

## **BUDGET 2016**

### **ALLEGATO 2**

### **PROGETTO COMPLESSIVO AZIENDALE**

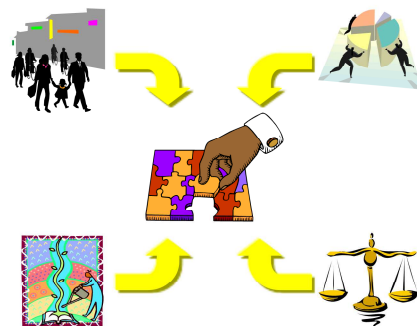
<b>Area Territoriale</b>	<b>5</b>
Distretto 1	6
Distretto 2	20
Distretto 3	37
Distretto 4	50
Dipartimento di Salute Mentale	65
Dipartimento delle Dipendenze	73
Dipartimento di Prevenzione	80
Centro Cardiovascolare	99
Centro Sociale Oncologico	105
Sistema 118	108
Affari Giuridici e delle Attività di Supporto Direzionale	111
Programmazione Strategica	116
Ufficio Relazioni con il Pubblico	118
Direzione Sanitaria	119
Direzione sanitaria - Medico Competente	119
Direzione Sanitaria: Sanità Penitenziaria	120
Direzione sanitaria: Ufficio Progetti Area Sanitaria	121
Servizio Riabilitativo Aziendale	122
Gestione Convenzioni Medicina Generale e Specialistica	123
Verifiche Strutture Pubbliche e Private	126
Affari Generali	127
Risorse correnti: budget di attività assegnato all'area territoriale	129
<b>Funzioni di coordinamento</b>	<b>132</b>
Direzione Infermieristica	133
Farmacia	141
Prevenzione e Protezione Aziendale	151
CUP	156
Gestione del Personale	160
Contabilità e Bilancio	171
Gestione Stabilimenti	176
Logistica e Servizi Economici	184
Informatica e Telecomunicazioni	192
<b>Area ospedaliera</b>	<b>201</b>
<b>Direzione Sanitaria</b>	<b>202</b>
SC Direzione Medica di Presidio	
SC Pronto soccorso	

SSD Technology Assessment	
Altre funzioni ospedaliere afferenti alla DS	
<b>DAI Cardiovascolare</b>	<b>236</b>
SC Chirurgia Vascolare (UCO)	
SC Cardiochirurgia	
SC Cardiologia	
SC Medicina d'urgenza	
<b>DAI di Chirurgia Generale e toracica</b>	<b>292</b>
SC Chirurgia Generale (UCO)	
SC Chirurgia toracica	
SSD Chirurgia senologica	
<b>DAI di Chirurgie Specialistiche</b>	<b>325</b>
SC Clinica Urologica (UCO)	
SC Clinica odontoiatrica e stomatologica (UCO)	
SC Chirurgia Plastica (UCO)	
<b>DAI di Ortopedia Riabilitazione e Medicina del lavoro</b>	<b>368</b>
SC Clinica Ortopedica e traumatologica (UCO)	
SC Medicina del Lavoro (UCO)	
SC Medicina Riabilitativa	
SSD Politrauma apparato locomotore	
SSD Medicina preventiva lavoratori ospedalieri	
<b>DAI Testa e Collo</b>	<b>413</b>
SC Neurochirurgia	
SC Clinica Otorinolaringoiatrica (UCO)	
SC Clinica Oculistica (UCO)	
SC Clinica Neurologica (UCO)	
Day Surgery HM - Degenza comune Day Surgery - Clinica Oculistica	
<b>DAI di Medicina Interna</b>	<b>475</b>
SC I Medica	
SC III Medica	
SC Clinica Medica (UCO)	
SC Medicina Clinica (UCO)	
SC Nefrologia e Dialisi	
SC Clinica Patologie del Fegato (UCO)	
SSD Centro interdisciplinare di emodinamica ultrasonografica	
<b>DAI di Medicine Specialistiche</b>	<b>559</b>
SC Clinica Dermatologica (UCO)	
SC Malattie Infettive	
SC Pneumologia	

SC Gastroenterologia	
SC Geriatria	
<b>DAI Oncologico</b>	<b>622</b>
SC Ematologia clinica	
SC Oncologia	
SC Radioterapia	
<b>DAI di Medicina perioperatoria terapia intensiva ed emergenza</b>	<b>660</b>
SC Anestesia rianimazione e terapia antalgica (UCO)	
SC Anestesia e rianimazione HM	
Complesso Operatorio - HC	
Day surgery HM - Sala operatoria	
<b>DIP di Medicina Trasfusionale</b>	<b>699</b>
<b>DAI di Diagnostica per immagini</b>	<b>717</b>
SC Fisica Sanitaria	
SC Medicina Nucleare	
SC Radiologia HC (UCO)	
SC Radiologia HM	
SSD Radiologia interventistica	
<b>DAI di Medicina di Laboratorio</b>	<b>766</b>
SC Patologia clinica	
SC Microbiologia	
<b>DAI di Patologia e Medicina Legale</b>	
SC Anatomia ed istologia Patologica (UCO)	
SC Medicina Legale (UCO)	
<b>Direzione Amministrativa</b>	<b>794</b>
SC Affari Generali e Legali	
SC Ingegneria clinica	
<b>DIP Supporto alla governance</b>	<b>808</b>
SC Coordinamento relazioni aziendali	
SC Programmazione e controllo	
SC Controllo di Gestione	
SS Aggiornamento e formazione professionale	
<b>Altre funzioni afferenti alla DA</b>	<b>836</b>

L'allegato è predisposto per la consultazione elettronica. I numeri di pagina del sommario si riferiscono al numero progressivo di pagina nel file. I numeri riportati nel piede di pagina sono invece numeri di sezione/scheda





**BUDGET 2016**

**AREA TERRITORIALE**

**Distretto 1**

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore /risultato atteso/tempo
<p>1. <b>Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale</b></p>	<p>1. Ridurre il tasso grezzo di ricoveri per gli indicatori LEA-PAL AHRQ (PQI 1, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16,).</p> <p>2. Ridurre i ricoveri per BPCO, Scompenso cardiaco, Diabete, Polmonite e infezioni del tratto urinario.</p> <p>3. Ridurre i ricoveri ripetuti per lo stesso MDC (periodo tra 30 gg e 6 mesi dal primo ricovero) (indicatori Sant'Anna).</p> <p>4. Ridurre i ricoveri potenzialmente inappropriati (ricoveri medici LEA Patto salute).</p>	<p>Direttore di distretto</p> <p>Il Responsabile di Distretto, per perseguire questi obiettivi, si avvarrà di tutta l'articolazione operativa distrettuale, dei rapporti con la Medicina Generale (in particolare con le nuove forme di aggregazione) e i PLS, le strutture convenzionate e le componenti aziendali ospedaliere, svolgendo anche ruolo di committenza su prestazioni e percorsi in relazione ai bisogni della popolazione servita.</p>	<p>1. Performance migliore rispetto al 2015.</p> <p>2. Performance migliore rispetto al 2015 (somma delle patologie).</p> <p>3. Performance migliore rispetto al 2015.</p> <p>4. Performance migliore rispetto al 2015.</p>
<p>2. Dare evidenza di tutti i progetti/interventi aziendali di promozione alla salute e integrazione sociosanitaria attraverso la costruzione di un <b>"Catalogo aziendale"</b> come previsto dal decreto n. 545 del 23.12.2015</p>	<p>1. Censimento dei progetti/interventi aziendali di promozione alla salute e integrazione sociosanitaria già in essere</p> <p>2. Stesura dei progetti nello specifico format aziendale sociosanitario al fine di inserirli nel database aziendale</p> <p>3. Implementazione dei nuovi progetti seguendo le linee guida sociosanitarie aziendali</p>	<p>Direttore di distretto Barbara landerca</p> <p>Personale individuato con il decreto n. 385 del 17.09.2015: Sabrina Gasperi Michela Degrassi</p>	<p>1. 30 Giugno 2016</p> <p>2. 30 Settembre 2016</p> <p>3. 31 Dicembre 2016</p>
<p>3. Riduzione dei ricoveri per patologie croniche. Garantire l'assistenza sanitaria Distrettuale agli ospiti delle</p>	<p>Presenza in carico distrettuale degli ospiti delle residenze per anziani non convenzionate segnalati ai servizi distrettuali da MMG di riferimento della persona</p>	<p>Direttore di Distretto Struttura Semplice Cure Ambulatoriali e Domiciliari. SS Anziani e Residenze</p>	<p>n. assistiti presi in carico/totale dei segnalati=100%</p>

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore /risultato atteso/tempo
<b>residenze per anziani</b> non convenzionate (1646 pl*) per afferenza territoriale * dato aziendale		(Distretto 1)	
4. Riduzione dei ricoveri per patologie croniche. <b>Presa in carico domiciliare.</b>	Presenza in carico Distrettuale domiciliare delle persone con polipatologie croniche e con incapacità motoria segnalate dagli MMG e/o dalla continuità assistenziale ospedale-territorio	Direttore di Distretto Struttura Semplice Cure Ambulatoriali e Domiciliari SS Anziani e Residenze (Distretto 1) SSD Riabilitazione	n. assistiti presi in carico/totale dei segnalati= 100% valore atteso > a 8000* utenti presi in carico * dato aziendale
5. Riduzione dei ricoveri per patologie croniche. <b>Appropriatezza utilizzo delle RSA.</b>	Mantenere elevato livello di appropriatezza dei ricoveri e della attività presso le RSA afferenti ai distretti	Direttore di Distretto SS. Anziani e Residenze (Distretto 1)	Indice di turnover < 1,5 * * dato aziendale
6. Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e <b>continuità assistenziale.</b>	Garantire le valutazioni intra-ospedaliere secondo protocollo di continuità ospedale-territorio in atto perseguendo la massima integrazione tra i Distretti e i reparti ospedalieri	Direttore di Distretto SS. Anziani e Residenze SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari SSD Riabilitazione	n. assistiti valutati/totale dei segnalati=100% valore atteso > di 5000* * dato aziendale
7. Garantire l'assistenza sociosanitaria alla popolazione di riferimento nell'area <b>materno-infantile</b> al fine di evitare percorsi di istituzionalizzazione extraterritoriali dei minori nonché la prevenzione e il contrasto al disagio familiare.	1. Mantenere lo standard quantitativo e qualitativo della presa in carico dei minori che afferiscono ai servizi distrettuali 2. Mantenere lo standard quantitativo e qualitativo della presa in carico delle problematiche inserenti le funzioni consultoriali	Direttore di Distretto SS TSBA SS Consultorio F	1. n. minori in carico >= 2500* 2. n. persone in carico >= 7000* * dato aziendale
8.	1.	Direttore di Distretto	1.

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore /risultato atteso/tempo
Sviluppare il governo e l' <b>assetto organizzativo degli MMG</b>	<p>Individuazione delle modalità di verifica dei compiti degli MMG di cui al punto 1 dell'AIR.</p> <p>2. Negoziazione degli obiettivi specifici, indicatori di processo e/o di esito indicati dalla Direzione Generale, con coordinatore dell'AFT/UDMG e attuazione del processo di valutazione di cui al punto 3.7 dell'AIR</p>		<p>Stesura di protocollo. Dicembre 2016.</p> <p>2. Conclusione della negoziazione e presentazione obiettivi AFT entro due mesi dalle indicazioni della Direzione Generale.</p>
<p>9. Attuazione pianificazione locale nelle aree di integrazione socio-sanitaria</p> <p>Obiettivi distrettuali di mandato: Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale (da 1 a 4)</p>	<p>1. Realizzazione della presa in carico socio-sanitaria integrata, compresa la somministrazione della scheda <b>PAM</b>, rivolta a persone con malattia cronico-degenerativa (Scompenso cardiaco, BPCO, diabete mellito) con particolare attenzione alle persone con ricoveri ripetuti.</p> <p>2. Realizzazione della presa in carico di persone in condizioni di franca terminalità con il supporto e la collaborazione dell'Hospice, CSO o altri servizi attinenti</p> <p>3. Produzione report complessivo dei casi (patologia, unità operative coinvolte, esito della presa in carico)</p>	<p>SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari Personale medico, infermieristico e OSS Servizio Infermieristico Domiciliare</p>	<p>Presenza in carico integrata di almeno <b>40</b> soggetti affetti da patologia lunga di durata o in fase terminale con progetto personalizzato e valutazione scheda PAM (per az. 1). Dal 1/5/2016 al 31.12.2016. <i>Fonte: Cartella Infermieristica</i> Report complessivo dei casi (patologia, unità operative coinvolte, esito della presa in carico)</p>
<p>10. PAL Linea 3.3.1. Lo sviluppo dell'assistenza primaria Obiettivi distrettuali di mandato: Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità</p>	<p>1. Segnalazione da parte delle strutture distrettuali (o altre fonti) di pazienti affetti da <b>BPCO avanzata, polipatologia complessa o in condizioni di terminalità</b> (oncologica e non) con necessità di cure palliative e/o trasfusioni a domicilio</p> <p>2. Valutazione di almeno 20 pazienti, in sede</p>	<p>Antonella Benedetti</p>	<p>1. Raccordo con il MMG nel 100% delle segnalazioni pervenute dal 1/06/2016. <i>Fonte: segnalazione scritte o e-mail da continuità assistenziale o altri servizi</i></p> <p>2. Valutazione e presa in carico in raccordo con MMG di almeno 20 pazienti segnalati con malattia respiratoria</p>

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore /risultato atteso/tempo
assistenziale (da 1 a 4)	ospedaliera, distrettuale o a domicilio finalizzata alla presa in carico sanitaria, alla realizzazione e alla gestione delle problematiche cliniche prevalenti in integrazione con MMG		cronica, terminalità o polipatologia. <i>Fonte: cartelle cliniche distrettuali e/o referti di visita</i>
11. PAL 3.6.1 Applicazione del sistema di valutazione multidimensionale Valgraf	Garantire la valutazione multidimensionale <b>Valgraf</b> di tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento (giudicato idoneo dall'UVD) presso un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato.	S.S. Anziani e Residenze	Il 100% delle persone accolte presso un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato hanno la valutazione multidimensionale Valgraf.
12. PAL 3.6.1 Sistemi informativi	Monitorare, verificare ed eventualmente sollecitare l'utilizzo sistematico dello strumento VMD Val.Graf. -FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e <b>SIRA-FVG</b> nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio.	S.S. Anziani e Residenze	Ogni Distretto ha in evidenza un report che evidenzia le verifiche trimestrali e le eventuali sollecitazioni (trimestrali) ai servizi residenziali e semiresidenziali per anziani convenzionati del proprio territorio in merito all'utilizzo sistematico dello strumento VMD Val.Graf. - FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA.
13. PAL 3.6.1 Monitoraggio e promozione della <b>qualità all'interno delle residenze per anziani.</b>	1. Proseguire nelle attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni precedenti e realizzare nuove visite di audit approfondite presso le strutture residenziali (PFN di fascia A e Strutture protette) convenzionate con il Distretto 1, come da regolamento regionale. 2. Provvedere a redigere e trasmettere, entro il primo semestre 2016, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte negli anni precedenti.	S.S. Anziani e Residenze	Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani: - almeno 3 nuove visite di audit - relazione illustrativa delle attività svolte negli anni precedenti
14. PAL 3.3.2 Programmazione degli	1. Consolidamento della rete e delle modalità di presa in carico nel settore delle demenze	Luisa Besanzini Vladimir Selmo	Applicazione del PDTA approvato nell'100% dei nuovi casi che afferiscono al CDDD del Distretto, al fine di consolidare la rete di presa in carico nel settore delle

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore /risultato atteso/tempo
interventi socio-sanitari. Sviluppo di progetti nel settore delle demenze in una logica di rete integrata dell'offerta socio-sanitaria	applicando il <b>PDTA Demenze/Deterioramento cognitivo</b> già approvato nel 2013 (vedi prot. N. 54697/GEN. I. 1 A del 18/11/2013). 2. Integrazione H-T per i casi con necessità di completamento diagnostico/trattamento in ambiente ospedaliero.		demenze.
15. 3.3. ASSISTENZA PRIMARIA 3.3.1. Lo sviluppo dell'assistenza primaria <b>Acquisire competenze assistenziali</b> per la presa in carico proattiva di persone con patologie a lungo termine al fine di evitare riacutizzazioni e accessi impropri in ospedale	1. Predisposizione di uno strumento per la valutazione dei bisogni formativi degli infermieri in relazione alla presa in carico "proattiva" dei cittadini con malattie di lunga durata. 2. Valutazione del bisogno formativo degli infermieri afferenti la SC Adulti e Anziani e la SSD Servizio Infermieristico con lo strumento di cui al punto x.1 e confronto con la Job Description dell'infermiere di Assistenza Primaria in base al modello delle competenze. 3. Definizione del piano formativo con evidenza dei percorsi formativi da attivare (FSC- stage - residenziali) 4. Predisposizione dei percorsi formativi prioritari	Dirigente Infermieristica Barbara Ianderca	1. Entro il 31/10/16 Presenza del piano formativo con evidenza della valutazione del bisogno formativo (azioni 1-3)  2. Entro il 31/12/16 Almeno 2 percorsi formativi attivati
16. PAL 2016 Progetti attinenti le attività clinico assistenziali <i>3.4.6 erogazione dei livelli di assistenza (riduzione numero di ricoveri)</i> <i>-Consolidare modalità proattive</i>	1. A partire dai dati dei ricoveri di <b>microarea</b> disponibili, individuazione delle priorità di intervento a partire dalle persone con ricoveri per patologia a lungo termine e ricoveri ripetuti ( assegnazione di codice colore: rosso, giallo, verde, bianco) 2.	Dirigente Infermieristica Barbara Ianderca P.O.SC Tutela Adulti e Anziani Darinka Daneu <b>Dirigente Responsabile SS Cure</b>	1. Presenza di scheda con priorità definita  2.

