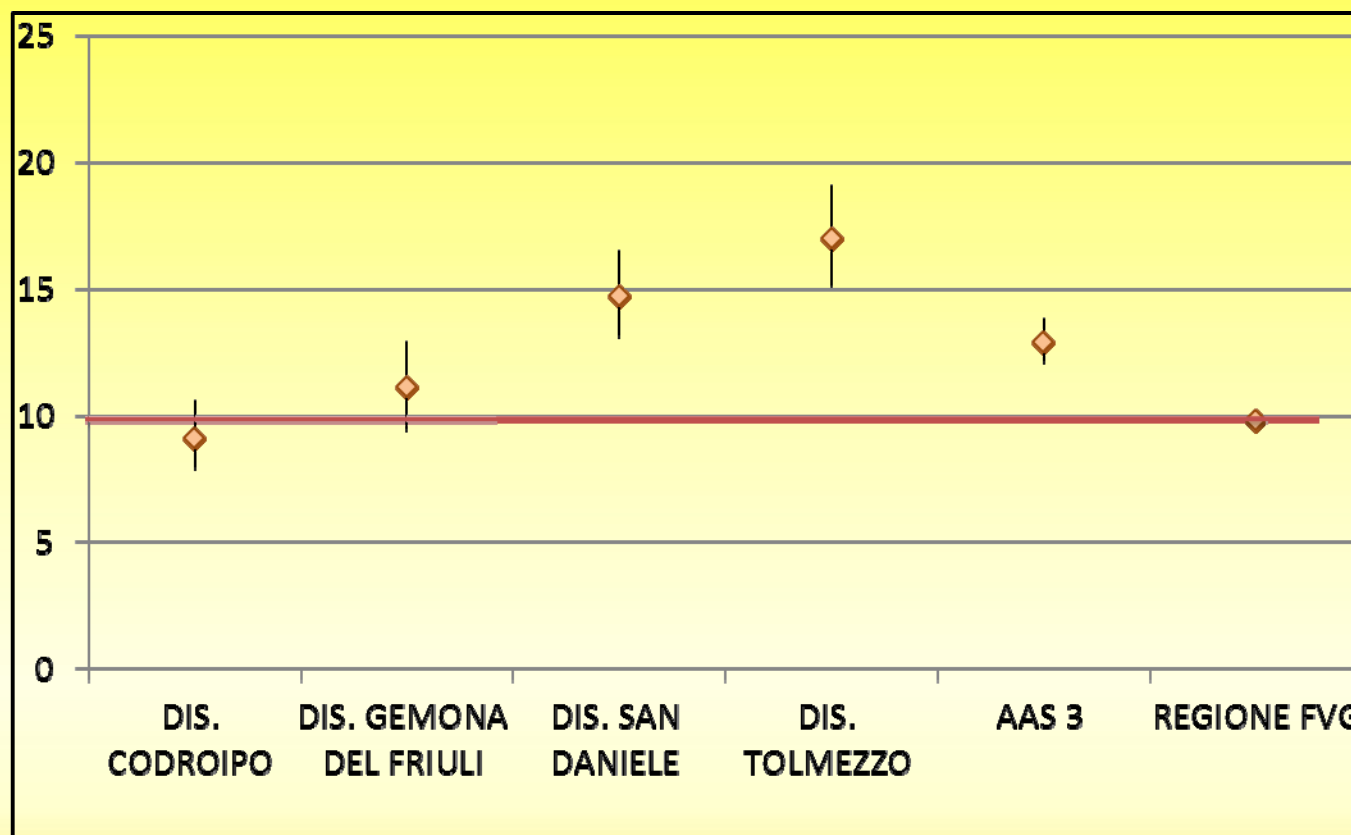
**Tasso standardizzato di ospedalizzazione per amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici (età ≥ 18 anni) per 10.000 ab:
PERIODO 2010-2014**



malattie acute

- ✓ **Tasso di ospedalizzazione per infezione delle vie urinarie (età ≥ 18 anni)**
- ✓ **Tasso di ospedalizzazione per asma (età ≥ 18 anni)**
- ✓ **Tasso di ospedalizzazione per polmonite (età ≥ 18 anni)**