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore /risultato atteso/tempo
<p><i>mirate alla conoscenza degli abitanti per l'identificazione delle aree di bisogno sociosanitario;</i>  <i>-Attivare la presa in carico precoce a favore di assistiti residenti nelle microaree distrettuali mediante un percorso strutturato.</i></p>	<p>Definizione dell'équipe di riferimento per ogni <b>microarea</b></p> <p>3. Definizione dei canali informativi di continuità e delle modalità operative delle équipe di microarea (individuazione delle persone da conoscere; definizione delle priorità; attivazione di UVD/Servizio; definizione del progetto personalizzato)</p> <p>4. Conoscenza, valutazione e definizione del progetto personalizzato a favore di persone consenzienti che abitano nelle MA distrettuali con evidenza della modalità di intervento da parte dell'MMG nei singoli progetti</p> <p>5. analisi delle azioni dei gruppi con reportistica conclusiva</p>	<p><b>Ambulatoriali e Domiciliari</b> Antonella Benedetti</p> <p><b>Responsabili Infermieristiche SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari</b> Sandra Giussi Raffaella Fonda Claudia Buri</p> <p><b>SS Anziani e Residenze</b> Sabrina Vigliani SSD Riabilitazione Maria Kufersin</p> <p><b>SS Consultorio Familiare</b> Barbara Derota SS BADoF Lorena Castellani</p> <p><b>Referenti e operatori di Microarea:</b> Michela Degrassi Pietro Cossetti Teresa Perfetto</p>	<p>Definizione dell'équipe e presenza di istruzione operativa</p> <p>3,4. a) 100% delle persone individuate con codice colore rosso e giallo, hanno un progetto personalizzato e un riferimento professionale b) evidenza delle persone inserite in ADP o ADI da parte dell'MMG; c) presenza di calendario di contatto delle persone con codice verde</p> <p>5. report conclusivo con analisi dei risultati di salute e valutazione dei protocolli e delle procedure</p>
<p>17. PAL 2016 Progetti attinenti le attività clinico assistenziali <i>3.4.6 erogazione dei livelli di assistenza (riduzione numero di ricoveri)</i> Attivare i soggetti terzi e le risorse della comunità per</p>	<p>1. Segnalazione al referente di MA delle persone con patologia oncologica o altra patologia in fase terminale in carico al SID, da parte degli infermieri di riferimento per ciascuna <b>Microarea.</b></p> <p>2. Valutazione delle persone segnalate consenzienti da parte della/del referente di</p>	<p>Cure Ambulatoriali e Domiciliari (SID)</p> <p>Referenti Microaree</p>	<p><b>1.</b> 100% delle persone individuate sono segnalate ai referenti di Microarea</p> <p><b>2.</b> 100% delle persone individuate da az. 1 hanno un progetto budget di salute con</p>

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore /risultato atteso/tempo
favorire la permanenza nel proprio contesto di vita delle persone in stato di terminalità	MA ed attivazione di soggetti terzi con strutturazione di un progetto budget di salute.		l'individuazione/attivazione dei soggetti terzi che costituiscono la rete di sostegno 31/12/16
18. 3.5 .3 Assistenza farmaceutica promuovere azioni di incentivazione all'impiego dei medicinali dal miglior profilo costo/beneficio	Incremento dell'uso di insulina basale glargine biosimilare ed educazione al corretto utilizzo del device	Tutto il personale della S.S. Centro Diabetologico	Prescrizione di insulina glargine biosimilare all'80% dei pazienti con diabete mellito tipo 2, naive alla terapia insulinica, che vengono avviati a terapia insulinica basale dal 1 luglio 2016 ed educazione al corretto utilizzo del device . Fonte: cartella diabetologica My Star
19. 3.5.7 Assistenza farmaceutica Monitoraggio e verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa dei pazienti diabetici al fine di razionalizzare la spesa e dei consumi di tali prodotti, soprattutto con riferimento ai limiti massimi prescrivibili dei dispositivi per diabetici	1. Monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni di strisce per l'autocontrollo della glicemia ("Test Glicemia" - 7AB1B01) attraverso il sistema repository, con riferimento alle classi prescrittorie stabilite dagli Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito, con produzione di un report, entro dicembre 2016. 2. Effettuazione nel corso dell'anno di incontri di confronto/audit con i prescrittori.	Resp. SS Diabetologia Alessandra Petrucco  in collaborazione con Gruppo di Lavoro Dipartimentale di Epidemiologia e SS Vigilanza sull'erogazione dell'Assistenza Farmaceutica	1. Elaborazione ed invio di un documento di sintesi dei risultati alla Direzione Strategica entro 31 Dicembre 2016  2. Effettuazione di due di incontri di confronto/audit con i prescrittori entro il 31/12/2016
20. 3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari Diabete Obiettivo aziendale, con DGR n. 1676 del 28 agosto 2015 sono stati adottati i documenti sul diabete gestazionale e sul percorso integrato regionale sulla malattia diabetica che dovrà essere applicato nel corso del 2016.	1. Continuità del percorso sul diabete gestazionale già in atto negli anni precedenti con particolare attenzione alle donne che non eseguono il follow-up post partum come indicato dal documento regionale sul diabete gestazionale	Tutto il personale della S.S. Centro Diabetologico	Recall telefonico del 100% delle donne affette da diabete gestazionale che non si sono presentate alla visita di controllo post partum nel 2016, per valutazione di curva da carico e programmazione di nuova visita diabetologica nella donne consenzienti.



Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore /risultato atteso/tempo
<p>21. 3.4.2. PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALI Emergenza urgenza Prosecuzione dell'attività del tavolo PDTA ictus con monitoraggio dei percorsi riabilitativi dei pazienti dimessi dalla SC Medicina Riabilitativa con diagnosi di ictus.</p>	<p>1 Revisione dei documenti in essere per la continuità dalla SC Medicina Riabilitativa e predisposizione di un documento, alla luce dell'applicazione del PDTA regionale ICTUS, con la descrizione di una modalità condivisa di continuità. 2 Presenza in carico e follow up dei pazienti con esiti di ICTUS ricoverati nella SC Medicina riabilitativa e dimessi verso.</p>	<p>Dirigenti SSD Riabilitazione Distrettuale</p>	<p>1. Redazione di un protocollo operativo condiviso per la continuità dalla SC Medicina Riabilitativa, alla luce dell'applicazione del PDTA regionale ICTUS, entro 30/9/2016. 2. Presenza in carico e follow up di almeno il 90% dei pazienti segnalati con esiti di ICTUS ricoverati nella SC Medicina riabilitativa, come da protocollo concordato, dal 1/10/2016.</p>
<p>22. 3.3.2 PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIO-SANITARI Percorso di continuità riabilitativa e PDTA ictus e frattura di femore. Miglioramento e monitoraggio del percorso riabilitativo delle persone ricoverate presso le RSA utilizzando modalità valutative oggettive e condivise</p>	<p>1. Predisposizione di una scheda per la valutazione dei bisogni riabilitativi delle persone ricoverate presso le RSA. 2. Condivisione della scheda con il personale di riabilitazione delle RSA e SS Anziani e Residenze. 3. Utilizzo sperimentale della scheda riabilitativa precedentemente condivisa 4. Verifica del percorso adottato.</p>	<p>Personale del comparto SS Dipartimentale di Riabilitazione Distrettuale</p>	<p>1. Redazione scheda di valutazione dei bisogni riabilitativi entro 30/08/2016. 2. Evento formativo sul campo con il personale della SSD di Riabilitazione distrettuale, la referente di area riabilitativa aziendale, SS Anziani e Residenze e il personale della RSA per l'utilizzo della nuova scheda di valutazione entro 30/09/16. 3,4. Dal 15 ottobre 2016, almeno l'80% delle persone verranno valutate secondo le nuove modalità. Relazione sulla sperimentazione dell'utilizzo delle schede di valutazione dei bisogni riabilitativi 31/12/2016.</p>
<p>23. 3.2.8. PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE Prevenzione degli incidenti domestici . Gestione a domicilio di persone parzialmente/ non autosufficienti</p>	<p>1. Valutazione tramite check list delle modalità di movimentazione da parte di care givers come prevenzione di incidente domestico. 2. Rilevazione tramite scheda delle inadeguatezze ambientali, del piano degli ausili in uso e loro congruità con il progetto</p>	<p>Personale del comparto SS Dipartimentale di Riabilitazione Distrettuale</p>	<p>1. Redazione di una check list per la valutazione delle modalità di movimentazione da parte del care givers a domicilio di persone non/parzialmente autosufficienti entro 30/06/2016. 2. Compilazione di 25 check list predisposte entro il 31/12/2016.</p>

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore /risultato atteso/tempo
	assistenziale della formazione dei care givers 3. Proposta di intervento di bonifica per ridurre il rischio di incidenti domestici da movimentazione.		3. Relazione con analisi delle azioni di miglioramento messe in atto - 31/12/2016.
24. PAL 2016 Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP) Progetto Afrodite "Meglio Sapere Tutto"- la promozione dei comportamenti protettivi nella sfera delle relazioni affettive e sessuali: prevenire le MST, l'uso di sostanze ed altri comportamenti a rischio attraverso la metodologia della Peer Education. Obiettivo interdistrettuale	Partecipazione del personale dei CCFF alle attività del gruppo di coordinamento di progetto avviato con gli istituti professionali: 1. Cooproygettazione e realizzazione di un percorso di formazione per gli insegnanti degli istituti professionali coinvolti 2. Cooproygettazione di un programma di intervento specifico per gli istituti professionali coinvolti, attraverso la metodologia della Peer Education.	Tutto il personale della S.S.C.F.	Report sull'attività svolta entro il 31.12.2016 comprendente: 1. Percorso formativo coproygettato e realizzato sulle tematiche di interesse del progetto rivolto agli insegnanti degli istituti professionali coinvolti realizzato 2. Programma delle attività da avviare negli istituti professionali nell'anno scolastico 2016/17.
25. PAL 2016 3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari: mantenere e migliorare la continuità assistenziale territorio- ospedale territorio nelle situazioni di fisiologia, con particolare attenzione post dimissione dalla maternità e di rischio psicosociale.	1. Sperimentazione dell' utilizzo della domiciliarità nelle gravidanze a rischio psicosociale a nuovi casi di donne in situazione di gravidanza a rischio psicosociale (individuate sulla base dei criteri individuati in condivisione con IRCCS Burlo al tavolo in atto per la stesura del protocollo condiviso su "gravidanza a rischio psicosociale"*). <i>*(età inferiore 18 anni, diagnosi di gravidanza dopo le 20 settimane, nucleo con problemi di dipendenza patologica e/o disturbo di salute mentale, disagio</i>	Tutto il personale della S.S.C.F.	Almeno 5 nuovi casi di donne in gravidanza a rischio psicosociale (individuate secondo i criteri) con parto nell'anno 2016 prese in carico con almeno 3 visite domiciliari.

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore /risultato atteso/tempo
	<p><i>socio-economico grave, abuso, maltrattamento, violenza domestica, pregressa o attuale morbidità e/o mortalità in gravidanza, gravi eventi traumatici (lutto, aborto, conflittualità di coppia) nell'ultimo anno, nucleo familiare con disabilità psichica e/o fisica, scarso o assente supporto familiare/sociale, nucleo con provvedimenti dell'autorità giudiziaria relativi a minori).</i></p> <p>2. Individuare gli strumenti adatti per valutare gli esiti della presa in carico delle donne in gravidanza a rischio psicosociale.</p> <p>3. Somministrazione di strumenti di valutazione standard (da definire) a tutte le donne, se consenzienti, prese in carico.</p>		<p>2,3. Valutazione degli esiti con lo strumento individuato</p>
<p>26. PAL 2016 3.6.2 Completare e consolidare il percorso integrato di assistenza nell'adozione nazionale e internazionale Partecipare all'elaborazione delle linee guida regionali per le adozioni nazionali e internazionali. Obiettivo interdistrettuale</p>	<p>1. applicare le "Linee Operative del percorso integrato di assistenza nelle adozioni nazionali e internazionali" nelle fasi di valutazione e sostegno dell'inserimento in famiglia in tutti i nuovi casi</p> <p>2. attivare e realizzare gruppi informativi /formativi e di sostegno a livello interdistrettuale in collaborazione con Associazione A.N.F.A.A.</p> <p>3. 3.1 gestione, monitoraggio e verifica dell'applicazione delle "Linee Operative del percorso integrato di assistenza nelle adozioni nazionali e internazionali" anche attraverso l'organizzazione di audit interdistrettuali sulla casistica</p>	<p>1. Tutto il personale della S.S.C.F.</p> <p>2,3. Kinou Wolf (obiettivo dirigente)</p>	<p>1. In tutti i nuovi casi sono state applicate le "Linee Operative del percorso integrato di assistenza nelle adozioni nazionali e internazionali" nelle fasi di valutazione e sostegno dell'inserimento in famiglia</p> <p>2. Attivare e realizzare 1 gruppo informativo/formativo ed 1 gruppo di sostegno a livello interdistrettuale in collaborazione con Associazione A.N.F.A.A. Report attività</p> <p>3. Linee operative applicate in tutte le fasi del percorso individuando eventuali criticità e necessità di revisioni. Documento scritto e concordato a livello interdistrettuale sulla bozza di protocollo regionale. Report entro 31.12.2016</p>

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore /risultato atteso/tempo
	3.2 raccordo, coordinamento e verifica delle attività di collaborazione con Associazione ANFAA 3.3 fornire il proprio apporto ai lavori del tavolo di lavoro regionale nella stesura della bozza di protocollo regionale con contributo scritto		
27. Avvio di una rete territoriale di <b>salute mentale per l'età evolutiva</b> : diagnosi e presa in carico tempestiva degli esordi psicotici e riconoscimento delle situazioni di fragilità	1. Accoglienza dei soggetti della fascia d'età 15-25 che accedono alle SS Consultorio Familiare e SS TSBA con richiesta diretta o etero diretta di aiuto psicologico secondo procedure in essere (help seeking). 2. Valutazione (secondo il protocollo in essere) di tutti i nuovi soggetti di cui al punto 1 e identificazione degli esordi e degli stati mentali a rischio e le situazioni di fragilità . 3. Segnalazione al CSM di competenza per valutazione integrata dei soggetti risultati positivi alla valutazione preliminare. 4. Mantenimento del registro specifico per la fascia di età 15-25, analisi dei dati e dei percorsi sui casi incidenti e realizzazione di report (nuovi casi 2016)	1. Tutto il personale della SC TSBADoF  2,3. Sara Battistutta Dora Cosentini  4. Sara Battistutta Dora Cosentini Lorena Castellani	1. Tutti i nuovi soggetti nella fascia d'età 15-25 anni che richiedono aiuto psicologico alla SC TSBADoF sono accolti secondo le procedure in essere.  2. Tutti i nuovi soggetti accolti e consenzienti hanno una prima valutazione e se SMR/esordio vengono segnalati al CSM/NPI  3. Tutti i casi positivi (valutati come al punto 2) di età >16 anni sono segnalati per valutazione congiunta. Compilazione del registro casi (fonte dati: cartelle cliniche e progetti personalizzati.) Report
28. Avvio di un rete multidisciplinare (psicologi, infermieri, logopedisti, PLS, specialisti IRCCS Burlo Garofolo): percorso diagnostico dei bambini con ritardo del	1. Avvio di un tavolo di lavoro per l'attivazione di un protocollo unificato tra i vari operatori coinvolti . 2. Accoglienza dei soggetti della fascia di età 3-6 anni che accedono alla SSTSBA con richiesta di	1. Tutto il personale della SC TSBADoF 2. Gabriella Bacci Lorena Castellani Miriam Clai Ferri	1. Stesura di un protocollo interno entro il 30 maggio 2016 con validità fino alla stesura del protocollo unificato. Partecipazione alla stesura del protocollo unificato secondo richieste da parte del direttore SC 2.

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore /risultato atteso/tempo
linguaggio	valutazione per sospetto disturbo del linguaggio 3. Valutazione – secondo il protocollo che verrà delineato – di tutti i nuovi soggetti di cui al punto 1.	Alessia Rigon Serena Vellenich 3. Vincenza Assunta Aiosa Marcella Guerrieri Laura Maria Porcelli	Tutti i nuovi soggetti nella fascia d'età 3-6 anni che richiedono valutazione per sospetto disturbo del linguaggio sono accolti secondo le procedure delineate dal protocollo interno fino all'approvazione di quello unificato. 3. Tutti i nuovi soggetti accolti hanno una valutazione secondo gli strumenti diagnostici individuati nel protocollo.
29. Individuazione delle modalità di invio di adolescenti di età > 15 anni ad attività gruppalì.	1. Individuazione di criteri di valutazione per l'invio ad attività di gruppo di adolescenti che accedono alla SSTSBA di età > 15 anni. 2. Integrazione nei protocolli di valutazione già in essere delle modalità definite al punto 1 . 3. Proposta di attività di gruppo agli adolescenti valutati idonei . 4. Invio ad attività di gruppo degli adolescenti che accettano la proposta.	1-3. Sara Battistutta Dora Cosentini 4. Sara Battistutta Dora Cosentini Gabriella Bacci Lorena Castellani Miriam Clai Ferri Alessia Rigon Serena Vellenich	1-3. Stesura di linee guida interne che definiscono i criteri di selezione degli adolescenti per cui si ritiene opportuno l'invio ad attività di gruppo. Tutti gli adolescenti di età > 15 anni che accedono alla SSTSBA sono anche valutati con le modalità individuate dalle linee di cui al punto precedente e a tutti gli adolescenti valutati idonei vengono proposte e spiegate le attività di gruppo . 4. Tutti gli adolescenti e/o gli esercenti la potestà che accettano la proposta sono inseriti/accompagnati nelle attività di gruppo
30. Assicurare uniforme interpretazione e conseguente uniforme applicazione dell'Accordo Stato Regioni dell'8.05.2003, in materia di iscrizione temporanea negli elenchi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta delle aziende sanitarie locali di temporanea dimora.	1 Definizione di una procedura univoca entro il 31.05.16 2 Monitorare e verificare le iscrizioni temporanee, di cui all'Accordo del 2003, effettuate dal 01.06.2016 (entro 31.12.16)	Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 1  In condivisione con D2, D3 e D4	1 Procedura presente entro il 30.06.16 2 Il 100% delle iscrizioni monitorate sono effettuate in base alla procedura univoca. 31.12.2016  <i>Fonte: report delle iscrizioni temporanee effettuate dal 01.06.2016 (documentazione in sede)</i>
31.	1	Tutto il personale	Creazione del date base e aggiornamento

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore /risultato atteso/tempo
Informatizzazione dell'archivio delle iscrizioni dei cittadini frontalieri in applicazione alla normativa vigente	Creazione di un date base per la registrazione delle iscrizioni dei frontalieri e monitoraggio dello stesso 2 Informatizzazione della documentazione che attesta i requisiti per l'iscrizione al SSR	amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 1	quadrimestrale del date base 31.12.2016 <i>Fonte: date base</i>
32. PAL Linea 3.6.1 In continuità con le attività realizzate negli anni precedenti sulla linea di intervento governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti, consolidare il monitoraggio dei sistemi informativi	Monitorare, verificare ed eventualmente sollecitare, l'utilizzo sistematico del sistema informativo SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio	P.O. Gestione servizi amministrativi (G. Adamo)	Presenza di un report distrettuale trimestrale che evidenzia le verifiche e le eventuali sollecitazioni ai servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio in merito all'utilizzo sistematico del sistema informativo <b>SIRA-FVG</b> 31.12.2016

## Personale

Proposta/richiesta	Risultato della Negoziazione
3 INFERMIERI DA STABILIZZARE	Accordato
INFERMIERI TURN OVER	Accordato
1 INFERMIERE IN SOSTITUZIONE (TRASFERIMENTO AL SERVIZIO PSICOPEDAGOGICO SLOVENO)	In acquisizione a tempo determinato da stabilizzare alla cessazione dell'infermiere in aspettativa dal servizio psicopedagogico sloveno
1 OSTETRICA IN MOBILITA' PER TURN OVER	In acquisizione a tempo indeterminato
1 OSTETRICA TD (CESSAZIONE A OTTOBRE SU ASSENZA PROLUNGATA)	Accordato
3 PSICOLOGI TD PER CF E SSTSBA	Accordati alla cessazione del 1°psocologo del DSM (di 3 stabilizzazione di 1)
1 NEUROPSICHIATRA INFANTILE (DA STABILIZZARE O ACQUISIRE)	Assunzione in corso a tempo determinato
1 MEDICO RESPONSABILE SC ADULTI ANZIANI	Accordato
1 COLLABORATORE DI SALA PER LE 2 AFT	Per la manovra di attivazione aziendale dei CAP e delle AFT sono previsti, previa autorizzazione regionale (in deroga all'1%), 1 infermiere per AFT e 2 Infermieri per CAP
1 AMMINISTRATIVO PER CAP (O APPALTO)	
1 INFERMIERI PER CAP STOCK	
1 INFERMIERI PER CAP AURISINA	

## Distretto 2

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p><b>1.</b> <b>Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale</b></p>	<p>1. Ridurre il tasso grezzo di ricoveri per gli indicatori LEA-PAL AHRQ (PQI 1, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16,).</p> <p>2. Ridurre i ricoveri per BPCO, Scompenso cardiaco, Diabete, Polmonite e infezioni del tratto urinario.</p> <p>3. Ridurre i ricoveri ripetuti per lo stesso MDC (periodo tra 30 gg e 6 mesi dal primo ricovero) (indicatori Sant'Anna).</p> <p>4. Ridurre i ricoveri potenzialmente inappropriati (ricoveri medici LEA Patto salute).</p>	<p>Direttore di distretto</p> <p>Il Responsabile di Distretto, per perseguire questi obiettivi, si avvarrà di tutta l'articolazione operativa distrettuale, dei rapporti con la Medicina Generale (in particolare con le nuove forme di aggregazione) e i PLS, le strutture convenzionate e le componenti aziendali ospedaliere, svolgendo anche ruolo di committenza su prestazioni e percorsi in relazione ai bisogni della popolazione servita.</p>	<p>1. Performance migliore rispetto al 2015.</p> <p>2. Performance migliore rispetto al 2015 (somma delle patologie).</p> <p>3. Performance migliore rispetto al 2015.</p> <p>4. Performance migliore rispetto al 2015.</p>
<p><b>2.</b> Dare evidenza di tutti i progetti/interventi aziendali di promozione alla salute e integrazione sociosanitaria attraverso la costruzione di un <b>"Catalogo Aziendale"</b> come previsto dal decreto n.545/23.12.2015</p>	<p>1. Censimento dei progetti/interventi aziendali di promozione alla salute e integrazione sociosanitaria già in essere.</p> <p>2. Stesura dei progetti nello specifico format aziendale sociosanitario al fine di inserirli nel database aziendale.</p> <p>3. Implementazione dei nuovi progetti seguendo le linee guida sociosanitarie aziendali</p>	<p>Direttore di Distretto e personale individuato con il decreto n. 385 del 17.09.2015.</p>	<p>1. 30 Giugno 2016</p> <p>2. 30 Settembre 2016</p> <p>3. 31 Dicembre 2016</p>
<p><b>3.</b> Riduzione dei ricoveri per patologie croniche.</p>	<p>Presenza in carico distrettuale degli ospiti delle residenze per anziani non convenzionate segnalati ai servizi</p>	<p>Direttore di Distretto SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari. SS Anziani e Residenze</p>	<p>n. assistiti presi in carico/totale dei segnalati=100%</p>



Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Garantire l'assistenza sanitaria Distrettuale agli ospiti delle <b>residenze per anziani</b> non convenzionate (1646 pl*) per afferenza territoriale * dato aziendale	distrettuali da MMG di riferimento della persona		
4. Riduzione dei ricoveri per patologie croniche. <b>Presa in carico domiciliare.</b>	Presa in carico Distrettuale domiciliare delle persone con polipatologie croniche e con incapacità motoria segnalate dagli MMG e/o dalla continuità assistenziale ospedale-territorio	Direttore di Distretto SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari SS Anziani e Residenze SSD Riabilitazione	n. assistiti presi in carico/totale dei segnalati = 100% valore atteso > a 8000* utenti presi in carico * dato aziendale
5. Riduzione dei ricoveri per patologie croniche. <b>Appropriatezza utilizzo delle RSA.</b>	Mantenere elevato livello di appropriatezza dei ricoveri e della attività presso le RSA afferenti ai distretti	Direttore di Distretto SS. Anziani e Residenze RSA San Giusto	Indice di turnover < 1,5 *  * dato aziendale
6. Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e <b>continuità assistenziale.</b>	Garantire le valutazioni intra-ospedaliere secondo protocollo di continuità ospedale-territorio in atto perseguendo la massima integrazione tra i Distretti e i reparti ospedalieri	Direttore di Distretto SS. Anziani e Residenze SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari SSD Riabilitazione	n. assistiti valutati/totale dei segnalati=100% valore atteso > di 5000*  * dato aziendale
<b>7.</b> Garantire l'assistenza sociosanitaria alla popolazione di riferimento nell'area <b>materno-infantile</b> al fine di evitare percorsi di istituzionalizzazione extraterritoriali dei minori nonché la prevenzione e il contrasto al disagio familiare.	Garantire l'assistenza sociosanitaria alla popolazione di riferimento nell'area materno-infantile al fine di evitare percorsi di istituzionalizzazione extraterritoriali dei minori nonché la prevenzione e il contrasto al disagio familiare.	Direttore di Distretto SS TSBA SS Consultorio Familiare	1. n. minori in carico >= 2500* 2. n. persone in carico >= 7000* * dato aziendale
8. Sviluppare il governo e l' <b>assetto organizzativo degli MMG</b>	1. Individuazione delle modalità di verifica dei compiti degli MMG di cui al punto 1 dell'AIR. 2. Negoziazione degli obiettivi specifici,	Direttore di Distretto	1. Stesura di protocollo. Dicembre 2016. 2. Conclusione della negoziazione e presentazione obiettivi AFT entro due

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	indicatori di processo e/o di esito indicati dalla Direzione Generale, con coordinatore dell'AFT/UDMG e attuazione del processo di valutazione di cui al punto 3.7 dell'AIR		mesi dalle indicazioni della Direzione Generale.
<p>9. 3.3. ASSISTENZA PRIMARIA 3.3.1. Lo sviluppo dell'assistenza primaria Acquisire <b>competenze assistenziali per la presa in carico proattiva di persone con patologie a lungo termine</b> al fine di evitare riacutizzazioni e accessi impropri in ospedale</p>	<p>1. Predisposizione di uno strumento per la valutazione dei bisogni formativi degli infermieri in relazione alla presa in carico "proattiva" dei cittadini con malattie di lunga durata. 2 Valutazione del bisogno formativo degli infermieri afferenti la SC Adulti e Anziani e la SSD Servizio Infermieristico con lo strumento di cui al punto 1 e confronto con la Job Description dell'infermiere di Assistenza Primaria in base al modello delle competenze. 3. Definizione del piano formativo con evidenza dei percorsi formativi da attivare (FSC- stage -residenziali) 4. Predisposizione dei percorsi formativi prioritari</p>	<p>P.O. SCTSAA Dirigente Infermieristico</p>	<p>1. Entro il 31/10/16 Presenza del piano formativo con evidenza della valutazione del bisogno formativo (azioni 1-3)  2. Entro il 31/12/16 Almeno 2 percorsi formativi attivati</p>
<p>10. Linea PAL 3.3.2 Accreditamento Raccordo all'anno 2015 <b>Integrazione e acquisizione di competenze trasversali</b> nella SS CAD - Medicina Specialistica (Ambulatori via della Pietà/ Centro</p>	<p>1. Presentazione plenaria di un caso clinico/situazione/procedura, finalizzata alla acquisizione di conoscenze e competenze relative alle attività: - gestione front-office - gestione ambulatorio TAO - gestione ambulatorio farmaci/NAD</p>	<p>Carlo Rotelli Tiziana Oliverio PO Bianca Lenardoni Coordinatore Infermieri e OSS/IG Medicina Specialistica</p>	<p>1,2. Entro il 31.12.2016 presentazione di almeno 5 casi/situazioni/procedure con simulazioni finali di verifica dell'apprendimento da parte del personale dedicato – Partecipazione del 90% del personale della SS CAD – Medicina Specialistica presente in</p>

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Prelievi/ Poliambulatorio Campo San Giacomo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gestione CPAP</li> <li>- wound care</li> </ul> 2. Per ciascun setting, descrizione e discussione a piccoli gruppi di casi simulati con analisi delle procedure e criticità operative 3. Rotazione del personale in almeno due ambiti/settori/attività non abituali in seno alla SS CAD - Medicina Specialistica		servizio (fonte: registro presenze)  3. Entro il 31.12.2016 completamento della turnazione del 90% personale di struttura in almeno due ambiti non abituali di lavoro presso la SS CAD - Medicina Specialistica (fonte: registro ad hoc)
11. Linea PAL 3.3.2 Accreditamento Raccordo all'anno 2015 <b>Integrazione e acquisizione di competenze trasversali</b> nella SS CAD - Medicina Specialistica (Ambulatori via della Pietà/ Centro Prelievi/ Poliambulatorio Campo San Giacomo)	1. Istituzione e formalizzazione di equipe funzionali all'interno della SS CAD - Medicina Specialistica in ordine a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- accoglienza distrettuale e orientamento dell'utenza</li> <li>- gestione Ambulatorio Infermieristico</li> <li>- gestione Ambulatori medici specialistici</li> <li>- gestione attività e routine Punto Prelievi</li> <li>- distribuzione diretta dei farmaci</li> </ul> 2. Descrizione e protocollazione delle principali attività e procedure in ciascuno dei cinque setting sopra elencati; stesura di un manuale di consultazione destinato al personale dipendente	Carlo Rotelli Tiziana Oliverio Coordinatore Infermieri e OSS/IG Medicina Specialistica	1. Entro il 30.06.2016 definizione delle equipe funzionali e nomina del rispettivo referente/ sostituto all'interno della SS CAD - Medicina Specialistica <i>(fonte: documento ad hoc presente in sede)</i>  2. Entro 31.12.2016 completamento del manuale di consultazione <i>(fonte: manuale presente in sede)</i>
12. PAL Linea 3.3.1. <b>Lo sviluppo dell'assistenza primaria</b> Collaborazione tra gli MMG e gli	1. Presa visione dell'impegnativa e/o segnalazione da parte del MMG e/o Medico di Distretto e/o altra Struttura	Tiziana Oliverio	Valutazione del 100% dei pazienti segnalati con sospetta malattia cardiaca con successiva relazione clinica sul percorso assistenziale intrapreso.

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
altri operatori territoriali, per dare un forte impulso per il raggiungimento di importanti risultati di salute sul versante della presa in carico integrata delle malattie croniche e della medicina di iniziativa.	Distrettuale, di pazienti con sospetta o conclamata patologia cardiaca, per la definizione del successivo percorso assistenziale (con applicazione del <b>PDTA per scompenso cardiaco</b> là dove indicato) 2. Valutazione dei pazienti, in sede distrettuale o a domicilio (in visita congiunta con il medico segnalante, se disponibile) per la definizione clinica e per concordare il successivo percorso assistenziale		<i>(Fonte: documentazione agli atti/G2 clinico e/o lettere in formato word per visite domiciliari)</i>
13. PAL Linea 3.3.1. <b>Lo sviluppo dell'assistenza primaria</b> Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale (da 1 a 4)	1. Segnalazione da parte delle strutture distrettuali (o MMG o altra fonte attendibile) di pazienti affetti da <b>BPCO</b> avanzata, polipatologia complessa o in condizioni di terminalità (oncologica e non) con necessità di cure palliative 2. Valutazione di almeno 20 pazienti, in sede distrettuale o a domicilio finalizzata alla presa in carico sanitaria, alla realizzazione e alla gestione delle problematiche cliniche prevalenti.	Carlo Rotelli	Valutazione e presa in carico di almeno 20 pazienti segnalati con malattia respiratoria cronica, terminalità o polipatologia (Fonte: cartelle cliniche distrettuali e/o referti di visita)
14. <b>Attuazione pianificazione locale nelle aree di integrazione sociosanitaria</b> Obiettivi distrettuali di mandato: Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità	1. Realizzazione della presa in carico sociosanitaria integrata (UOT2, Terzo Settore) di persone con malattia cronico-degenerativa (Scompenso cardiaco, BPCO, diabete mellito) o in condizioni di franca terminalità aggravate da problematiche socio-	Dr. Carlo Rotelli Coordinatrice Paola Comuzzi  Personale infermieristico e OSS SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari Servizio Infermieristico Domiciliare	1. Presa in carico integrata di almeno 20 soggetti affetti da patologia di durata o in fase terminale e con problematiche socio-assistenziali e progetto personalizzato (Fonte: Cartella Infermieristica) finalizzato alla 31.12.2016

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
assistenziale (da 1 a 4)	assistenziali. 2. Impiego e applicazione della scheda <b>PAM</b> a tutte le persone prese in carico dalla struttura		2. Impiego e applicazione della scheda PAM in tutte le prese in carico (Fonte: Cartella Infermieristica) Entro il 15.01.2017 report complessivo dei casi (patologia, unità operative coinvolte, esito della presa in carico)
15. PAL 3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari. Sviluppo di progetti nel settore delle demenze in una logica di rete integrata dell'offerta socio-sanitaria	1. Revisione e stesura del nuovo <b>PDTA deterioramento cognitivo/demenze</b> integrato ospedale-territorio 2. Consolidamento della rete e delle modalità di presa in carico nel settore delle demenze applicando il PDTA Demenze/Deterioramento cognitivo aziendale.	Giacomo Benedetti Filomena Vella	1. Revisione e stesura del nuovo PDTA deterioramento cognitivo/demenze in i integrato ospedale-territorio con entro il 30 settembre 2016. 2. Applicazione del PDTA approvato nel 2013 e, successivamente al 30/09/16, del PDTA concordato con la Clinica Neurologica nel 100% dei nuovi casi che afferiscono al CDDD, al fine di consolidare la rete di presa in carico nel settore delle demenze. 31/12/2016
16. PAL 3.6.1 Sistemi informativi	Monitoraggio, verifica ed eventuale sollecito sull'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio.	S.S. Anziani e Residenze	Report con le verifiche trimestrali e le eventuali sollecitazioni (trimestrali) ai servizi residenziali e semiresidenziali per anziani convenzionati del proprio territorio in merito all'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf-FVG e dei sistemi informativi e <b>GENeSys e SIRA.</b>
17. PAL 2016 Linea 3.6.3 Aree di integrazione sociosanitaria	1. Riconferma della <b>MA Molino a Vento:</b> proposta di rinnovo convenzione EnAIP 2. Costituzione di un gruppo di lavoro	SSD Servizio Infermieristico Distrettuale Claudia Rusgnach	1. Comunicazione agli Uffici preposti della relazione a sostegno del rinnovo della convenzione entro il 29 febbraio 2016 2.

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	distrettuale gravitante sulla MA Molino a Vento 3. Progettazione congiunta Distretto-EnAIP per la definizione delle aree di intervento rispetto le azioni di sostegno e sviluppo del <i>welfare</i> di comunità 4. Analisi delle azioni effettuate dal gruppo operativo e report conclusivo		Gruppo di lavoro costituito e operativo  3. Progetto presente  4. Report descrittivo come da azioni. Entro il 31/12/2016
18. PAL 2016 Progetti attinenti le attività clinico assistenziali <i>3.4.6 erogazione dei livelli di assistenza (riduzione numero di ricoveri)</i> Attivare i soggetti terzi e le risorse della comunità per favorire la permanenza nel proprio contesto di vita delle persone in stato di terminalità	1. Accoglimento delle segnalazioni delle persone con <b>patologia oncologica o altra patologia con prognosi infausta</b> in carico al SID, da parte degli infermieri di riferimento per ciascuna <b>Microarea</b> . 2. Valutazione da parte della/del referente di MA delle persone segnalate consenzienti ed attivazione di soggetti terzi con strutturazione di un progetto di sostegno.	Referenti e operatori delle Microaree (in collaborazione col SID)	1. 100% delle persone individuate segnalate ai referenti di Microarea sono inseriti nel database e hanno una visita domiciliare programmata  2. 100% delle persone individuate hanno un progetto di sostegno con individuazione dei soggetti terzi che costituiscono la rete di supporto
19. PAL 2016 Progetti attinenti le attività clinico assistenziali <i>3.4.6 erogazione dei livelli di assistenza (riduzione numero di ricoveri)</i>  <i>-Consolidare modalità proattive mirate alla conoscenza degli abitanti per l'identificazione delle aree di bisogno sociosanitario;</i>	1. A partire dai dati dei ricoveri di microarea disponibili, individuazione delle priorità di intervento a partire dalle persone con ricoveri per patologia a lungo termine e ricoveri ripetuti (assegnazione di codice colore: rosso, giallo, verde, bianco) 2. definizione dell'équipe di riferimento per ogni microarea 3.	Tutto il personale del comparto della SC Tutela Adulti e Anziani (esclusa RSA) Referenti e operatori di Microarea (in collaborazione con Dirigente Infermieristico)	1. Presenza di scheda con priorità definita  2,3. Definizione dell'équipe e presenza di istruzione operativa

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>-Attivare la presa in carico precoce a favore di assistiti residenti nelle microaree distrettuali mediante un percorso strutturato.</p>	<p>definizione dei canali informativi di continuità e delle modalità operative delle équipes di <b>microarea</b> (individuazione delle persone da conoscere; definizione delle priorità; attivazione di UVD/Servizio; definizione del progetto personalizzato)</p> <p>4. Conoscenza, valutazione e definizione del progetto personalizzato a favore di persone consenzienti che abitano nelle MA distrettuali con evidenza della modalità di intervento da parte dell'MMG nei singoli progetti</p> <p>5. Analisi delle azioni dei gruppi con reportistica conclusiva</p>		<p>4. a) 100% delle persone individuate con codice colore rosso e giallo, hanno un progetto personalizzato e un riferimento professionale b) evidenza delle persone inserite in ADP o ADI da parte dell'MMG; c) presenza di calendario di contatto delle persone con codice verde</p> <p>5. Report conclusivo con analisi dei risultati di salute e valutazione dei protocolli e delle procedure</p>
<p>20. 3.5.3 Assistenza farmaceutica promuovere azioni di incentivazione all'impiego dei medicinali dal miglior profilo costo/beneficio</p>	<p>Incremento dell'uso di insulina basale glargine biosimilare ed educazione al corretto utilizzo del device</p>	<p>Tutto il personale della S.S. Centro Diabetologico</p>	<p>Prescrizione di insulina glargine biosimilare all'80% dei pazienti con diabete mellito tipo 2 Naive alla terapia insulinica che vengono avviati a terapia insulinica basale dal 1 luglio 2016 ed educazione al corretto utilizzo del device. <i>Fonte: cartella diabetologica My Star</i></p>
<p>21. 3.5.7 Assistenza farmaceutica monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa dei pazienti diabetici al fine di razionalizzare la spesa e dei consumi di tali prodotti, soprattutto con riferimento ai limiti massimi</p>	<p>1. Monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni di strisce per l'autocontrollo della glicemia ("Test Glicemia" - 7AB1B01) attraverso il sistema repository, con riferimento alle classi prescrittorie stabilite dagli Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito, con produzione di un report, entro</p>	<p>Resp. SS Centro diabetologico distrettuale Elena Manca In collaborazione con Gruppo di Lavoro Dipartimentale di Epidemiologia (DIP) S.S. Farmacia (SCAF) e Centri diabetologici distrettuali</p>	<p>1. Elaborazione ed invio di un documento di sintesi dei risultati alla Direzione Strategica entro 31 Dicembre 2016</p> <p>2. Entro il 31/12/2016 effettuazione di 2 incontri di confronto/audit con i prescrittori</p>