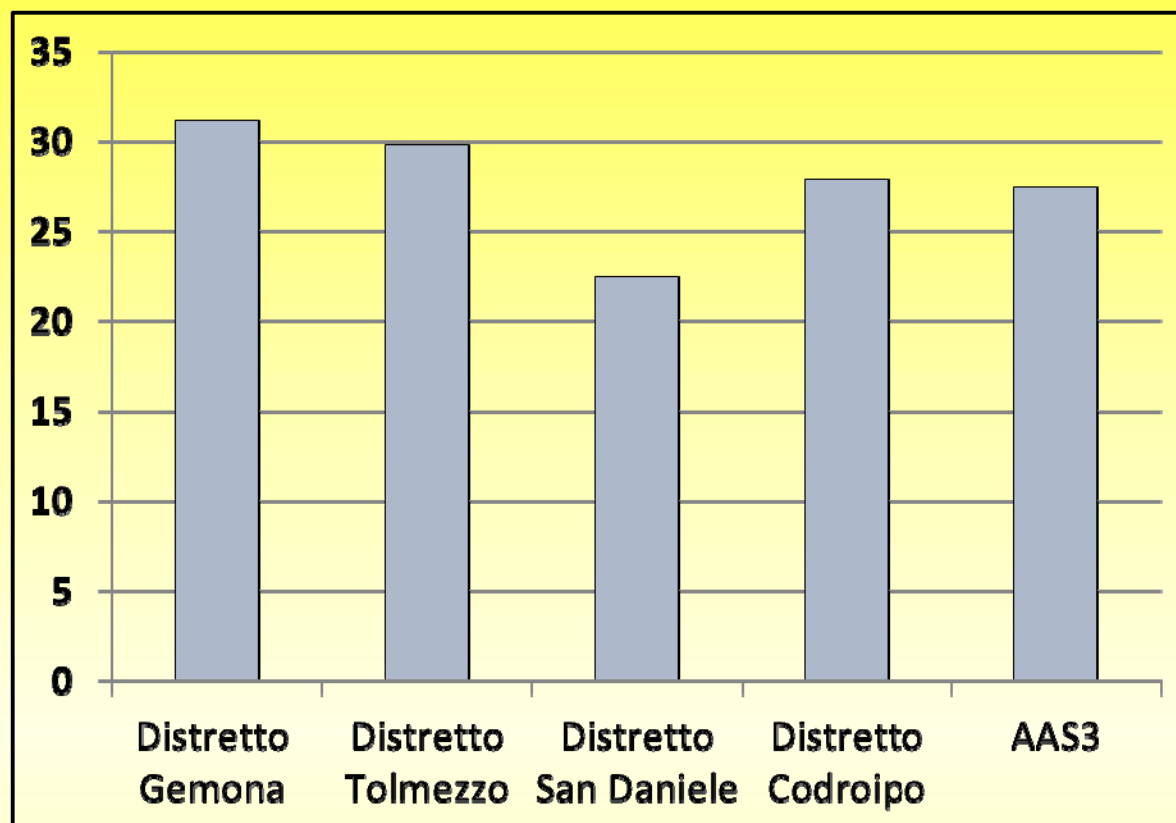
Tasso standardizzato di ospedalizzazione per infezione delle vie urinarie (età ≥ 18 anni) per 10.000 ab. PERIODO 2010-2014



ricorso ai servizi

- ✓ **Tasso di ospedalizzazione**
- ✓ **Tasso di ricorso alle prestazioni ambulatoriali**
- ✓ **Prevalenza di utenti CSM su popolazione ultra 18anni**
- ✓ **Tasso di copertura dei servizi di assistenza domiciliare sulla popolazione ultra 65 enne**
- ✓ **Tasso di ricovero in Rsa su pop ultra 65enne**
- ✓ **Tasso di accesso al Pronto Soccorso per codice colore**
- ✓ **Tasso di accesso al Pronto Soccorso per codice bianco per giorno della settimana**

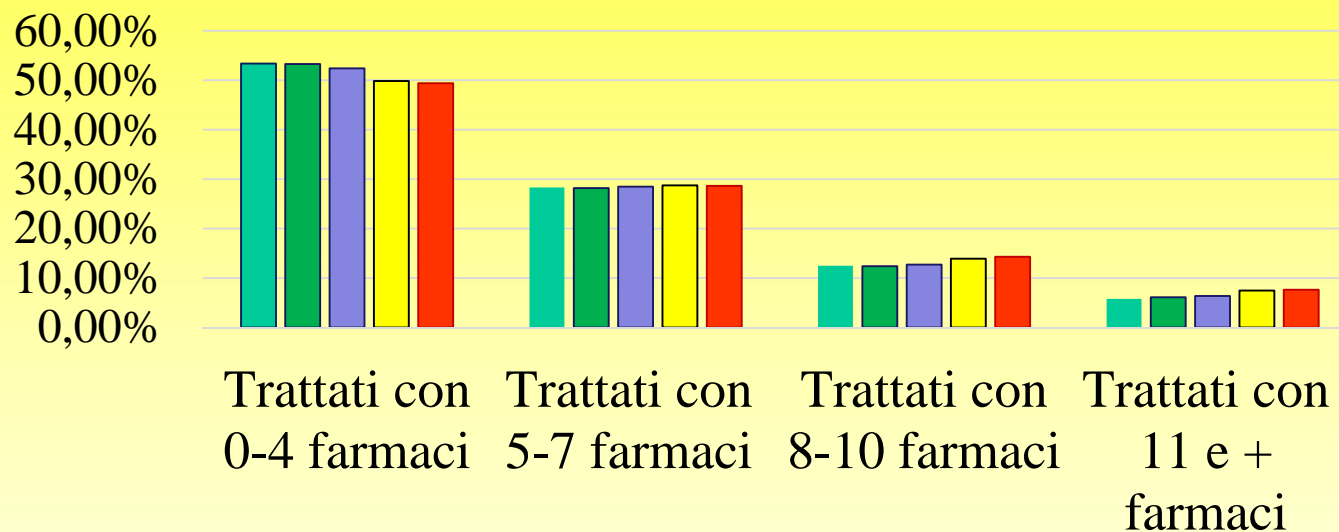
**Tasso di ricovero in RSA AAS3 su popolazione ultra 65enne
per 1000 ab.
ANNO 2014**



Prescrizioni farmaceutiche

- ✓ Indicatori AIFA: % di generici su ATC specifici
- ✓ % pazienti ultra 65 anni per classi di quantità di farmaci prescritti
- ✓ % di pazienti trattati con una sola prescrizione nel periodo per particolari tipologie di farmaci
- ✓ %pazienti esposti a farmaci da evitare (Es. amitirptilina, clonidina compresse, FANS,...)
- ✓ % pazienti esposti a farmaci raramente appropriati (es. IPP, Fluoxetina, Tclopidina)
- ✓ % di farmaci con prescrizioni di farmaco da usare solo per alcune indicazioni
- ✓ Approfondimento su antibiotici e antibiotico resistenze e protocolli di terapia di specifiche patologie?

% Pazienti ≥ 65 anni per classi di q.tà di farmaci prescritti (1° sem 2014)