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
prescrivibili dei dispositivi per diabetici	dicembre 2016. 2. Effettuazione nel corso dell'anno di due incontri di confronto/audit con i prescrittori		
22. 3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari Diabete Obiettivo aziendale Con DGR n. 1676 del 28 agosto 2015 sono stati adottati i documenti sul diabete gestazionale e sul percorso integrato regionale sulla malattia diabetica che dovrà essere applicato nel corso del 2016.	Continuità del percorso sul diabete gestazionale già in atto negli anni precedenti con particolare attenzione alle donne che non eseguono i follow-up post partum come indicato nel documento Regionale sul Diabete Gestazionale	Tutto il personale della S.S. Centro Diabetologico	Recall telefonico del 100% delle donne affette da diabete gestazionale che non si sono presentate alla visita di controllo post partum nel 2016, per valutazione di curva da carico e programmazione di nuova visita diabetologica nella donne consenzienti
23. 3.4.2. PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALI Emergenza urgenza Prosecuzione dell'attività del tavolo <b>PDTA ictus</b> con monitoraggio dei percorsi riabilitativi dei pazienti dimessi dalla SC Medicina Riabilitativa con diagnosi di ictus:	1. Revisione dei documenti in essere per la continuità dalla SC Medicina Riabilitativa e predisposizione di un documento, alla luce dell'applicazione del PDTA regionale ICTUS, con la descrizione di una modalità condivisa di continuità. 2. Presenza in carico e follow up dei pazienti con esiti di ICTUS ricoverati nella SC Medicina riabilitativa e dimessi verso AAS1.	Dirigenti SSD Riabilitazione Distrettuale	1. Redazione di un protocollo operativo condiviso per la continuità dalla SC Medicina Riabilitativa, alla luce dell'applicazione del PDTA regionale ICTUS, entro 30/9/2016. 2. Presenza in carico e follow up del 100% dei pazienti segnalati con esiti di ICTUS ricoverati nella SC Medicina riabilitativa, come da protocollo concordato, dal 1/10/2016
24. 3.2.8. PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE Prevenzione degli <b>incidenti domestici</b> Nell'ambito della gestione a	1. predisposizione di una check list per la valutazione delle modalità di movimentazione da parte del caregiver a domicilio, di persone parzialmente/non autosufficienti	Personale del comparto SS Dipartimentale di Riabilitazione Distrettuale	1. Redazione della check list entro 30/6/2016.



Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>domicilio di persone parzialmente/ non autosufficienti valutazione tramite check list delle modalità di movimentazione da parte di care givers come prevenzione di incidente domestico.</p>	<p>2. Rilevazione tramite check list: delle inadeguatezze ambientali, del piano degli ausili in uso e loro congruità con il progetto assistenziale della formazione dei care givers</p> <p>3. Proposta di intervento di bonifica per ridurre il rischio di incidenti domestici da movimentazione.</p>		<p>2. Compilazione di 25 check list predisposte entro il 31/12/2016.</p> <p>3. Relazione finale con analisi delle azioni di miglioramento messe in atto - 31/12/2016.</p>
<p>25. 3.4. PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALI. <b>3.4.8 Gestione del Rischio Clinico</b> Vigilanza del rischio di Lesioni da Pressione e prevenzione dello stesso in RSA S. GIUSTO anche attraverso processi di formazione/informazione dei pazienti e dei care giver.</p>	<p>1. Corretta compilazione della scheda di valutazione del rischio di Lesioni da Pressione nel P.A.I.</p> <p>2. Educazione degli ospiti o dei care giver per la prevenzione delle lesioni da pressione, con consegna del modulo informativo aziendale sulla prevenzione delle lesioni da pressione.</p>	<p>Tutto il personale dell'RSA San Giusto</p>	<p>1. N. cartelle chiuse in RSA contenenti scheda di valutazione del rischio di Lesioni da Pressione compilata in modo completo (100%).</p> <p>2. Tutti i pazienti dimessi a domicilio e/o care giver sono informati attraverso la consegna del materiale informativo/N° pazienti a rischio di lesioni da pressione nella RSA S. Giusto.</p> <p>0</p>
<p>26. 3.3.2 PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIO-SANITARI Percorso di continuità riabilitativa e <b>PDTA ictus e frattura di femore.</b> Miglioramento e monitoraggio del percorso riabilitativo delle persone ricoverate presso le RSA utilizzando modalità valutative oggettive e condivise.</p>	<p>1. Predisposizione di una scheda per la valutazione dei bisogni riabilitativi delle persone ricoverate presso le RSA.</p> <p>2. Condivisione della scheda con il personale di riabilitazione delle RSA e SS Anziani e Residenze.</p> <p>3. Valutazione delle persone accolte presso l'RSA. con l'utilizzo sperimentale della nuova scheda riabilitativa.</p>	<p>Fisioterapisti RSA S. Giusto</p>	<p>1. Redazione della scheda di valutazione entro 31/08/2016.</p> <p>2,3. Dal 15/10/2016, 80% delle persone valutate secondo le nuove modalità.</p>

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	4. Verifica del percorso adottato e relazione sulla sperimentazione dell'utilizzo delle schede di valutazione dei bisogni riabilitativi.		4. Redazione della relazione entro il 31/12/2016.
27. <b>3.4.8 Gestione del Rischio Clinico</b> Accrescimento delle competenze degli operatori dell'RSA San Giusto sui temi del rischio clinico.	Attuazione di un percorso di formazione di 4 incontri per gli operatori dell'RSA San Giusto sui seguenti argomenti: 1. Prevenzione, gestione, controllo e trattamento delle infezioni/colonizzazioni da germi multiresistenti della persona assistita nelle Residenze Sanitarie Assistenziali. 2. Le Lesioni da Pressione nell'anziano fragile: prevenzione, cura e gestione nella persona assistita in RSA a rischio di LdP. 3. Dolore Cronico e Dolore Acuto: assistere la persona anziana, rilevazione del dolore, trattamento dello stesso e monitoraggio del quadro algico. 4. L'anziano con multimorbilità: la gestione della politerapia ed i rischi delle interazioni farmacologiche.	Mariacristina Vazzaz Laura Santon	Entro il 31/12 esecuzione di tutti i corsi con verifica dell'apprendimento mediante questionario.
28. PAL 2016 3.3.2 Programmazione degli interventi sociosanitari. <b>Percorso nascita.</b> Continuità ospedale territorio Sperimentazione della metodologia dell'Home visiting -livello universale- nelle Microaree	Proporre a nuovi casi di gravidanza che accedono in CF, provenienti dalle Microaree, la presa in carico secondo la metodologia dell'home visiting –livello universale.  Realizzare il programma di home visiting- livello universale- con le donne in gravidanza consenzienti (6 accessi domiciliari per ogni donna/famiglia oltre	Tutto il personale della SC BADoF	1,2. Tutti i nuovi casi di donne in gravidanza, residenti in MA e consenzienti, sono prese in carico secondo la metodologia dell'home visiting- livello universale  31/12/2016 (Fonte dati: report attività, registro casi, cartelle cliniche utenza coinvolta)

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	agli interventi già garantiti dalla SC) comprendendo anche la continuità ospedale-territorio		
<p>29. PAL 2016 3.3.2. Programmazione degli interventi sociosanitari Salute Mentale Diagnosi e presa in carico tempestiva e congiunta degli esordi psicotici Riconoscimento precoce delle situazioni di fragilità e rischio suicidiario</p>	<p>1. Accoglienza dei soggetti della fascia d'età 15-25 che accedono alla SS Consultorio Familiare e alle SS TSBA con richiesta diretta o eterodiretta di aiuto psicologico secondo le procedure in essere (help seeking). 2. Valutazione – secondo il protocollo in essere - di tutti i nuovi soggetti di cui al punto 1 e identificazione degli esordi, degli stati mentali a rischio e delle situazioni di fragilità 3. Segnalazione al CSM di competenza per valutazione integrata dei soggetti risultati positivi alla valutazione preliminare. 4. accompagnamento di tutti i soggetti identificati (SMR/esordio) nella fase di transizione tra servizi per l'età evolutiva e CSM 5. Mantenimento del registro specifico per la fascia di età 15- 25, analisi dei dati e dei percorsi sui casi incidenti e realizzazione di report (nuovi casi 2016)</p>	<p>1. Tutto il personale della SC BADoF  2,3. Oscar Dionis Antonella Celea Genoveffa Corvino Daniela Vidoni  4. Oscar Dionis Antonella Celea Genoveffa Corvino  5. Daniela Vidoni</p>	<p>1. Tutti i nuovi soggetti nella fascia d'età 15-25 anni che richiedono aiuto psicologico alla SC BADoF sono accolti secondo le procedure in essere.  2,3. Tutti i nuovi soggetti accolti e consenzienti hanno una prima valutazione e se SMR/esordio e sono segnalati, previo consenso, al CSM e rivalutati congiuntamente con misurazione DUP.  4. Tutti i soggetti consenzienti di cui al punto 3. Sono presi in carico congiuntamente con il CSM per un periodo congruo 31/12/2016 (Fonte dati: report attività, registro casi, progetto personalizzato ) 5. Compilazione del registro casi 31/12/2016 (fonte dati: Report finale)</p>
<p>30. PAL 2016 3.3.2. Programmazione degli interventi sociosanitari</p>	<p>1. Attivazione/mantenimento di gruppi rivolti ad adolescenti/giovani adulti 2</p>	<p>1,2. Oscar Dionis Genoveffa Corvino Barbara Fazi</p>	<p>1. e 2. Gruppi di promozione alla salute rivolti ad adolescenti/giovani adulti/famiglie n. ≥ anno 2015</p>

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Salute Mentale Attività di promozione della salute rivolte ad adolescenti/giovani adulti e loro famiglie	Raccordo con il CSM di riferimento per la condivisione delle attività rivolte ad adolescenti/giovani adulti	Sabrina Ruberti Daniela Vidoni Laura Zancola	31/12/2016 (fonte dati: Report finale)
31. PAL 2016 3.3.2. Programmazione degli interventi sociosanitari Salute Mentale Attività di promozione della salute rivolte ad adolescenti/giovani adulti e le loro famiglie	1. Realizzazione di incontri di gruppo con minori che presentano disturbi del comportamento con sintomi di impulsività, opposizione e confusione tra pensiero reale e fantastico. 2. Incontri di sostegno alla genitorialità presso il servizio, anche in un'ottica di empowerment e di auto aiuto	Barbara Fazi	1 Realizzare presso il servizio 5 incontri di gruppo con i minori e 5 incontri con i genitori entro il 31/12/2016. (Fonte dati. Report finale)
32. PAL 2016 Promozione della salute e prevenzione 3.2.4 Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP) Progetto Afrodite "Meglio Sapere Tutto"- la promozione dei comportamenti protettivi nella sfera delle relazioni affettive e sessuali: prevenire le MST, l'uso di sostanze ed altri comportamenti a rischio attraverso la metodologia della Peer Education Obiettivo interdistrettuale	Partecipazione alle attività del gruppo di coordinamento di progetto avviato con gli istituti di formazione professionale :  Coprogettazione e realizzazione di un percorso di formazione per gli insegnanti degli istituti professionali coinvolti 2. Coprogettazione di un programma di intervento specifico per gli istituti professionali coinvolti, attraverso la metodologia della Peer Education	SS Consultorio familiare: assistenti sanitarie	Report dell'attività entro il 31.12.2016 comprendente:  1. Percorso formativo co-progettato sulle tematiche di interesse del progetto rivolto agli insegnanti degli istituti professionali coinvolti realizzato 2. Programma delle attività da avviare negli istituti professionali nell'anno scolastico 2016/17.
33. PAL 2016 Progetti attinenti la programmazione degli interventi sociosanitari	1. Applicare le "Linee Operative del percorso integrato di assistenza nelle adozioni nazionali e internazionali" nelle fasi di valutazione e sostegno	1. Tutto il personale della SS CF	1. In tutti i nuovi casi sono state applicate le "Linee Operative del percorso integrato di assistenza nelle adozioni nazionali e internazionali" nelle fasi di

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>3.6.2 Minori Completare e consolidare il percorso integrato di assistenza nell'adozione nazionale e internazionale Partecipare all'elaborazione delle linee guida regionali per le adozioni nazionali e internazionali</p> <p>Obiettivo interdistrettuale</p>	<p>dell'inserimento in famiglia in tutti i nuovi casi</p> <p>2. Attivare e realizzare gruppi informativi /formativi e di sostegno a livello interdistrettuale in collaborazione con Associazione A.N.F.A.A.</p> <p>3. a) gestione, monitoraggio e verifica dell'applicazione delle "Linee Operative del percorso integrato di assistenza nelle adozioni nazionali e internazionali" anche attraverso l'organizzazione di audit interdistrettuali sulla casistica b) raccordo, coordinamento e verifica delle attività di collaborazione con Associazione ANFAA c) fornire il proprio apporto ai lavori del tavolo di lavoro regionale nella stesura della bozza di protocollo regionale con contributo scritto</p>	<p>2. Francesca Ravalico Laura Zancola</p> <p>3. Maria Vanto</p>	<p>valutazione e sostegno dell'inserimento in famiglia</p> <p>2. Attivare e realizzare 1 gruppo informativo/formativo ed 1 gruppo di sostegno a livello interdistrettuale in collaborazione con Associazione A.N.F.A.A. (Fonte dati: Report attività)</p> <p>3. a) e b) Linee operative applicate in tutte le fasi del percorso individuando eventuali criticità e necessità di revisioni (Fonte dati: Report attività) c) documento scritto e concordato a livello interdistrettuale sulla bozza di protocollo regionale. (Fonte dati: documento inviato al coordinamento distretti )</p>
<p>34. PAL 2016 3.3.2. Programmazione degli interventi sociosanitari Valorizzare gli interventi di sviluppo di comunità e le azioni di promozione alla salute (obiettivo pluriennale)</p>	<p>Attivare, coprogettare e realizzare gruppi psicoeducativi rivolti a genitori in situazione di separazione conflittuale a livello interdistrettuale ed in collaborazione con associazione A.M.P.S.</p>	<p>Francesca Ravalico Laura Zancola</p>	<p>Attivare, coprogettare e realizzare 2 gruppi psicoeducativi a livello interdistrettuale in collaborazione con associazione A.M.P.S.</p>
<p>35. Assicurare uniforme interpretazione e conseguente uniforme applicazione dell' <b>Accordo Stato Regioni dell'8.05.2003</b>, in materia di</p>	<p>1. Definizione di una procedura univoca entro il 30.06.16</p> <p>2. Monitorare e verificare almeno l'80%</p>	<p>Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 2</p> <p>In condivisione con D1, D3 e D4</p>	<p>1. Procedura presente entro il 30.06.16</p> <p>2. Il 100% delle iscrizioni monitorate sono effettuate in base alla procedura</p>

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
iscrizione temporanea negli elenchi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta delle aziende sanitarie locali di temporanea dimora.	delle iscrizioni temporanee, di cui all'Accordo del 2003, effettuate dal 01.07.2016 (entro 31.12.16)		univoca. 31.12.2016 Fonte: report delle iscrizioni temporanee effettuate dal 01.07.2016 (documentazione in sede)
36. Miglioramento dell'applicazione del codice dell'amministrazione digitale (Dlgs 82/2005 e ss. mm. ii.)	Proseguo dell'utilizzo della posta elettronica certificata (PEC) per la corrispondenza inviata alle P.A. e ai privati di cui è conosciuto l'indirizzo PEC.	Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 2	Incremento dei documenti inoltrati via PEC nel 2016 vs 2015 31.12.2016 Fonte: elenco atti inoltrati via PEC scaricato dal programma del protocollo informatico, per gli anni 2015 e 2016.
37. PAL Linea 3.6.1 In continuità con le attività realizzate negli anni precedenti sulla linea di intervento governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti, consolidare il monitoraggio dei sistemi informativi	Monitorare, verificare ed eventualmente sollecitare, l'utilizzo sistematico del sistema informativo <b>SIRA-FVG</b> nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio	P.O. Gestione servizi amministrativi (P. Napoli)	Presenza di un report distrettuale trimestrale che evidenzia le verifiche e le eventuali sollecitazioni ai servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio in merito all'utilizzo sistematico del sistema informativo SIRA-FVG 31.12.2016

## Personale

Proposta/richiesta	Risultato della Negoziazione
1 MEDICO SPECIALIZZAZIONE GERIATRIA IN RUOLO	Accordato, previa autorizzazione regionale
1 MEDICO SPECIALIZZAZIONE GERIATRIA O MEDICINA INTERNA IN RUOLO	Accordato, previa verifica sostituzione con personale ex AO/USL ed autorizzazione regionale
INFERMIERI TURN OVER	Accordati
RSA SAN GIUSTO	Accordati 5 infermieri e 2 OSS
1 LOGOPEDISTA IN RUOLO	Si accorda non come sostituzione turn over pregresso, ma nell'ambito della manovra di riorganizzazione delle UOBA e CF (previa autorizzazione regionale in deroga 1%)
1 FISIOTERAPISTA IN RUOLO	Non accordato
1 OSTETRICA	Accordato, procedura in corso
1 FISIOTERAPISTA TEMPO DETERMINATO	Non accordato
2 FISIOTERAPISTI RINNOVO INCARICO	Accordata proroga per la durata assenza titolari
1 LOGOPEDISTA RINNOVO INCARICO	Accordato
6 OSS IN RUOLO	Confermate le stabilizzazioni a tempo indeterminato del personale già assunto (ex progetto REMS)
1 NEUROPSICOMOTRICISTA IN RUOLO PER PERCORSO AUTISMO AREA BAMBINI-ADOLESCENTI	Da valutare nell'ambito della manovra di riorganizzazione delle UOBA e CF (previa autorizzazione regionale in deroga 1%)
2 AMMINISTRATIVI IN RUOLO	Da rivalutare a seguito del completamento delle assunzioni in corso ex L. 68/99
10 ORE DI ASSISTENTE SOCIALE	Da valutare nella manovra delle UOBA e CF (previa autorizzazione regionale in deroga al 1%)