■ Distretto Tolmezzo
 ■ Distretto San Daniele

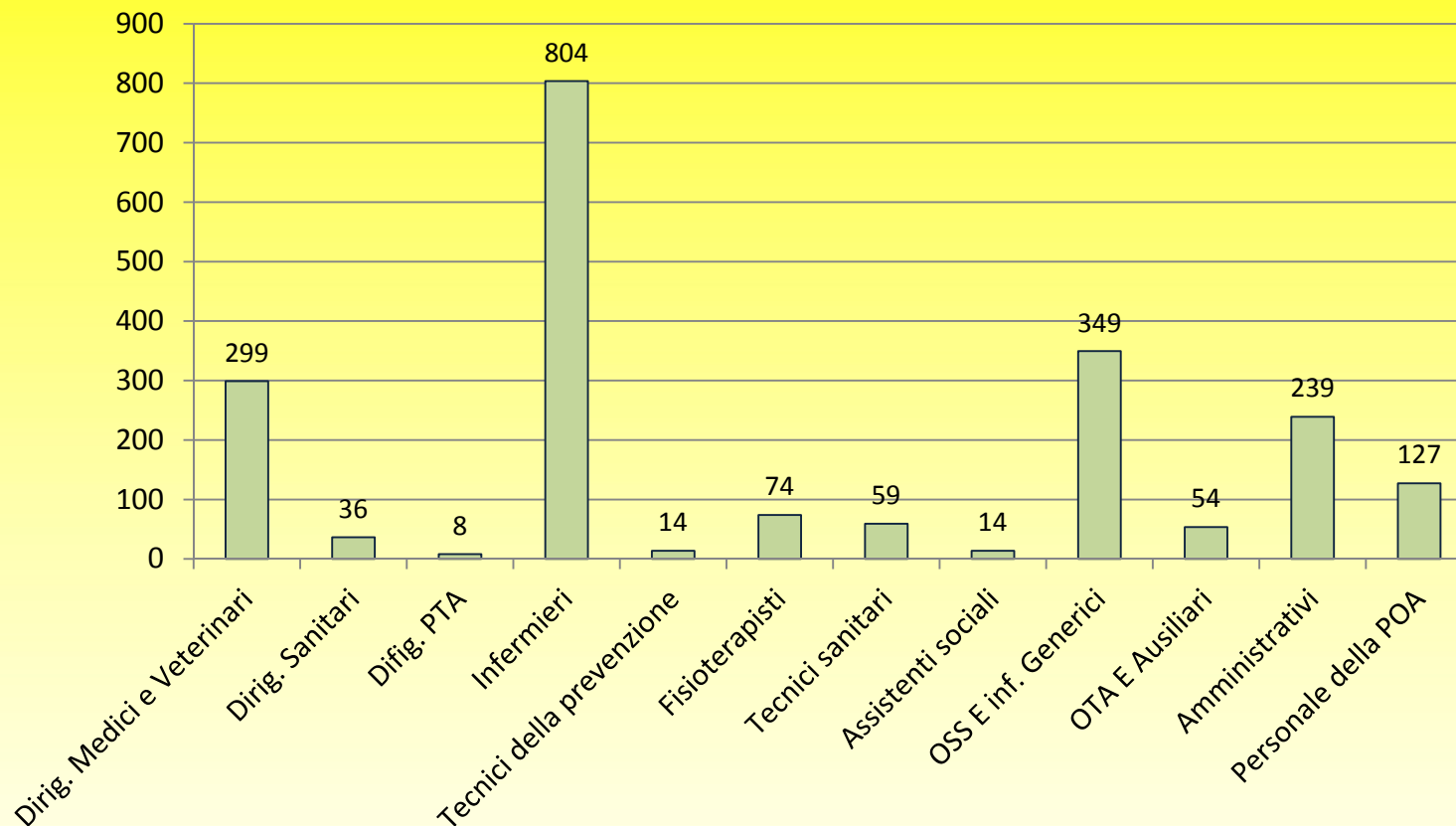
■ Distretto Gemona
 ■ Distretto Codroipo

ATTIVITA' DI PREVENZIONE IN CORSO

VACCINAZIONI: Antipolio	90,5%
VACCINAZIONI: Antiepatite B	89,7%
VACCINAZIONI: Vaccinazioni raccomandate MPR	81,5%
VACCINAZIONI: Vaccinazione contro l'influenza nell'anziano	49,9%
SCREENING: Copertura screening della cervice uterina	65,04% (2013)
SCREENING: Copertura screening della mammella	63,96% (2013)
SCREENING: Copertura screening del colon retto	61,03% (2013)
TUTELA DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO: % di unità controllate sul totale di unità da controllare	360 unità locali nel territorio ambiti Gemona, Tolmezzo, San Daniele e Codroipo
SANITA' ANIMALE: % di allev. controllati per brucellosi bovina/bufalina	>=98% del 20% degli allevamenti
SANITA' ANIMALE: % di allev. controllati per brucellosi ovicaprina	>=98% del 10% dei capi
SALUTE DEGLI ALIMENTI: % dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui	>=98%
SALUTE DEGLI ALIMENTI: % di unità controllate sul totale delle imprese alimentari registrate	6,10%

il personale della AAS 3

TOTALE PERSONALE A.A.S.3 a Gennaio 2015



IMPLEMENTAZIONI DA SCORPORO (COMANDO+TRASFERIMENTO) AVVENUTI DURANTE IL 2015:

2 TECNICI DELLA PREVENZIONE

1 DIETISTA

11 AMMINISTRATIVI

3 TECNICI

1 PSICOLOGA

2 DIRIGENTI PTA

DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE 2016 / 2018

PARTE II

CONTESTO

EQUILIBRIO DI BILANCIO

(le risorse non sono un obiettivo, MA sono un vincolo!)

Obiettivo prioritario dell'Azienda è garantire standard assistenziali ottimali assicurando, nel contempo, il sostanziale equilibrio finanziario del sistema entro i limiti di spesa assegnati dalla Regione.

Determinante è quindi usare nel modo migliore le risorse disponibili.

Per il 2015-2016 sono stati individuati i seguenti obiettivi prioritari:

1. Ridurre dell'1% la spesa per il personale
2. Ridurre del 0,5% la spesa per farmaci e 3% dispositivi medici
3. Mantenere costanti le spese per le manutenzioni

Per raggiungerli è necessario l'impegno di tutti !

i cambiamenti in atto nel ruolo dell'Ospedale

Il ruolo dell'Ospedale, infatti, deve adeguarsi al paradosso per cui in tutto il mondo occidentale pur a fronte di un aumento della popolazione anziana (*e quindi delle patologie cronico-degenerative e del numero dei pazienti "gravi"*) è in atto una contestuale riduzione posti letto per acuti, imposta dalla normativa vigente.

Per buona parte del secolo scorso, il paradigma è stato:

Cura = Ospedale (*l'antico "hospitalis"*)

Negli anni '90, ci si è resi definitivamente conto della insostenibilità di questo modello, e

l'Ospedale è diventato il luogo dove CURARE (solo) I PAZIENTI GRAVI

Oggi neanche questo regge più. Il nostro modello di riferimento diventa:

**in ospedale devono essere curati
solo coloro che ne hanno un reale beneficio**

Il successo dell'Ospedale nel trattare le patologie croniche (es scompenso cardiaco, BPCO, diabete grave, etc), quindi non consiste nell'essere "i più bravi" a curare tutti i malati

MA

nel favorire il miglioramento degli standard di cura da parte di tutta la rete dei servizi (i Distretti, i MMG aggregati nelle nuove forme associative), attraverso **ricerca** (anche di modelli organizzativi innovativi) e la **formazione** (didattica e aggiornamento professionale)

l'epoca della specializzazione

- ✓ I grandi successi della Medicina e della Chirurgia moderne sono dovuti principalmente alla iper-**specializzazione** → l'avanzamento delle conoscenze scientifiche, i progressi tecnologici, la moderna "organizzazione basata sulle evidenze" richiedono professionisti sempre più competenti e specializzati
- ✓ Questo è ben noto a medici, infermieri, fisioterapisti e a tutti i professionisti sanitari, che sempre più cercano collocazioni lavorative in cui la propria professionalità venga valorizzata, ed è riconosciuto dai pazienti che - una volta ottenuto l'inquadramento generale del proprio problema di salute - sempre più spesso si documentano attentamente allo scopo di trovare "il centro migliore" dove essere curati
- ✓ E' per questo che ogni struttura sanitaria (*sia essa ospedaliera o territoriale: nel nostro caso San Daniele, Tolmezzo, Gemona, Codroipo, i singoli punti salute*), deve oggi essere caratterizzata in maniera chiara e riconoscibile da **una "mission" specifica**, che la caratterizzi e la renda "attrattiva" per i pazienti e per **i professionisti migliori**

DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE 2016 / 2018

PARTE III

FASI e TEMPI DELLA PROGRAMMAZIONE



FASI e TEMPI della PROGRAMMAZIONE 2016-2018

proposta **PRIORITA'**

Direzione aziendale allargata

Autunno 2015

individuazione condivisa delle
DIRETTRICI DI SVILUPPO

Collegio di Direzione, Consiglio dei Sanitari,
Direttori, Coordinatori, Sindacati, Collegio dei
Revisori

Autunno 2015

individuazione degli
OBIETTIVI DI BUDGET

**STRUTTURE OPERATIVE,
PROGRAMMI E PROGETTI TRANSMURALI**

NOVEMBRE-DICEMBRE

NEGOZIAZIONE

Aggiornamento **BUDGET ANNUALE**

MONITORAGGIO

AGGIUSTAMENTO
OBIETTIVI
SECONDO
INDICAZIONI
REGIONALI

REPORTISTICA CONSUMI E ATTIVITA'

ogni 1-3 mesi

STATO AVANZAMENTO PROGRAMMAZIONE

ogni 3-6 mesi

VALUTAZIONE FINALE

Valutazione finale

Giugno/Luglio

strumenti che adotteremo

per favorire un coinvolgimento diffuso del personale:

- ✓ Collegio di Direzione
- ✓ Consiglio dei Sanitari

- ✓ Laboratori di idee (*«tavoli di lavoro»*)

- ✓ 4 riunioni all'anno con Direttori SOC
- ✓ 2 riunioni all'anno con il personale
- ✓ Obiettivi specifici assegnati ai Direttori SOC / Dipartimento / Coordinatori aree e piattaforme

- ✓ Intranet ed e-mail

DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE 2016 / 2018

PARTE V

LE DIRETTRICI DI SVILUPPO

MISSION

L'azienda per l'assistenza sanitaria quale ente strumentale della Regione ha il compito di realizzare le finalità del Servizio Sanitario Regionale, impiegando nel processo di assistenza le risorse ad essa assegnate al fine di realizzare un'efficace azione di **PROMOZIONE DELLA SALUTE e CURA DELLA MALATTIA**, attraverso la produzione di servizi sanitari **APPROPRIATI RISPETTO AI BISOGNI DELLA COMUNITÀ**, con modalità che rendano massima l'efficienza nell'uso delle risorse.

Assume la responsabilità di soddisfare il bisogno socio sanitario e socio assistenziale come da delega degli Enti Locali, in stretta **intesa e collaborazione con gli Enti e le Istituzioni Locali stesse.**

VISION - 1

Tutta l'organizzazione dell'AAS 3 è volta alla tutela della salute quale bene collettivo ed individuale ed all'equità di accesso dei cittadini ai servizi socio sanitari, nel rispetto delle scelte degli stessi.

L'assistenza viene prestata con continuità in una costante prospettiva di integrazione: integrazione fra le diverse professioni e discipline; fra sociale e sanitario; fra Ospedale e Territorio.

VISION - 2

La Vision Aziendale, intesa come la proiezione di uno scenario futuro rispecchiante gli ideali, i valori e le aspirazioni e che stimoli l'azione, è orientata a:

- 1.assicurare la continuità della presa in carico**, favorendo l'assistenza globale del paziente attraverso un approccio integrato e multidisciplinare
- 2.assicurare i più elevati standard di qualità** dell'assistenza clinica, certificati da organismi indipendenti internazionali
- 3.attrarre e trattenere i migliori** professionisti della salute
- 4.porre onestà e responsabilità a fondamento** dell'agire
- 5.promuovere la diversità** nelle persone, nelle esperienze, nelle prospettive e nel pensiero
- 6.essere all'avanguardia** dell'innovazione organizzativa in sanità

le parole / gli strumenti chiave

- **VISIBILITÀ E ACCESSIBILITÀ**
 - Servizi contattabili (118 + 116117) e accessibili
 - Sedi fisiche ben identificabili (OSPEDALE + AFT/CAP)
- **PROSSIMITÀ**
 - Progetto di decentralizzazione anagrafe sanitaria
 - Progetto di decentralizzazione servizi alle farmacie
 - Progetti di evoluzione delle residenze per anziani in centri servizi
- **CONTINUITÀ**

Le RELAZIONI fra le persone ed i professionisti ; l' INFORMAZIONE adeguata per scelte consapevoli ; la DOCUMENTAZIONE completa *(revisione secondo standard ACI)*
- **PERCORSI** (declinazione ruoli, responsabilità, competenze...)
 - Diagnostici *(attività ambulatoriale, day service)*
 - Diagnostico-terapeutici *(malattie croniche)*
 - di Osservazione Breve

le parole / gli strumenti chiave

- **APPROPRIATEZZA**

Il setting giusto per il problema giusto, i registri di malattia, il censimento dei casi, l'epidemiologia nominativa

- **AFT**

- La medicina di iniziativa
- I percorsi di accesso programmati
- I percorsi di accesso liberi (apertura AFT/CAP può essere un progetto di continuità assistenziale h 24 in collegamento con attività territoriali ?)

- **SEMPLICITÀ**

- Lean organization dei percorsi amministrativi e clinici
- Accorpamento funzione amministrativa e distributiva di alcuni percorsi (il paziente in un unico giorno e in un'unica sede fa tutto con personale che fa anche educazione sanitaria...es: afir.)