Proposta/richiesta	Risultato della Negoziazione
10 ORE DI PSICOLOGO SERVIZIO SLOVENO	Accordate in collaborazione con il DSM
1 INCARICO DI COORDINAMENTO	Accordato
1 INCARICO DI COORDINAMENTO	Accordato
1 INCARICO DI COORDINAMENTO	Accordato
1 INCARICO RESPONSABILE DI SC	Accordato, previa autorizzazione regionale
1 INCARICO ALTA SPECIALIZZAZIONE C3 DIRIGENTE PSICOLOGO	Accordato



### Distretto 3

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale</p>	<p>1. Ridurre il tasso grezzo di ricoveri per gli indicatori LEA-PAL AHRQ (PQI 1, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16,). 2. Ridurre i ricoveri per BPCO, Scompenso cardiaco, Diabete, Polmonite e infezioni del tratto urinario. 3. Ridurre i ricoveri ripetuti per lo stesso MDC (periodo tra 30 gg e 6 mesi dal primo ricovero) (indicatori Sant'Anna). 4. Ridurre i ricoveri potenzialmente inappropriati (ricoveri medici LEA Patto salute).</p>	<p>Direttore di distretto  Il Responsabile di Distretto, per perseguire questi obiettivi, si avvarrà di tutta l'articolazione operativa distrettuale, dei rapporti con la Medicina Generale (in particolare con le nuove forme di aggregazione) e i PLS, le strutture convenzionate e le componenti aziendali ospedaliere, svolgendo anche ruolo di committenza su prestazioni e percorsi in relazione ai bisogni della popolazione servita.</p>	<p>1. Performance migliore rispetto al 2015. 2. Performance migliore rispetto al 2015 (somma delle patologie). 3. Performance migliore rispetto al 2015. 4. Performance migliore rispetto al 2015.</p>
<p>2. Dare evidenza di tutti i progetti/interventi aziendali di promozione alla salute e integrazione sociosanitaria attraverso la costruzione di un "Catalogo Aziendale" come previsto dal decreto n. 545 l 23.12.2015</p>	<p>1. Censimento dei progetti/interventi aziendali di promozione alla salute e integrazione sociosanitaria già in essere. 2. Stesura dei progetti nello specifico format aziendale sociosanitario al fine di inserirli nel database aziendale. 3. Implementazione dei nuovi progetti seguendo le linee guida sociosanitarie aziendali</p>	<p>Direttore di Distretto e personale individuato con il decreto n. 385 del 17.09.2015.</p>	<p>1. Giugno 2016  2. Settembre 2016  3. Dicembre 2016</p>
<p>3. Riduzione dei ricoveri per patologie croniche . Garantire l'assistenza sanitaria Distrettuale agli ospiti delle residenze per anziani non</p>	<p>Presenza in carico distrettuale degli ospiti delle residenze per anziani non convenzionate segnalati ai servizi distrettuali da MMG di riferimento della persona</p>	<p>Direttore di Distretto S.S. Cure Ambulatoriali e Domiciliari. SS Anziani e Residenze</p>	<p>n. assistiti presi in carico/totale dei segnalati=100%</p>

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
convenzionate (1646 pl*) per afferenza territoriale * dato aziendale			
4. Riduzione dei ricoveri per patologie croniche. Presenza in carico domiciliare.	Presenza in carico Distrettuale domiciliare delle persone con polipatologie croniche e con incapacità motoria segnalate dagli MMG e/o dalla continuità assistenziale ospedale-territorio	Direttore di Distretto Struttura Semplice Cure Ambulatoriali e Domiciliari SS Anziani e Residenze SSD Riabilitazione	n. assistiti presi in carico/totale dei segnalati= 100% valore atteso > a 8000* utenti presi in carico  * dato aziendale
5. Riduzione dei ricoveri per patologie croniche. Appropriatezza utilizzo delle RSA.	Mantenere elevato livello di appropriatezza dei ricoveri e della attività presso le RSA afferenti ai distretti	Direttore di Distretto SS. Anziani e Residenze	Indice di turnover < 1,5 *  * dato aziendale
6. Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale.	Garantire le valutazioni intra-ospedaliere secondo protocollo di continuità ospedale- territorio in atto perseguendo la massima integrazione tra i Distretti e i reparti ospedalieri	Direttore di Distretto SS. Anziani e Residenze SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari SSD Riabilitazione	n. assistiti valutati/totale dei segnalati=100% valore atteso > di 5000*  * dato aziendale
7. Garantire l'assistenza socio-sanitaria alla popolazione di riferimento nell'area materno-infantile al fine di evitare percorsi di istituzionalizzazione extraterritoriali dei minori nonché la prevenzione e il contrasto al disagio familiare.	1. Mantenere lo standard quantitativo e qualitativo della presa in carico dei minori che afferiscono ai servizi distrettuali 2. Mantenere lo standard quantitativo e qualitativo della presa in carico delle problematiche inserenti le funzioni consultoriali	Direttore di Distretto SS TSBA SS Consultorio F	1. n. minori in carico >= 2500*  2. n. persone in carico >= 7000* * dato aziendale
8. Sviluppare il governo e l'assetto organizzativo degli MMG	1. Individuazione delle modalità di verifica dei compiti degli MMG di cui al punto 1 dell'AIR. 2. Negoziazione degli obiettivi specifici, indicatori di processo e/o di esito indicati dalla Direzione Generale, con coordinatore dell'AFT/UDMG e	Direttore di Distretto	1. Stesura di protocollo. Dicembre 2016. 2. Conclusione della negoziazione e presentazione obiettivi AFT entro due mesi dalle indicazioni della Direzione Generale.

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	attuazione del processo di valutazione di cui al punto 3.7 dell’AIR		
<p>9. 3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari Cure palliative</p> <p>Garantire i livelli di assistenza territoriale alle persone con patologia che necessitano di cure palliative</p>	<p>1. Presenza in carico di ogni persona segnalata in continuità assistenziale (Ospedale, CSO, Hospice, 118, RSA o altre fonti provinciali ed extra provinciali)</p> <p>2. Mantenimento/incremento del risultato 2015 rispetto al numero di decessi a domicilio (considerato tale anche se entro 72 ore dal ricovero in ospedale) o nelle strutture territoriali: RSA, Hospice e altre strutture residenziali.</p> <p>3. Relazione da parte del Case manager sui motivi che hanno portato al ricovero</p>	<p>S.S. Cure Ambulatoriali e Domiciliari Personale medico, infermieristico e OSS Servizio Infermieristico Domiciliare</p>	<p>1. Presenza in carico del 100% delle persone segnalate con malattia oncologica (SIASI, cartella SID e PAI) al 31/12/2016</p> <p>2. Mantenimento della percentuale di decessi a domicilio rispetto alle persone decedute seguite dal distretto. Confronto 2015 vs 2016.</p> <p>3. 90% delle relazioni presenti in cartella Fonte dati SIASI – SID</p>
<p>10. 3.3. ASSISTENZA PRIMARIA 3.3.1. Lo sviluppo dell’assistenza primaria Appropriatezza e miglioramento delle cure e gestione della terapia anticoagulante orale a lungo termine</p>	<p>1. Inserimento del valore dell’INR nel software di gestione delle terapie anticoagulante orale “TAONET” nei pz afferenti alla sede distrettuale di Muggia (distretto 3)</p> <p>2. Analisi del dato e valutazione del TTR a sei mesi al fine di verificare l’appropriatezza della gestione della TAO con comunicazione del dato al MMG per eventuale rivalutazione terapeutica.</p>	<p>S.S. Cure Ambulatoriali e Domiciliari</p>	<p>1. Ottenimento valore INR e suo inserimento in TAONET almeno nel 60% dei pz afferenti al Distretto di Muggia a partire dal 1/9/2016.</p> <p>2. Ottenimento valore TTR per ciascun paziente in terapia anticoagulante orale per almeno sei mesi</p> <p>3. Almeno un incontro di aggiornamento e formazione con i MMG e personale sanitario distrettuale del CAP di Muggia sulla gestione e monitoraggio della terapia anticoagulante orale e discussione casi clinici con il cardiologo del CCV entro 31 dicembre 2016.</p>
<p>11. 3.3. ASSISTENZA PRIMARIA</p>	<p>1. Costruzione di almeno due registri di patologia</p>	<p>Angelina Pianca Direttore di Distretto</p>	<p>1. Creazione di registro di patologia su BPCO e</p>

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>3.3.1. Lo sviluppo dell'assistenza primaria Definire un modello assistenziale per ritardare il decorso, evitare riacutizzazioni e accessi impropri ospedalieri a favore di persone con patologia a lungo termine afferenti al CAP di Muggia</p>	<p>al fine di promuovere azioni proattive di salute integrate. 2. Individuazione dei conseguenti bisogni di salute e messa in atto di progetti personalizzati di presa in carico con diversa intensità 3. Definizione di un modello assistenziale per la presa in carico "proattiva" dei cittadini con evidenza delle azioni di gestione delle patologie a lungo termine e prevedendo ed organizzando le risposte assistenziali adeguate. 4. Definizione del piano formativo di Assistenza Primaria di Muggia con priorità sui PDTA di patologie a lungo termine, in particolare sulla BPCO, Diabete, terapia anticoagulante orale, cure palliative e BLS. 5. Adozione della Job Description dell'infermiere di Assistenza Primaria e definizione dei progetti formativi in base al modello delle competenze. <b>Le azioni 1-4 prevedono come pre condizione accordi condivisi e integrati con gli MMG</b></p>	<p>Cristina Montesi Dirigente Medico S.S. Cure Ambulatoriali e Domiciliari Ofelia Altomare Dirigente Infermieristico D'Ambrosi Gabriella P.O. SC Adulti Anziani S.S. Cure Ambulatoriali e Domiciliari Coord. Infermieristico Vanessa Stemberger Brunetta Alessandra Riccardo Candido SS Diabetologia</p>	<p>diabete 2. Presenza di reportistica 3. presenza di progetto 4. Presenza di piano formativo 5. Competenze acquisite degli infermieri di Assistenza Primaria/report</p>
<p>12. PAL 3.4.7 Mantenimento Tempi di attesa Incremento dell'attività ambulatoriale (in accordo con il Centro Cardiovascolare ) per le prestazioni di esami elettrocardiografici.</p>	<p>Implementazione dell'attività ambulatoriale distrettuale con incremento dell'offerta degli esami elettrocardiografici.</p>	<p>Tutto il personale Servizio Infermieristico Ambulatoriale</p>	<p>Incremento del numero di <b>elettrocardiogrammi</b> effettuati nella sede distrettuale di Via Puccini del Distretto 3 (2016&gt;2015).</p>
<p>13. Assicurare l'applicazione delle</p>	<p>1. Formulazione PAI entro le 72 ore dall'ingresso in</p>	<p>S.S. Anziani e Residenze Daria Gheretti</p>	<p>1. Percentuale di PAI somministrati 90% dei nuovi</p>

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
nuove “Linee Guida per la gestione delle Residenze Sanitarie Assistenziali” approvate con D.G.R. n. 2151 dd. 29.10.2015 e dell’accordo di convenzione	RSA 2. Monitoraggio cartelle cliniche al fine di verificare l’appropriatezza dell’iter di cura, della tempistica del ricovero e degli obiettivi raggiunti in relazione al PAI condiviso per i pazienti accolti in RSA	Marina Schilirò	accolti in <b>RSA</b> a partire dalla validazione della nuova procedura 2. Visualizzazione di almeno 10 cartelle cliniche (random) al fine di verificare l’appropriatezza dell’iter di cura, la tempistica del ricovero e gli obiettivi raggiunti in relazione al PAI condiviso. Tempi: 1/5/2016 al 31/12/2016
14. PAL 3.4 Progetti attinenti ad attività clinico assistenziali 3.4.5. sangue ed emocomponenti	1. Partecipazione alla costruzione di percorso condiviso Ospedale-Territorio all’interno del gruppo di lavoro individuato 2. In relazione a quanto previsto dalle LG 2016 garantire la trasfusione nella propria struttura di residenza, a domicilio, in RSA alle persone individuate all’interno del percorso condiviso Ospedale-Territorio	1. SSD Servizio Infermieristico Distrettuale Ofelia Altomare S.S. Anziani e Residenze 2. Jessica Ticali SSD Servizio Infermieristico Distrettuale Ofelia Altomare	1. Stesura di percorso e procedura di attuazione distrettuale 2. Accolto almeno l’80% del numero di richieste pervenute per trasfusioni in ambito territoriale Tempi: 1/5/2016 al 31/12/2016
15. PAL 2016 Progetti attinenti le attività clinico assistenziali 3.4.6 erogazione dei livelli di assistenza (riduzione numero di ricoveri) -Consolidare modalità proattive mirate alla conoscenza degli abitanti per l’identificazione delle aree di bisogno sociosanitario; -Attivare la presa in carico precoce a favore di assistiti residenti nelle microaree distrettuali mediante un	1. A partire dai dati dei ricoveri di <b>microarea</b> disponibili, individuazione delle priorità di intervento a partire dalle persone con ricoveri per patologia a lungo termine e ricoveri ripetuti (assegnazione di codice colore: rosso, giallo, verde, bianco) 2. Definizione di equipe di riferimento per ogni microarea 3. Definizione dei canali informativi di continuità e delle modalità operative delle equipe di <b>microarea</b> (individuazione delle persone da conoscere; definizione delle priorità; attivazione di UVD/Servizio; definizione del progetto	Dirigente Infermieristico Ofelia Altomare P.O.SC Tutela Adulti e Anziani Gabriella D’Ambrosi Dirigente Responsabile SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari Cristina Maria Montesi Responsabili Infermieristiche SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari Vanessa Stemberger Alessandra Brunetta SS Anziani e Residenze Marina Schilirò Responsabile del Coordinamento SSD Riabilitazione	1. Presenza di scheda con priorità definita  2. Definizione dell’equipe  3. Presenza di istruzione operativa  4.

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
percorso strutturato.	personalizzato) 4. Conoscenza, valutazione e definizione del progetto personalizzato a favore di persone consenzienti che abitano nelle MA distrettuali; evidenza della modalità di intervento da parte dell'MMG nei singoli progetti 5. analisi delle azioni dei gruppi con reportistica conclusiva	Gabriella Cernigoi Referenti di Microarea: Reanna Simsig Alfio Stefanich Armida Angeletti Davide Auber Referenti delle microaree di altri Enti: Barbara Naglieri Susanna Bradassi	100% delle persone consenzienti individuate con codice colore rosso e giallo, hanno un progetto personalizzato e un riferimento professionale; numero di persone inserite in ADP o ADI da parte dell'MMG; presenza di calendario di contatto delle persone con codice bianco e verde 5. Report conclusivo
16. PAL 2016 Progetti attinenti le attività clinico assistenziali 3.4.6 erogazione dei livelli di assistenza (riduzione numero di ricoveri) Attivare i soggetti terzi e le risorse della comunità per favorire la permanenza nel proprio contesto di vita delle persone in stato di terminalità	1. Segnalazione da parte degli infermieri del sid di riferimento per ciascuna <b>microarea</b> al referente delle persone con patologia oncologica o altra patologia con prognosi infausta in carico. 2. attivazione di soggetti terzi da parte del referente di <b>microarea</b> e strutturazione del BdS	SID Cure Ambulatoriali e Domiciliari Referenti microarea	1. 100% delle persone individuate dall'obiettivo vengono segnalate ai referenti di microarea 2. 100% delle persone individuate hanno un BdS con individuazione dei soggetti terzi che costituiscono la rete di sostegno
17. 3.4.2. PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALI Emergenza urgenza Prosecuzione dell'attività del tavolo PDTA ictus con monitoraggio dei percorsi riabilitativi dei pazienti dimessi dalla SC Medicina Riabilitativa con diagnosi di ictus.	1. Revisione dei documenti in essere per la continuità dalla SC Medicina Riabilitativa e predisposizione di un documento, alla luce dell'applicazione del PDTA regionale ICTUS, con la descrizione di una modalità condivisa di continuità. 2. Presa in carico e follow up dei pazienti con esiti di ICTUS ricoverati nella SC Medicina riabilitativa e dimessi.	Dirigenti SSD Riabilitazione Distrettuale	1. Redazione di un protocollo operativo condiviso per la continuità dalla SC Medicina Riabilitativa, alla luce dell'applicazione del PDTA regionale ICTUS, entro 30/9/2016. 2. Presa in carico e follow up di almeno il 90% dei pazienti segnalati con esiti di ICTUS ricoverati nella SC Medicina riabilitativa, come da protocollo concordato, dal 1/10/2016.