LE 6 DIRETTRICI DI SVILUPPO

OBIETTIVI DI SALUTE

1. ESSERE IN GRADO DI ASSISTERE CON QUALITA' E SICUREZZA I PAZIENTI CRONICI E GRAVI FUORI DALL'OSPEDALE
(in tutti i casi in cui il ricovero in ospedale per acuti non modifica il decorso clinico)
2. GARANTIRE NELL'OSPEDALE PER ACUTI LE MIGLIORI CURE DISPONIBILI SECONDO RICONOSCIUTI STANDARD INTERNAZIONALI PER I PAZIENTI CHE SI PROGRAMMA DI PRENDERE IN CARICO
3. PREVENIRE LE MALATTIE ATTRAVERSO IL MIGLIORAMENTO DEGLI STILI DI VITA DEI CITTADINI E DEI PAZIENTI
4. OFFRIRE OPPORTUNITA' DI INSERIMENTO SOCIALE (INCLUSO L'INSERIMENTO LAVORATIVO / OCCUPAZIONALE - SIA PURE PROTETTO) ALLE PERSONE FRAGILI O DISABILI

OBIETTIVI ORGANIZZATIVI

5. REALIZZARE TUTTE LE ATTIVITA' MINIMIZZANDO IL DIPENDIO DI RISORSE (LAVORO DEL PERSONALE; TEMPO DEI PAZIENTI; RISORSE DEL SSR; RISORSE DELLE FAMIGLIE) → SEMPLIFICARE I PROCESSI ED ELIMINARE TUTTO QUELLO CHE NON PRODUCE VALORE
6. AVVICINARE I SERVIZI AL CITTADINO

**DALLE DIRETTRICI DI SVILUPPO
AGLI OBIETTIVI / INDICATORI / AZIONI CONCRETE**

direttrice	PROGRAMMI - PROGETTI		OBIETTIVI (prevalentemente di salute)	INDICATORI
2,5	1	Percorsi Oncologici	1.1 definire la diagnosi entro 30 gg dal sosp diagnostico	% di casi in cui la diagnosi è completata entro 30 gg dal sospetto sul totale dei casi di tumore fra i residenti
2,5			1.2 iniziare il trattamento entro 30 gg dalla diagnosi	% di casi in cui il trattamento è iniziato entro 30 gg dalla diagnosi sul totale dei casi di tumore trattati in AAS 3
2,5			1.3 garantire un percorso certificato per le donne affette da neoplasia della mammella attraverso l'operatività della breast unit	% di pazienti prese in carico dalla breast unit
2	2	Percorso Nascita	2.1 diminuire le fughe per i parti	n° parti in fuga da AAS 3
2			2.2. aumentare l'attrazione per i parti	n° parti in attrazione da fuori AAS 3
1,4			2.3 aumentare il sostegno alle gravidanze complesse	n° casi per i quali esiste un progetto
4	3	Percorsi Età Evolutiva e Disabilità	3.1 Aumentare gli inserimenti lavorativi protetti	- n° percorsi propedeutici all'integrazione lavorativa - n° nuovi inserimenti nell'anno
4			3.2 Diminuire la % di minori in str residenziali extra regione	prevalenza minori inseriti in str. Residenziali extraregione x 100.000 residenti
1,6			3.3 definire un programma di cure domiciliari per tutti i bambini con patologie croniche gravi (inclusi i tumori)	% bambini che hanno avuto un programma di cure integrato aggiornato almeno 1 volta ogni 6 mesi sul totale di quanti hanno avuto un ricovero ospedaliero per pat. cronica severa o una diagnosi di tumore
1,2			3.4 assicurare un'assistenza adeguata a minori necessitanti di assistenza continuativa di livello medio-alto, anche non tipica di ospedale per acuti	n° p.l. non ospedalieri per minori attivati
1,3,5	4	Percorsi di continuità assist T-H-T	4.1 dimezzare i ricoveri per scompenso cardiaco e BPCO	n° ricoveri per scompenso cardiaco e BPCO
1,2,5			4.2 dimezzare gli accessi in Ospedale di pazienti in residenze extraospedaliere	- n° ricoveri di paz. domiciliati in residenze extraospedaliere - n° accessi in PS di paz domiciliati in residenze extraospedaliere
1,2,5,6			4.3 ridurre del 50% i ricoveri impropri per: - sindrome da allettamento - disidratazione - trasfusioni - motivi assistenziali (esclusi i casi che rientrano nei punti precedenti)	- n° ricoveri per - sindrome da allettamento - disidratazione - trasfusioni - motivi assistenziali (esclusi i casi che rientrano nei punti precedenti)
1,2,5,6			4.4 aumentare la capacità di gestire a domicilio: - polmoniti e sindromi influenzali - procedure per tracheostomie - procedure per PEG	

direttrice	PROGRAMMI - PROGETTI		OBIETTIVI (prevalentemente di salute)	INDICATORI
1,6			4.5 sviluppare la dialisi peritoneale (domiciliare, in particolare nelle zone disagiate o periferiche)	1. % pazienti in dialisi peritoneale domiciliare sul total edei pazienti in dialisi 2. n° pazienti in dialisi peritoneale domiciliare assistita
1,2,5	5	Presidio Gemona	5.1 mantenere una piena integrazione con la funzione ospedaliera per acuti	mediana gg di attesa per trasferimento a SD-T mediana gg di attesa per trasferimento da SD-T
2,3,5			5.2 mettere a punto modelli organizzativi innovativi negoziati con la Direzione	piena funzionalità dei modelli organizzativi (con certificazione esterna) come da cronoprogramma negoziato con la direzione strategica
3	6	Med iniziativa e preventiva	6.1 diminuire la % di fumatori	1) prevalenza fumatori nella popolazione 2) % fumatori che ha ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere di fumare 3) % persone che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro il divieto di fumo è sempre o quasi sempre rispettato
3			6.2 aumentare la prevalenza di persone attive	1) COLLETTIVITA': numero di Comuni aderenti al Patto per la Salute 2) INDIVIDUI: % persone che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di fare attività fisica
3			6.3 portare le coperture degli screening a standard nazionale	1) % di persone che ricevono l'invito 2) % di persone che aderiscono al programma
			Qualcosa sui migranti?	
2,5	7	appropriatezza diagnostica	7.1 aumentare l'appropriatezza degli esami endoscopici	
2,5			7.2 migliorare la tempestività di risposta delle prestazioni intermedie	
1	8	Perc cure palliative e lotta al dolore	8.1 aumentare la % delle persone che muoiono a casa	% di persone che muoiono a casa sul totale
1,2,4,5			8.2 aumentare la % delle persone in fine vita per le quali è formalizzato un piano di cure palliative	% persone per le quali è formalizzato un piano di cure palliative sul totale delle persone che muoiono
3	9		9.1 aumentare la % di persone che assumono quotidianamente frutta e verdura	1) prevalenza di persone di 18-69 anni che consumano almeno 3 porzioni di frutta e verdura al giorno 2) corsi di formazione per operatori sanitari

direttrice	PROGRAMMI - PROGETTI		OBIETTIVI (prevalentemente di salute)	INDICATORI
3,6		Alimentazione e salute	9.2 migliorare la visibilità degli interventi a tutela della filiera degli alimenti di origine animale	Attuare azioni di informazione e comunicazione in tema di sicurezza alimentare con particolare riferimento agli alimenti di origine animale nei confronti dei portatori di interesse (istituzionali e non).
2	10	DIPARTIMENTO MEDICO	riorganizzare le attività della «funzione ospedaliera unica» in modi che favoriscano la specializzazione	Attribuzione e mantenimento dei privilegi specifici
1,2,5			4.2 ridurre la degenza media ospedaliera nel dip medico	
2	11	DIPARTIMENTO CHIRURGICO	11.1 specializzare e qualificare l'offerta di ch oncologica	Attribuzione e mantenimento dei privilegi
2,5,6			11.2 allineare ai migliori standard internazionali il rapporto fra interventi in DS ed in ricovero ordinario	% di interventi effettuati in DS+amb sul totale degli interventi effettuati (indicatore Sant'Anna)
2	13	percorsi operatori	13.1 migliorare l'efficienza d'uso delle sedute operatorie e delle sale operatorie	- tempi di cambio - % di paz. rinviati
2,5,6			13.2 allineare ai migliori standard internazionali il rapporto fra interventi in DS ed in ricovero ordinario	% di interventi effettuati in DS+amb sul totale degli interventi effettuati (indicatore Sant'Anna)
5	99	tutti	Eliminare almeno 10 attività / passaggi burocratici poco utili nel lavoro di ciascuno	- n° di procedure/processi semplificati (documentati)