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>18. 3.3.2 PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIO-SANITARI</p> <p>Percorso di continuità riabilitativa e PDTA ictus e frattura di femore</p> <p>Miglioramento e monitoraggio del percorso riabilitativo delle persone ricoverate presso le RSA utilizzando modalità valutative oggettive e condivise:</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Predisposizione di una scheda per la valutazione dei bisogni riabilitativi delle persone ricoverate presso le RSA.</li> <li>2. Condivisione della scheda con il personale di riabilitazione delle RSA e SS Anziani e Residenze.</li> <li>3. Utilizzo sperimentale della scheda riabilitativa precedentemente condivisa</li> <li>4. Verifica del percorso adottato.</li> </ol>	<p>Personale del comparto SS Dipartimentale di Riabilitazione Distrettuale</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Redazione scheda di valutazione dei bisogni riabilitativi entro 30/08/2016.</li> <li>2. Evento formativo sul campo con il personale della SSD di Riabilitazione distrettuale, la referente di area riabilitativa aziendale, SS Anziani e Residenze e il personale della RSA per l'utilizzo della nuova scheda di valutazione entro 30/9/16.</li> <li>3. Dal 15 ottobre 2016, almeno l'80% delle persone verranno valutate secondo le nuove modalità</li> <li>4. Relazione sulla sperimentazione dell'utilizzo delle schede di valutazione dei bisogni riabilitativi 31/12/2016.</li> </ol>
<p>19. 3.2.8. PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE</p> <p>Prevenzione degli incidenti domestici</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nell'ambito della gestione a domicilio di persone parzialmente/ non autosufficienti valutazione tramite check list delle modalità di movimentazione da parte di care givers come prevenzione di incidente domestico.</li> <li>2. Rilevazione tramite scheda: <ul style="list-style-type: none"> <li>LIII. delle inadeguatezze ambientali,</li> <li>LIV. del piano degli ausili in uso e loro congruità con il progetto assistenziale</li> <li>LV. della formazione dei care givers</li> </ul> </li> <li>3. Proposta di intervento di bonifica per ridurre il rischio di incidenti domestici da movimentazione.</li> </ol>	<p>Personale del comparto SS Dipartimentale di Riabilitazione Distrettuale</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Redazione di una check list per la valutazione delle modalità di movimentazione da parte del care givers a domicilio ,di persone non e parzialmente autosufficienti entro 30/6/2016.</li> <li>2. Compilazione di 25 check list predisposte entro il 31/12/2016.</li> <li>3. Relazione finale con analisi delle azioni di miglioramento messe in atto - 31/12/2016.</li> </ol>

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
20. Rete del diabete	Produrre, in collaborazione con i Distretti e gli specialisti ospedalieri, un piano per la organizzazione e la costituzione formale della rete del diabete, tenendo presente tutte le risorse aziendali e convenzionate che operano nel settore e basato su PDTA e protocolli condivisi.	Riccardo Candido	Proposta di piano per l'organizzazione e la costituzione formale della rete del diabete
21. 3.5 .3 Assistenza farmaceutica Promuovere azioni di incentivazione all'impiego dei medicinali dal miglior profilo costo/beneficio	Incremento dell'uso di insulina basale glargine biosimilare ed educazione al corretto utilizzo del device	Tutto il personale della S.S. Centro Diabetologico	Prescrizione di insulina glargine biosimilare all'80% dei pazienti con diabete mellito tipo 2, naive alla terapia insulinica, che vengono avviati a terapia insulinica basale dal 1 luglio 2016 ed educazione al corretto utilizzo del device . Fonte: cartella diabetologica My Star
22. 3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari Diabete Obiettivo aziendale con DGR n. 1676 del 28 agosto 2015 sono stati adottati i documenti sul diabete gestazionale e sul percorso integrato regionale sulla malattia diabetica che dovrà essere applicato nel corso del 2016.	Continuità del percorso sul diabete gestazionale già in atto negli anni precedenti con particolare attenzione alle donne che non eseguono il follow-up post partum come indicati dal documento regionale sul diabete gestazionale	Tutto il personale della S.S. Centro Diabetologico	Recall telefonico del 100% delle donne affette da diabete gestazionale che non si sono presentate alla visita di controllo post partum nel 2016, per valutazione di curva da carico e programmazione di nuova visita diabetologica nella donne consenzienti.
23. 3.5.7 Assistenza farmaceutica Monitoraggio e verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa dei pazienti	1. Monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni di strisce per l'autocontrollo della glicemia ("Test Glicemia" - 7AB1B01) attraverso il sistema repository, con riferimento alle classi prescrittorie stabilite dagli Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito, con produzione di	1. Resp. SS Diabetologia Riccardo Candido  In collaborazione con Gruppo di Lavoro Dipartimentale di Epidemiologia e SS Vigilanza	1. Elaborazione ed invio di un documento di sintesi dei risultati alla Direzione Strategica entro 31 Dicembre 2016  2. Effettuazione di due di incontri di



Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
diabetici al fine di razionalizzare la spesa e dei consumi di tali prodotti, soprattutto con riferimento ai limiti massimi prescrivibili dei dispositivi per diabetici	un report, entro dicembre 2016. 2. Effettuazione nel corso dell'anno di incontri di confronto/audit con i prescrittori.	sull' erogazione dell'Assistenza Farmaceutica	confronto/audit con i prescrittori entro il 31/12/2016
24. PAL 2016. 3.2.4-Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP). Progetto Afrodite "Meglio Sapere Tutto"- la promozione dei comportamenti protettivi nella sfera delle relazioni affettive e sessuali: prevenire le MST, l'uso di sostanze ed altri comportamenti a rischio attraverso la metodologia della Peer Education Obiettivo interdistrettuale	Partecipazione del personale dei CCFF alle attività del gruppo di coordinamento di progetto avviato con gli istituti professionali: 1. Cooprogettazione e realizzazione di un percorso di formazione per gli insegnanti degli istituti professionali coinvolti 2. Cooprogettazione di un programma di intervento specifico per gli istituti professionali coinvolti, attraverso la metodologia della Peer Education.	Tutto il personale SCBADO Coordinatrice Infermieristica Roberta Accardo	Relazione sull'attività entro il 31/12/2016 comprendente: 1. Percorso formativo coprogettato sulle tematiche di interesse del progetto rivolto agli insegnanti degli istituti professionali coinvolti realizzato 2. Programma delle attività da avviare negli istituti professionali nell'anno scolastico 2016/17.
25. PAL 2016 3.6.2 Completare e consolidare il percorso integrato di assistenza nell'adozione nazionale e internazionale. Partecipare all'elaborazione delle linee guida regionali per le adozioni nazionali e internazionali Obiettivo interdistrettuale	1. Applicare le "Linee Operative del percorso integrato di assistenza nelle adozioni nazionali e internazionali" nelle fasi di valutazione e sostegno dell'inserimento in famiglia in tutti i nuovi casi 2 Gestione, monitoraggio e verifica dell'applicazione delle "Linee Operative del percorso integrato di assistenza nelle adozioni nazionali e internazionali" anche attraverso l'organizzazione di audit interdistrettuali sulla casistica	1. Tutti gli operatori del CF  2,3. Renata Ravelli	1. In tutti i nuovi casi sono state applicate le "Linee Operative del percorso integrato di assistenza nelle adozioni nazionali e internazionali" nelle fasi di valutazione e sostegno dell'inserimento in famiglia 2. Linee operative applicate in tutte le fasi del percorso individuando eventuali criticità e necessità di revisioni Report al 31/12/2016 3. documento scritto e concordato a livello interdistrettuale sulla bozza di protocollo

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	3 Fornire il proprio apporto ai lavori del tavolo di lavoro regionale nella stesura della bozza di protocollo regionale con contributo scritto		regionale.
26. PAL 2016- Linea 3.3.2- Percorso nascita Mantenimento standard BFCI Passo 7: Promuovere la collaborazione tra il personale sanitario, i gruppi di sostegno e la comunità locale	Azioni per lo sviluppo di comunità rivolte alle madri del territorio per la promozione dell'aiuto tra pari : 1. Organizzazione e realizzazione di un evento formativo rivolto a madri consulenti alla pari sulle tematiche dell'allattamento e delle cure prossimali. 2. Organizzazione e realizzazione di incontri formativi di approfondimento di tematiche specifiche	Simonetta Olivo	1. Corso di formazione sulle tematiche dell'allattamento e delle cure prossimali realizzato. 2. Almeno un incontro di approfondimento sulla tematica dell'attaccamento madre-bambino  Report 31/12/2016
27. PAL 2016- linea 3.6.2 Affido- promuovere nella cittadinanza la pratica dell'affido e formare le persone disponibili all'affido sulle tematiche relative	Collaborare all'attività del gruppo Interistituzionale <b>Affidi</b> per: 1. Organizzare e realizzare eventi di sensibilizzazione sul tema dell'affido rivolti alla cittadinanza 2. Organizzare e realizzare percorsi di gruppo informativi/ formativi per le persone che hanno dato disponibilità all'affido	F. Bruni	1. Percorso di sensibilizzazione all'affido rivolto alla cittadinanza realizzato 2. Almeno 1 percorso di gruppo informativo/ formativo sui temi dell'affido realizzato
28. PAA 2016 provinciale- tavoli pdz 4.7, 5.1, 5.2 Monitoraggio dell'attività integrata rivolta a minori ed alle loro famiglie  Obiettivo pluriennale	1. Monitoraggio dei progetti personalizzati per i casi complessi/ gravi integrati in carico alla SCBADOF al 1/1/2016 con eventuale ridefinizione del case manager. 2. Mantenimento/ aggiornamento registro minori con disabilità e dei casi integrati (pdz 4) e	Tutto il personale della SCBADOF Vittoria Sola, Abad Pilar SSTSBA	1. Aggiornamento del progetto personalizzato di almeno 20 casi gravi/ complessi integrati in carico alla SCBADOF al 1/1/2015. 2. Registro disabilità e registro dei casi integrati (PDZ 4) aggiornati. Report al 31/12/2016

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	produzione dei relativi report.		
29. PAL 2016- 3.2.14- Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle Malattie Infettive Programma XIII del PRP. Azioni 2 e 6.	1. Avvio dell'offerta attiva della 1° dose di meningococco B alla 2° vaccinazione 2. Mantenimento dell'informazione sulle vaccinazioni all'utenza che accede al Percorso Nascita distrettuale	Personale SCBADOF I. Karavalaki	1. Il 100% dei bambini eligibili alla 2° vaccinazione ha avuto l'offerta attiva della 1° dose per meningococco B dal 1° marzo 2016 2. Informazione sulle vaccinazioni a tutti i gruppi post parto dei Corsi di accompagnamento alla nascita (n. incontri/n. gruppi=100%)
30. PAL 2016 Autismo Definire un sistema integrato di interventi coordinati e personalizzati che garantiscano la globalità della presa in carico della persona affetta da un disturbo dello spettro autistico.	1. Individuazione, diagnosi e trattamento precoce per i bambini < 48 mesi che accedono alla struttura 2. Formazione di base per il personale della SSTSBA distrettuale su indicatori di rischio e PDTA	Personale della SSTSBA distrettuale Stocchi	1. Tutti i bambini < 48 mesi con sospetto Disturbo dello Spettro Autistico che accedono alla struttura sono presi in carico secondo PDTA. 2. 1 corso di formazione effettuato
31. PAL 2016 Salute Mentale. Consolidamento della rete distrettuale per salute mentale per l'età evolutiva	1. Incontri periodici della rete territoriale- SCBADOF, DDD, CSM per il monitoraggio della presa in carico dei casi da protocollo e per la definizione dei percorsi di continuità 2. Attivazione di NPI IRCCS Burlo Garofolo, DSM, DDD per soggetti della fascia di età in previsione del passaggio ai servizi età adulta, qualora opportuno. 3. Mantenimento del registro casi già in uso	SCBADOF Nadia Milos	1,2. DDD e CSM vengono attivati per tutte le situazioni in carico alla SSTSBA che richiedono continuità con i servizi età adulta.  3. Registro dei casi in carico aggiornato. Report 31/12/2016
32. Assicurare uniforme interpretazione e conseguente uniforme applicazione	1. Definizione di una procedura univoca entro il 30.06.16 2.	Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 3	1. Procedura presente entro il 30.06.16 2. Il 100% delle iscrizioni monitorate sono

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
dell'Accordo Stato Regioni dell'8.05.2003, in materia di iscrizione temporanea negli elenchi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta delle aziende sanitarie locali di temporanea dimora.	Monitorare e verificare le iscrizioni temporanee, di cui all'Accordo del 2003, effettuate dal 01.07.2016 (entro 31.12.16)	In condivisione con D1, D2 e D4	effettuate in base alla procedura univoca. 31.12.2016 Fonte: report delle iscrizioni temporanee effettuate dal 01.07.2016 (documentazione in sede)
33. Miglioramento dell'applicazione del codice dell'amministrazione digitale (Dlgs 82/2005 e ss. mm. ii.)	Proseguo dell'utilizzo della posta elettronica certificata (PEC) per la corrispondenza inviata alle P.A. e ai privati di cui è conosciuto l'indirizzo PEC.	Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 3	Incremento dei documenti inoltrati via <b>PEC</b> nel 2016 vs 2015 31.12.2016 <i>Fonte: elenco atti inoltrati via PEC scaricato dal programma del protocollo informatico, per gli anni 2015 e 2016.</i>
34. PAL Linea 3.6.1 In continuità con le attività realizzate negli anni precedenti sulla linea di intervento governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti, consolidare il monitoraggio dei sistemi informativi	Monitorare, verificare ed eventualmente sollecitare, l'utilizzo sistematico del sistema informativo SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio	Biasutti Annamaria Vigini Loriania	Presenza di un report distrettuale trimestrale che evidenzi le verifiche e le eventuali sollecitazioni ai servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio in merito all'utilizzo sistematico del sistema informativo <b>SIRA-FVG</b> 31.12.2016

## Personale

Proposta/richiesta	Risultato della Negoziazione
5 STABILIZZAZIONI INFERMIERI (CONTRATTI IN SCADENZA)	Accordato
1 OSS TURN OVER	Accordato
1 COORDINATORE SS. TUTELA SALUTE ANZIANI, COORDINAMENTO ATTIVITÀ STRUTTURE RESIDENZIALI (IN SOSTITUZIONE DOTT. MARRAZZO TRASFERITO AL DSM)	Accordato
1 AMMINISTRATIVO TURN OVER	Accordato
1 MEDICO DI DISTRETTO- PROSEGUIMENTO MEDICO SUMAI	Non accordato medico SUMAI, Accordato trasferimento interno medico dipendente
1 FISIOTERAPISTA TURN OVER	Accordato
1 ASSISTENTE SOCIALE (SOSTITUZIONE DIMISSIONI VOLONTARIE)	Accordato mobilità interna
NOMINA RESPONSABILE SS ADULTI E RESIDENZE ATTUALMENTE FF	Accordato un incarico professionale C3
2 INFERMIERI X AFT-CAP – NUOVA RICHIESTA	Per la manovra di attivazione aziendale dei CAP e delle AFT sono previsti, previa autorizzazione regionale (in deroga all'1%), 1 infermiere per AFT e 2 Infermieri per CAP.
1 LOGOPEDISTA (1/2 PER MATERNO INFANTILE E ½ ADULTI) (IN SOSTITUZIONE DI LOGOPEDISTA IN ASPETTATIVA SENZA ASSEGNI)	Da valutare nell'ambito della manovra di riorganizzazione delle UOBA e CF (previa autorizzazione regionale in deroga 1%)
½ NEUROPSICHIATRA INFANTILE/PSICHIATRA	

## Distretto 4

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale</p>	<p>1. Ridurre il tasso grezzo di ricoveri per gli indicatori LEA-PAL AHRQ (PQI 1, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16,). 2. Ridurre i ricoveri per BPCO, Scompenso cardiaco, Diabete, Polmonite e infezioni del tratto urinario. 3. Ridurre i ricoveri ripetuti per lo stesso MDC (periodo tra 30 gg e 6 mesi dal primo ricovero) (indicatori Sant'Anna). 4. Ridurre i ricoveri potenzialmente inappropriati (ricoveri medici LEA Patto salute).</p>	<p>Direttore di distretto  Il Responsabile di Distretto, per perseguire questi obiettivi, si avvarrà di tutta l'articolazione operativa distrettuale, dei rapporti con la Medicina Generale (in particolare con le nuove forme di aggregazione) e i PLS, le strutture convenzionate e le componenti aziendali ospedaliere, svolgendo anche ruolo di committenza su prestazioni e percorsi in relazione ai bisogni della popolazione servita.</p>	<p>1. Performance migliore rispetto al 2015. 2. Performance migliore rispetto al 2015 (somma delle patologie). 3. Performance migliore rispetto al 2015. 4. Performance migliore rispetto al 2015.</p>
<p>2. Dare evidenza di tutti i progetti/interventi aziendali di promozione alla salute e integrazione sociosanitaria attraverso la costruzione di un "Catalogo Aziendale" come previsto dal decreto n. 546 l 23.12.2015</p>	<p>1. Censimento dei progetti/interventi aziendali di promozione alla salute e integrazione sociosanitaria già in essere. 2. Stesura dei progetti nello specifico format aziendale sociosanitario al fine di inserirli nel database aziendale. 3. Implementazione dei nuovi progetti seguendo le linee guida sociosanitarie aziendali</p>	<p>Direttore di Distretto e personale individuato con il decreto n. 385 del 17.09.2015.</p>	<p>1. Giugno 2016  2. Settembre 2016  3. Dicembre 2016</p>
<p>3. Riduzione dei ricoveri per patologie croniche . Garantire l'assistenza</p>	<p>Preso in carico distrettuale degli ospiti delle residenze per anziani non convenzionate segnalati ai servizi distrettuali da MMG di riferimento della persona.</p>	<p>Direttore di Distretto Struttura Semplice Cure Ambulatoriali e Domiciliari.</p>	<p>n. assistiti presi in carico/totale dei segnalati=100%.</p>

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
sanitaria Distrettuale agli ospiti delle residenze per anziani non convenzionate (1646 pl) per afferenza territoriale		SS Anziani e Residenze.	
4. Riduzione dei ricoveri per patologie croniche. Presa in carico domiciliare.	Preso in carico Distrettuale domiciliare delle persone con polipatologie croniche e con incapacità motoria segnalate dagli MMG e/o dalla continuità assistenziale ospedale-territorio.	Direttore di Distretto Struttura Semplice Cure Ambulatoriali e Domiciliari. SS Anziani e Residenze. SSD Riabilitazione Distrettuale	n. assistiti presi in carico/totale dei segnalati= 100% valore atteso > a 8000* utenti presi in carico  * dato aziendale
5. Riduzione dei ricoveri per patologie croniche. Appropriata utilizzazione delle RSA.	Mantenere elevato livello di appropriatezza dei ricoveri e della attività presso le RSA afferenti ai distretti	Direttore di Distretto SS. Anziani e Residenze SSD Riabilitazione Distrettuale	Indice di turnover < 1,5 *  * dato aziendale
6. Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale.	Garantire le valutazioni intra-ospedaliere secondo protocollo di continuità ospedale-territorio in atto perseguendo la massima integrazione tra i Distretti e i reparti ospedalieri	Direttore di Distretto SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari SSD Riabilitazione Distrettuale SS. Anziani e Residenze	n. assistiti valutati/totale dei segnalati=100% valore atteso > di 5000*  * dato aziendale
7. Garantire l'assistenza socio-sanitaria alla popolazione di riferimento nell'area materno-infantile al fine di evitare percorsi di istituzionalizzazione extraterritoriali dei minori nonché la prevenzione e il contrasto al disagio familiare.	1. Mantenere lo standard quantitativo e qualitativo della presa in carico dei minori che afferiscono ai servizi distrettuali  2. Mantenere lo standard quantitativo e qualitativo della presa in carico delle problematiche inserenti le funzioni consultoriali	Direttore di Distretto SS TSBA  SS Consultorio F	1. n. minori in carico >= 2500*  2 n. persone in carico >= 7000*  * dato aziendale

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
8. Sviluppare il governo e l'assetto organizzativo degli MMG	1. Individuazione delle modalità di verifica dei compiti degli MMG di cui al punto 1 dell'AIR. 2. Negoziazione degli obiettivi specifici, indicatori di processo e/o di esito indicati dalla Direzione Generale, con coordinatore dell'AFT/UDMG e attuazione del processo di valutazione di cui al punto 3.7 dell'AIR	Direttore di Distretto	1. Stesura di protocollo. Dicembre 2016. 2. Conclusione della negoziazione e presentazione obiettivi AFT entro due mesi dalle indicazioni della Direzione Generale.
9. Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale	Nell'ambito della medicina di iniziativa: 1. verifica della compliance terapeutica ed eventuale raccordo con MMG – medico specialista 2. promozione vaccinazione antinfluenzale e antipneumococcica 3. promozione degli adeguati stili di vita 4. counseling antitabagico ove indicato in persone con patologie croniche ad alto impatto socio-sanitario (BPCO,DM,SCC) che abbiano avuto 2 o più ricoveri negli ultimi 12 mesi	Dirigente medico Struttura Semplice Cure Ambulatoriali e Domiciliari M. Teresa Benazzi A. Tulliani	Al 31.12.2016 valutate 35 persone /dirigente. Documentazione conservata presso la S.S. Cure Ambulatoriali e Domiciliari D4
10. Insufficienze d'organo e trapianti POLMONE. costruzione della rete dedicata alle patologie respiratorie. Avvio del PDTA sui pazienti affetti da BPCO e del suo monitoraggio	Stesura di un testo riguardante i criteri e le modalità di esecuzione delle visite domiciliari per BPCO/insufficienza respiratoria al fine di un tempestivo intervento specialistico pneumologico, dando la disponibilità all'esecuzione delle stesse in tempi adeguati alla tipologia della richiesta	Aureo Muzzi	Presentazione del testo alle AFT e al SID. Report finale dell'attività al 31/12/2016



Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
11. Polmonite Riduzione dei ricoveri ospedalieri, corretto uso degli antibiotici	Stesura di Linee di Indirizzo su diagnosi, terapia e follow-up della polmonite comunitaria, anche con diagnosi differenziale con le infezioni delle vie aeree superiori.	Aureo Muzzi	Presentazione delle linee di indirizzo alle AFT Entro il 31/12/2016
12. PAL 3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari. Sviluppo di progetti nel settore delle demenze in una logica di rete integrata dell'offerta socio sanitaria.	1. Riaggiornamento del PDTA Demenze / Deterioramento cognitivo con Clinica Neurologica con stesura definitiva del testo, in base all'esperienza di collaborazione dell'anno precedente. 2. Consolidamento della rete e delle modalità di presa in carico nel settore delle demenze applicando il PDTA Demenze / Deterioramento cognitivo già approvato nel 2013 (vedi prot N 54697/GEN I.1.A del 18/11/2013) e successivamente applicazione del nuovo PDTA concordato e riaggiornato con la Cl. Neurologica.	Dirigente S.S. Anziani e Residenze Carlo De Vuono	1. Presentazione alla Direzione Sanitaria del PDTA Demenze / Deterioramento cognitivo, concordato e riaggiornato con la Cl. Neurologica entro il 30/09/16. 2. Applicazione del PDTA approvato nel 2013 e, successivamente al 30/09/16, del PDTA concordato con la Cl. Neurologica nel 100% dei nuovi casi che afferiscono al CDDD Distretto 4, al fine di consolidare la rete di presa in carico nel settore delle demenze. 31/12/16
13. PAL 3.6.1 Sistemi informativi	Monitoraggio, verifica ed eventualmente sollecito sull'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio.	Struttura Semplice Anziani e Residenze	Ogni distretto ha in evidenza un report con le verifiche bimestrali e le eventuali sollecitazioni contestuali alle irregolarità riscontrate ai servizi residenziali e semiresidenziali per anziani convenzionati del proprio territorio in merito all'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA. 31/12/16
14. PAL 2016 Progetti attinenti le attività clinico assistenziali 3.4.6 erogazione dei livelli di assistenza (riduzione numero di	1. A partire dai dati dei ricoveri di microarea disponibili, individuazione delle priorità di intervento a partire dalle persone con ricoveri per patologia a lungo termine e ricoveri ripetuti (assegnazione, di codice colore: rosso, giallo,	Personale della Struttura Semplice Dipartimentale Servizio Infermieristico P.O. SCTSAA	1. Presenza di scheda con priorità definita 2. Presenza di istruzione operativa

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>ricoveri) -Consolidare modalità proattive mirate alla conoscenza degli abitanti per l'identificazione delle aree di bisogno sociosanitario; -Attivare la presa in carico precoce a favore di assistiti residenti nelle microaree distrettuali mediante un percorso strutturato.</p>	<p>verde, bianco) 2. Definizione dei canali informativi di continuità e delle modalità operative delle equipe di microarea (individuazione delle persone da conoscere; definizione delle priorità; attivazione di UVD/Servizio; definizione del progetto personalizzato) 3. Conoscenza, valutazione e definizione del progetto personalizzato a favore di persone consenzienti che abitano nelle MA distrettuali; 4. Analisi delle azioni dei gruppi con reportistica conclusiva</p>		<p>3. 100% delle persone individuate con codice colore rosso e giallo, che acconsentano, hanno un progetto personalizzato e un riferimento professionale; presenza di calendario di contatto delle persone con codice bianco e verde 4. Report conclusivo</p>
<p>15. PAL 2016 Progetti attinenti le attività clinico assistenziali 3.4.6 erogazione dei livelli di assistenza (riduzione numero di ricoveri) Attivare i soggetti terzi e le risorse della comunità per favorire la permanenza nel proprio contesto di vita delle persone in stato di terminalità</p>	<p>1. Segnalazione al referente di MA delle persone con patologia oncologica o altra patologia in fase terminale in carico al SID, da parte degli infermieri di riferimento per ciascuna Microarea. 2. Valutazione delle persone segnalate consenzienti da parte della/del referente di MA ed attivazione di soggetti terzi con strutturazione di un progetto budget di salute.</p>	<p>1. Cure Ambulatoriali e Domiciliari (SID) PO SCTSAA 2. Referenti Microaree PO SCTSAA</p>	<p>1. 100% delle persone individuate sono segnalate ai referenti di Microarea 2. 100% delle persone individuate da az. 1 hanno un progetto budget di salute con l'individuazione/attivazione dei soggetti terzi che costituiscono la rete di sostegno 31/12/16</p>
<p>16. 3.4.2. PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALI Emergenza urgenza</p>	<p>1. Revisione dei documenti in essere per la continuità dalla SC Medicina Riabilitativa di AOOUTS verso AAS 1 e predisposizione di un documento, alla luce dell'applicazione del PDTA regionale ICTUS, con la descrizione di una modalità condivisa</p>	<p>Dirigenti SSD Riabilitazione Distrettuale</p>	<p>1. Redazione di un protocollo operativo condiviso per la continuità dalla SC Medicina Riabilitativa AOOUTS verso AAS1, alla luce dell'applicazione del PDTA regionale ICTUS, entro 30/9/2016. 2.</p>

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Prosecuzione dell'attività del tavolo PDTA ictus con monitoraggio dei percorsi riabilitativi dei pazienti dimessi dalla SC Medicina Riabilitativa con diagnosi di ictus.</p>	<p>di continuità. 2. Presenza in carico e follow up dei pazienti con esiti di ICTUS ricoverati nella SC Medicina riabilitativa e dimessi verso AAS1.</p>		<p>Presenza in carico e follow up di almeno il 90% dei pazienti segnalati con esiti di ICTUS ricoverati nella SC Medicina riabilitativa, come da protocollo concordato, dal 1/10/2016.</p>
<p>17. 3.3.2 PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIO-SANITARI Percorso di continuità riabilitativa e PDTA ictus e frattura di femore Miglioramento e monitoraggio del percorso riabilitativo delle persone ricoverate presso le RSA utilizzando modalità valutative oggettive e condivise:</p>	<p>1. Predisposizione di una scheda per la valutazione dei bisogni riabilitativi delle persone ricoverate presso le RSA. 2. Condivisione della scheda con il personale di riabilitazione delle RSA e SS Anziani e Residenze. 3. Utilizzo sperimentale della scheda riabilitativa precedentemente condivisa 4. Verifica del percorso adottato.</p>	<p>Personale del comparto SS Dipartimentale di Riabilitazione Distrettuale</p>	<p>1. Redazione scheda di valutazione dei bisogni riabilitativi entro 30/8/ 2016. 2. Evento formativo sul campo con il personale della SSD di Riabilitazione distrettuale, la referente di area riabilitativa aziendale, SS Anziani e Residenze e il personale della RSA per l'utilizzo della nuova scheda di valutazione entro 30/9/16. 3. Dal 15 ottobre 2016, almeno l'80% delle persone verranno valutate secondo le nuove modalità 4. Relazione sulla sperimentazione dell'utilizzo delle schede di valutazione dei bisogni riabilitativi 31/12/2016.</p>
<p>18. 3.2.8. PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE Prevenzione degli incidenti domestici</p>	<p>1. Nell'ambito della gestione a domicilio di persone parzialmente/ non autosufficienti valutazione tramite check list delle modalità di movimentazione da parte di care givers come prevenzione di incidente domestico. 2. Rilevazione tramite scheda: LVI. delle inadeguatezze ambientali, LVII. del piano degli ausili in uso e loro congruità con il progetto assistenziale</p>	<p>Personale del comparto SS Dipartimentale di Riabilitazione Distrettuale</p>	<p>1. Redazione di una check list per la valutazione delle modalità di movimentazione da parte del care givers a domicilio, di persone non e parzialmente autosufficienti entro 30/6/2016. 2. Compilazione di 25 check list predisposte entro il 31/12/2016. 3. Relazione finale con analisi delle azioni di miglioramento messe in atto - 31/12/2016.</p>

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	LVIII. della formazione dei care givers 3. Proposta di intervento di bonifica per ridurre il rischio di incidenti domestici da movimentazione.		
19. 3.5.3 Assistenza farmaceutica promuovere azioni di incentivazione all'impiego dei medicinali dal miglior profilo costo/beneficio	Incremento dell'uso di insulina basale glargine biosimilare ed educazione al corretto utilizzo del device	Tutto il personale della S.S. Centro Diabetologico	Prescrizione di insulina glargine biosimilare all'80% dei pazienti con diabete mellito tipo 2, naive alla terapia insulinica, che vengono avviati a terapia insulinica basale dal 1 luglio 2016 ed educazione al corretto utilizzo del device . Fonte: cartella diabetologica My Star
20. 3.5.7 Assistenza farmaceutica Monitoraggio e verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa dei pazienti diabetici al fine di razionalizzare la spesa e dei consumi di tali prodotti, soprattutto con riferimento ai limiti massimi prescrivibili dei dispositivi per diabetici	1. Monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni di strisce per l'autocontrollo della glicemia ("Test Glicemia" - 7AB1B01) attraverso il sistema repository, con riferimento alle classi prescrittorie stabilite dagli Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito, con produzione di un report, entro dicembre 2016. 2. Effettuazione nel corso dell'anno di incontri di confronto/audit con i prescrittori.	Resp. della SS Centro Diabetologico D4 Elisabetta Caroli in collaborazione con Gruppo di Lavoro Dipartimentale di Epidemiologia e SS Vigilanza sull'erogazione dell'Assistenza Farmaceutica	1. Elaborazione ed invio di un documento di sintesi dei risultati alla Direzione Strategica entro 31 Dicembre 2016 2. Effettuazione di due incontri di confronto/audit con i prescrittori entro il 31/12/2016
21. 3.3.2 Programmazione degli interventi socio-sanitari Diabete Obiettivo aziendale con DGR n. 1676 del 28 agosto 2015 sono stati adottati i documenti sul diabete gestazionale e sul percorso integrato regionale sulla malattia diabetica che	Continuità del percorso sul diabete gestazionale già in atto negli anni precedenti con particolare attenzione alle donne che non eseguono il follow-up post partum come indicato dal documento regionale sul diabete gestazionale	Tutto il personale della S.S. Centro Diabetologico	Recall telefonico del 100% delle donne affette da diabete gestazionale che non si sono presentate alla visita di controllo post partum nel 2016, per valutazione di curva da carico e programmazione di nuova visita diabetologica nelle donne consenzienti.

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
dovrà essere applicato nel corso del 2016.			
<p>22. PAL 2016 3.6.2 Completare e consolidare il percorso integrato di assistenza nell'adozione nazionale e internazionale. Partecipare all'elaborazione delle linee guida regionali per le adozioni nazionali e internazionali Obiettivo interdistrettuale</p>	<p>1. Applicare le “Linee Operative del percorso integrato di assistenza nelle adozioni nazionali e internazionali” nelle fasi di valutazione e sostegno dell'inserimento in famiglia in tutti i nuovi casi 2. Gestione, monitoraggio e verifica dell'applicazione delle “Linee Operative del percorso integrato di assistenza nelle adozioni nazionali e internazionali” anche attraverso l'organizzazione di audit interdistrettuali sulla casistica 3. partecipazione al tavolo regionale di revisione del protocollo adozioni nazionali e internazionali, nella stesura della bozza di protocollo regionale con contributo scritto</p>	<p>1. Tutti gli operatori del CF  2,3. M. Alessandra Carraro</p>	<p>1. In tutti i nuovi casi sono state applicate le “Linee Operative del percorso integrato di assistenza nelle adozioni nazionali e internazionali nelle fasi di valutazione e sostegno dell'inserimento in famiglia 2. Linee operative applicate in tutte le fasi del percorso individuando eventuali criticità e necessità di revisioni Report al 31/12/2016 3. Documento scritto e concordato a livello interdistrettuale sulla bozza di protocollo regionale. 31.12.2016</p>
<p>23. PAL 2016 Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP) Progetto Afrodite “Meglio Sapere Tutto”- la promozione dei comportamenti protettivi nella sfera delle relazioni affettive e sessuali: prevenire le MST, l'uso di sostanze ed altri comportamenti a rischio attraverso la metodologia della Peer Education</p>	<p>Partecipazione del personale dei CCFF alle attività del gruppo di coordinamento di progetto avviato con gli istituti professionali: 1. Cooprogettazione e realizzazione di un percorso di formazione per gli insegnanti degli istituti professionali coinvolti 2. Cooprogettazione di un programma di intervento specifico per gli istituti professionali coinvolti, attraverso la metodologia della Peer Education.</p>	<p>Coordinatrice Annarosa Orel  Tutto il personale del CF</p>	<p>Report dell'attività entro il 31.12.2016 comprendente: 1. Percorso formativo coprogettato sulle tematiche di interesse del progetto rivolto agli insegnanti degli istituti professionali coinvolti realizzato 2. Programma delle attività da avviare negli istituti professionali nell'anno scolastico 2016/17.</p>

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Obiettivo interdistrettuale			
<p>24. PAL 2016- 3.2.14- Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle Malattie Infettive Programma XIII del PRP. Azioni 2 e 6.</p>	<p>1. Avvio dell'offerta attiva della 1° dose di meningococco B alla 2° vaccinazione 2. Mantenimento dell'informazione sulle vaccinazioni all'utenza che accede al Percorso Nascita distrettuale</p>	<p>Tutto il personale della SSTSBA</p>	<p>1. 80% dei bambini eligibili alla 2° vaccinazione a partire dal 1° marzo, ha avuto l'offerta attiva della 1° dose per meningococco B 2. Informazione sulle vaccinazioni a tutti i gruppi post parto dei Corsi di accompagnamento alla nascita (n. incontri/n. gruppi=100%)</p>
<p>25. PAL 2016 3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari . Salute mentale. Miglioramento della rete dei servizi di salute mentale dell'età evolutiva. PAA 2016 provinciale- tavoli pdz 4.1,4.2, 4.3, 4.4, 4.6, 5.1, 5.2. Monitoraggio dell'attività integrata rivolta a minori e famiglie e sostegno alla permanenza dei minori nelle loro famiglie. Percorso integrato sociosanitario per persone con disabilità.</p>	<p>Rilevazione dell'attività di case management svolta nelle situazioni che afferiscono o sono già in carico alla SSTSBA.</p>	<p>Tutto il personale della SSTSBA</p>	<p>Per almeno 10 situazioni accolte e/o in carico alla SSTSBA viene documentata nella cartella clinica del servizio l'attività di case management .</p>
<p>26. PAL 2016 3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari . Salute mentale. PAA 2016 provinciale- tavoli</p>	<p>1. Prosecuzione della raccolta dei dati relativi ai minori con riconoscimento di disabilità ai sensi della L.104/92 e mantenimento del registro attivato. 2.</p>	<p>Responsabile della SSTSBA Cosetta Ceschia</p>	<p>Report 31.12.2016</p>

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>pdz ,4.2, 4.3, 4.4,4.6. Monitoraggio dell'attività integrata rivolta a minori e famiglie ; percorso integrato sociosanitario per persone con disabilità.</p>	<p>Analisi dei dati e relazione finale</p>		
<p>27. PAL 2016 3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari . Salute mentale. PAA 2016 provinciale- tavoli pdz 4.1,4.2,4.4,4.6, 5.1, 5.2. Percorso integrato sociosanitario per persone con disabilità, sostegno alla permanenza dei minori nelle loro famiglie. Sostegno alla genitorialità nelle situazioni di disabilità del minore</p>	<p>Realizzazione di incontri nelle situazioni di disabilità che coinvolgono minori : individuali con i genitori caregiver , di gruppo con i minori.</p>	<p>Sara Frisari</p>	<p>Realizzare presso il Servizio 10 incontri: di gruppo con i minori e individuali con i genitori entro 31/12/2016. Report finale entro 31/12/2016.</p>
<p>28. PAL 2016 3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari . Salute mentale Miglioramento della rete dei servizi di salute mentale dell'età evolutiva. PAA 2016 provinciale- tavoli pdz 4.1,4.2,4.4,4.6, 5.1, 5.2. Percorso integrato sociosanitario per persone con disabilità, sostegno alla permanenza dei minori nelle</p>	<p>Realizzazione di incontri di gruppo con minori che presentano disturbi del comportamento con sintomi di impulsività, opposizione e confusione tra pensiero reale e fantastico. Incontri di sostegno alla genitorialità presso il servizio, anche in un'ottica di empowerment e di auto aiuto dell'utenza rivolti a genitori.</p>	<p>Stefania Zoia</p>	<p>Realizzare presso il servizio 10 incontri: di gruppo con i minori e individuali con i genitori entro il 31/12/2016. Report finale entro 31/12/2016.</p>

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
loro famiglie.			
<p>29. PAL 2016 3.3.2. Miglioramento della rete dei servizi di salute mentale dell'età evolutiva. Migliorare la presa in carico dei ritardi e disturbi dello sviluppo nelle prime età della vita. PAA 2016 provinciale- tavoli pdz . 4.1,4.2,4.4,4.6.Percorso integrato sociosanitario per persone con disabilità. Migliorare la presa in carico della disabilità in età evolutiva. Rilevare la qualità della vita di adolescenti e preadolescenti.</p>	<p>1.1 Introduzione di almeno un test riconosciuto per la valutazione dei cambiamenti funzionali della motricità nei bambini con PCI ( ad esempio la scala Besta). 1.2 Accompagnamento dei terapisti dell'età evolutiva delle SSTSBA di ASUITS all'utilizzo di tale scala. 1.3 Applicazione della scala ad almeno 5 casi di minori con disabilità neuromotoria in carico ad ASUITS. 2.1 Individuazione e somministrazione di un questionario da cui emergano alcuni aspetti della qualità della vita, incluso l'impatto del percorso riabilitativo, a ragazzi dai 10 ai 18 anni in carico con disabilità neuromotoria. 3.1 Prosecuzione inserimento dei dati nel registro minori con disabilità in carico ai servizi con aggiornamento.</p>	Cristina Rumer	<p>1.1,2 Preparazione dei terapisti dell'età evolutiva delle SSTSBA sui test individuati entro 31 ottobre 2016.</p> <p>1.3. Applicazione del test ad almeno 5 casi di minori con disabilità neuromotoria in carico entro il 31 dicembre 2016. Report entro 31/12/2016</p> <p>2.1 Almeno 10 situazioni rilevate con questionario entro il 31 dicembre 2016. Report finale entro 31/12/2016</p> <p>3.1 inserimento di tutti i dati relativi ai minori affetti da patologia neuromotoria in carico alle SSTSBA</p>
30. Presa in carico delle persone in predialisi e delle loro famiglie	Attuazione di almeno un colloquio informativo e compilazione di una scheda sociale al 100% delle persone segnalate dalla S.C. Nefrologia e Dialisi nell'arco del 2016	Servizio Assistenza Dializzati e Trapiantati – assistente sociale	100% Report al 31/12/2016
31. Estensione del rimborso per il ristoro dei consumi energetici sostenuti per la dialisi domiciliare anche ai soggetti	1. Selezione degli utenti in dialisi peritoneale. 2. Aggiornamento della situazione tramite colloquio telefonico o visita domiciliare.	Servizio Assistenza Dializzati e Trapiantati – assistente sociale	Rimborso al 100% delle persone individuate



Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
con metodica manuale	3. Verifica e controllo documentazione per la liquidazione dei rimborsi		
32. Assicurare uniforme interpretazione e conseguente uniforme applicazione dell'Accordo Stato Regioni dell'8.05.2003, in materia di iscrizione temporanea negli elenchi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta delle aziende sanitarie locali di temporanea dimora.	1. Definizione di una procedura univoca entro il 30.06.16 2. Monitorare e verificare almeno l'80% delle iscrizioni temporanee, di cui all'Accordo del 2003, effettuate dal 01.07.2016 (entro 31.12.16)	Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 4  In condivisione con D1, D2 e D3	1. Procedura presente entro il 30.06.16 2. Il 100% delle iscrizioni monitorate sono effettuate in base alla procedura univoca. 31.12.2016 Fonte: report delle iscrizioni temporanee effettuate dal 01.07.2016 (documentazione in sede)
33. Miglioramento dell'applicazione del codice dell'amministrazione digitale (Dlgs 82/2005 e ss. mm. ii.)	Prosieguo dell'utilizzo della posta elettronica certificata (PEC) per la corrispondenza inviata alle P.A. e ai privati di cui è conosciuto l'indirizzo PEC.	Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 4	Incremento dei documenti inoltrati via PEC nel 2016 vs 2015 31.12.2016  Fonte: elenco atti inoltrati via PEC scaricato dal programma del protocollo informatico, per gli anni 2015 e 2016.
34. PAL Linea 3.6.1 In continuità con le attività realizzate negli anni precedenti sulla linea di intervento governo e riqualificazione del sistema residenziale e semi residenziale per anziani non autosufficienti, consolidare il monitoraggio dei sistemi informativi	Monitorare, verificare ed eventualmente sollecitare, l'utilizzo sistematico del sistema informativo SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio	P.O. Gestione servizi amministrativi (M. Castagna)	Presenza di un report distrettuale trimestrale che evidenzia le verifiche e le eventuali sollecitazioni ai servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio in merito all'utilizzo sistematico del sistema informativo SIRA-FVG. 31.12.2016

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>35. Contabilizzare le pratiche assunte nell' anno 2015 per prestazioni erogate nella Provincia di Trieste agli iscritti AIRE e ai possessori di codice STP, per l'ottenimento del finanziamento da parte del Ministero della Salute a valere sul FSN, al fine di un costante mantenimento in corso sul miglioramento conseguito dalla precedente gestione contabile</p>	<p>1. Individuazione delle pratiche interessate suddivise per AIRE e STP e per l'annualità 2015. 2. Tariffazione delle prestazioni erogate (ove prevista). 3. Contabilizzazione degli importi (per filone normativo, paese di provenienza, Ente erogante). 4. Predisposizione elenchi riassuntivi. 5. Trasmissione degli elenchi alla DCSISSPL a mezzo mail da parte del competente Ufficio.</p>	<p>Tutto il personale incardinato nell'Ufficio Convenzioni Internazionali (presso il Distretto 4)</p>	<p>Per le azioni dal n. 1 al n. 4: da concludersi entro il 30.11.2016 per il 95% di tutte le pratiche in giacenza (documentazione agli atti). Per l'azione n. 5: entro il 31.12.2016.</p>
<p>36. PAL Linea 6.3.3 Evitare il non riconoscimento di eventuali crediti dovuti a ritardi di fatturazione. Utilizzo della piattaforma ASPE con particolare riferimento al rispetto dei termini di scadenza indicati dalla Regione per le fatturazioni.</p>	<p>1 Utilizzo gestionale sistema ASPE per la mobilità sanitaria internazionale attiva (CREDITI). Riassumibile in: - assunzione dei costi previa verifica; - fatturazione; - inserimento delle fatture nel sistema SIASI; - caricamento dei relativi file prodotti da INSIEL nell'applicativo ministeriale ASPE; 2 Rispetto dei termini previsti dal Ministero della Salute mediante le successive indicazioni operative regionali in prossimità delle scadenze (31.05.2016 per il I semestre 2015 e 30.11.2016 per il II semestre 2015), salvo eventuali diverse comunicazioni ministeriali/regionali.</p>	<p>Tutto il personale incardinato nell'Ufficio Convenzioni Internazionali (presso il Distretto 4)</p>	<p>Completamento delle azioni 1 e 2 nel seguente modo: Per il I semestre 2015 entro maggio 2016 e per il II semestre 2015 entro novembre 2016 (salvo diverse e successive comunicazioni Regionali). Fonte dati: stampa della ricevuta di avvenuto caricamento dei file nell'applicativo ministeriale ASPE e successivo invio alla DCSISSPL della comunicazione di conclusione lavori e rispetto termini previsti.</p>
<p>37. Acquisire competenze assistenziali per la presa in carico proattiva di persone</p>	<p>1. Predisposizione di uno strumento per la valutazione dei bisogni formativi degli infermieri in relazione alla presa in carico "proattiva" dei</p>	<p>Dirigente infermieristico Monica Bonetti</p>	<p>1. Entro il 31/10/16 Presenza del piano formativo con evidenza della valutazione del bisogno formativo (azioni 1-3)</p>

Obiettivo generale	azione	personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>con patologie a lungo termine al fine di evitare riacutizzazioni e accessi impropri in ospedale.</p> <p>3.3. ASSISTENZA PRIMARIA</p> <p>3.3.1. Lo sviluppo dell'assistenza primaria</p>	<p>cittadini con malattie di lunga durata.</p> <p>2 Valutazione del bisogno formativo degli infermieri afferenti la SC Adulti e Anziani e la SSD Servizio Infermieristico con lo strumento di cui al punto 1 e confronto con la Job Description dell'infermiere di Assistenza Primaria in base al modello delle competenze.</p> <p>3. Definizione del piano formativo con evidenza dei percorsi formativi da attivare (FSC- stage - residenziali)</p> <p>4. Predisposizione dei percorsi formativi prioritari</p>		<p>2. Entro il 31/12/16 Almeno 2 percorsi formativi attivati</p>

## Personale

Proposta/richiesta	Risultato della Negoziazione
1 DIRIGENTE MEDICO INTERNISTA A T.D. PER TUTTA LA DURATA DELL'INCARICO DI DIRETTORE SANITARIO DEL DIRETTORE DEL DISTRETTO 4	Non accordato
1 DIRIGENTE INFERMIERISTICO A T.D. PER TUTTA LA DURATA DELL'INCARICO DI COORDINATORE SOCIO SANITARIO DEL RESPONSABILE SSD SERV INF DISTRETTUALE DEL D4	Accordato
1 DIRIGENTE MEDICO NEUROPSICHIATRA INFANTILE A T.I. PER 19 ORE SETTIMANALI (50% DELL'ORARIO A TEMPO PIENO)	Accordato, nell'ambito della manovra di riorganizzazione delle UOBA e CF (previa autorizzazione regionale in deroga 1%)
1 DIRIGENTE MEDICO DIABETOLOGO A T.D. PER GARANTIRE ATTIVITÀ DI AMBULATORIO	Accordato, con mobilità interna
4 INFERMIERI A T.I. GIÀ COPERTI CON INCARICO A T.D.	Accordato
3 INFERMIERI A T.I. PER CAP OSPEDALE MAGGIORE, DEI QUALI 1 DA ADIBIRE ANCHE PER ATTIVITÀ AFT SAN GIOVANNI (CIRCA 15 ORE).	Per la manovra di attivazione aziendale dei CAP e delle AFT sono previsti, previa autorizzazione regionale (in deroga all'1%), 1 infermiere per AFT e 2 Infermieri per CAP
1 COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO PER SSTSBA	Accordato
1 FISIOTERAPISTA A T.D. PER TUTTA LA DURATA DEL COMANDO DI OPERATORE PARI PROFILO	Non accordato
CONFERMA INCARICO SUMAI CON AUMENTO ORE (DA 14 A 20 ORE) DEL CHIRURGO PLASTICO	Accordato, tempo indeterminato ,incremento ore progressivo
1 ASSISTENTE AMMINISTRATIVO.	Da rivalutare a seguito del completamento delle assunzioni in corso ex L. 68/99
1 PSICOLOGO SUMAI PER 18 ORE /SETT. 1 DIRIGENTE PSICOLOGO A T.D.	Si accorda relativamente alla valutazione nell'ambito della manovra di riorganizzazione delle UOBA e CF (previa autorizzazione regionale in deroga 1%) (non come SUMAI)
1 TERAPISTA OCCUPAZIONALE (LEA) A T.I.	Non accordato
1 EDUCATORE PROFESSIONALE A T.I.	Si accorda relativamente alla valutazione nell'ambito della manovra di riorganizzazione delle UOBA e CF (previa autorizzazione regionale in deroga 1%)

obiettivo generale	azione	personale	indicatore / risultato atteso / tempo
<p>1. Esordi psichiatrici negli adolescenti e nei giovani adulti:</p> <p>1.1. Diagnosi e presa in carico tempestiva e congiunta degli esordi psichiatrici degli adolescenti.</p>	<p>1.1.1. Valutazione congiunta di tutte le persone della fascia d'età 15-25 anni segnalate dalle SCBADOF.</p> <p>1.1.2. Rilevazione della DUP (durata della psicosi non trattata) per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– persone valutate congiuntamente da SC BADOF – DSM – DDD,</li> <li>– persone all'esordio psicotico entrate in contatto solo con i CSM.</li> </ul> <p>1.1.2. Attività di informazione rivolta ai MMG con distribuzione della brochure dedicata al riconoscimento precoce dell'esordio</p>	<p>CSM Barcola: Santoro F., Bronzin L., Germano C. Goffredo. M. CSM Maddalena: Berna G., Colomban S., Mortl E., Tensi L. CSM Domio: Calligaris D., Carmignani M., Casagrande A., Lusina A., Pasquazzo G., Ridente P. CSM Gambini: Colucci M., Landucci S. Rippa A., Battiston C., Campobasso R., Dolce L., Giurissich M. Punto di Accoglienza DCA Cannata G., SAR : Baldi C. SPDC: Capodieci B., Oretti A.</p> <p><i>In collaborazione con SC BADOF</i></p>	<p>1.1.1. Tutte le persone - segnalate dalle SCBADOF - nella fascia 15-25 anni sono valutate congiuntamente.</p> <p>1.1.2. Durata media della DUP valutata per il 70% di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– persone valutate congiuntamente da SC BADOF – DSM – DDD,</li> <li>– persone all'esordio psicotico entrate in contatto solo con i CSM.</li> </ul> <p>(2016 = tempo 0)</p> <p>1.1.2. Almeno 1 evento in/informativo con i MMG.</p>
<p>1.2. Sperimentazione dell'approccio Dialogo Aperto nelle persone 18 - 25 al primo contatto con il CSM Barcola ed il CSM Domio.</p>	<p>1.2.2. Nel corso del 2° semestre si sperimenta l'intervento rivolto alla rete sociale formale o informale delle persone under 25 che entrano in contatto con i 2 CSM per la prima volta con i servizi di salute mentale territoriali.</p>	<p>Coordinamento DSM: Ridente P. CSM Barcola: Bronzin L., Santoro F. CSM Maddalena: Berna G., Mortl E. CSM Domio: Calligaris D., Ridente P. CSM Gambini: Campobasso R., Dolce L. Direzione DSM: Bracco R., Sanguanini L.</p>	<p>1.2.1. Almeno 10 persone prese in carico con la sperimentazione dell'approccio DA.</p> <p>1.2.2. Studio di fattibilità per l'applicazione della metodologia DA agli altri 2 CSM.</p>

obiettivo generale	azione	personale	indicatore / risultato atteso / tempo
<p>2. Attività di promozione della salute e riconoscimento precoce delle situazioni di fragilità e rischio suicidario.</p>	<p>2.1. Individuazione dei referenti nei servizi di salute mentale territoriali per la promozione della partecipazione alle attività di aggregazione giovanile.</p> <p>2.2. Promozione di percorsi relativi al benessere fisico e psichico anche con le associazioni convenzionate.</p> <p>2.3. Report sull'attività svolta.</p>	<p>Coordinamento DSM Impagnatiello M. CSM Barcola: Luchetti A., Bossi D., Fiorin A., Grassi E. CSM Maddalena: Berna G., Colomban S., Mortl E., Tensi L. CSM Domio: Mariano L., Prelazzi G., Pasquazzo G. CSM Via Gambini: Colucci M., Rippa A., Battiston C., Giurissich M.</p>	<p>2.1. – 2.2. – 2.3. Almeno il 20% delle persone in contatto con i CSM tra 18 – 25 anni coinvolto nelle attività espressive, di aggregazione, benessere e partecipazione</p>
<p>3. Programma “<i>Mens sana in corpore sano</i>” Con speciale riguardo alle fasce più vulnerabili promozione di corretti stili di vita (attività fisica e corretta alimentazione) per la riduzione del carico prevenibile ed evitabile delle malattie croniche non trasmissibili e la prevenzione dell'obesità.</p>	<p>1.1. Individuazione dei referenti dei servizi di salute mentale territoriali per la promozione della partecipazione alle attività relative al benessere fisico.</p> <p>1.2. Valutazione a T0 e T6 con il questionario sulla qualità della vita SF-36</p> <p>1.3. Presentazione di un report sull'attività svolta.</p> <p>2. Attivazione di percorsi relativi al benessere fisico (palestra, attività sportive, passeggiate, massaggi, settimane benessere) con il terzo settore presso Aurisina Cave Nove</p>	<p>1. Coordinamento DSM Impagnatiello M., Zolli P. CSM Barcola Corsi M., Grassi E. CSM Maddalena Moretto T., Domenighini S., Magliacca G., De Pretis E. CSM Domio Riolo A., Lusina A., Prelazzi G., Martinuzzi L. CSM Gambini Di Gennaro L., Cuppo R., Giurissich M., Chiarandà C.</p> <p>2. Coordinamento SAR Asquino M., Canova C., Furlan M.,</p>	<p>1.1 Almeno 10 incontri rivolti alle persone con terapia antipsicotica ed al personale delle 4 SC CSM e del SAR dedicati alla prevenzione dell'obesità e alla promozione di corretti stili di vita.</p> <p>1.2 80 persone in contatto con i CSM partecipano alle attività finalizzate al benessere fisico (20 per CSM).</p> <p>2. Almeno 10 persone coinvolte.</p>
<p>4. Partecipazione al programma <i>Programma III PRP 2.4. Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani</i></p>	<p>1. Il DSM collabora per la messa a punto di un modello per descrivere i percorsi di collegamento tra scuole, servizi sociali e servizi di salute mentale per l'età evolutiva per la tempestiva</p>	<p>Coordinamento DSM 1,2. Bicego L., Oretti A., Stanic S.</p> <p><i>In collaborazione con Dipartimento di Prevenzione</i></p>	<p>1. Documento descrittivo del modello. Evidenza della Flow-chart adottata formalmente.</p> <p>2. Almeno 1 evento con le scuole con</p>

obiettivo generale	azione	personale	indicatore / risultato atteso / tempo
	<p>identificazione dei soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio.</p> <p>2. Attività psicoeducativa rivolta a scuole con distribuzione di materiali (libretto esordio)</p> <p>3. Attività di accoglienza degli studenti delle scuole superiori nel DSM (alternanza scuola – lavoro L. 107/2015).</p>	<p>Ufficio Promozione Salute SC BADOF, DDD</p>	<p>distribuzione della brochure sull'esordio.</p> <p>3. Comunicazione relativa all'accoglienza degli studenti coinvolti</p>
<p>5. Consolidamento del percorso strutturato per la presa in carico delle persone con Disturbi del Comportamento Alimentare</p>	<p>1. Attuazione degli accordi ospedale territorio nei casi in cui siano necessari accertamenti medici e/o ricoveri in reparti per acuti, tra DSM, SC BADOF e NPI IRCCS Burlo , relativamente alle fasi di passaggio dalla minore età a quella adulta; e per l'età adulta tra DSM e ospedale.</p> <p>2. Definizione dei percorsi di cura per le persone con DCA con particolare attenzione alla gestione degli aspetti internistici e della presa in carico congiunta tra DSM e SC BADOF.</p>	<p>Coordinamento DSM Cannata G. CSM Barcola Stanic S. CSM Maddalena Zolli P. CSM Domio Carmignani M. CSM Gambini Landucci S. SPDC Capodieci B., Oretti A., Babich D.</p>	<p>Almeno due protocolli (Area adulti e Area minori):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gestione degli aspetti internistici nel caso di accertamenti medici o di acuzie in regime di ricovero (Adulti)</li> <li>Presa in carico congiunta tra DSM, SC BADOF e NPI IRCCS Burlo (Minori)</li> </ul>
<p>6. Continuità terapeutica e Case Management individuale e di gruppo per la prevenzione dei TSO ed il mantenimento della continuità assistenziale per le Persone al Alta Priorità.</p>	<p>1. Percorso formativo per il personale del DSM sul case management e condivisione del materiale già prodotto a livello aziendale e dipartimentale sul Case Management.</p> <p>2. Costituzione gruppo di peer-review e:</p>	<p>1,2 CSM Barcola Stanic S. Marrazzo L. Santoro E. Pinto P. CSM Maddalena Impagnatiello M.</p>	<p>1. Almeno 80 partecipanti al percorso formativo.</p> <p>2. Relazione gruppo peer-review e produzione di almeno due documenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>manuale;</li> <li>documento sull'organizzazione dei</li> </ul>

obiettivo generale	azione	personale	indicatore / risultato atteso / tempo
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verifica applicazione circolare DSM su punti fermi organizzativi (dd. 28/7/15),</li> <li>- definizione compiti, azioni ed obiettivi del case manager e dell'operatore di riferimento in salute mentale</li> </ul> <p>3. Applicazione del case management nel lavoro delle sottoequipe territoriali</p> <p>4. Supporto ai Coordinatori Infermieristici nell'implementazione del modello del case management</p> <p>5. Piani di cura per persone con TSO nel periodo 2015-16</p>	<p>Ceppi P. Buzurro M. Muggia I. CSM Domio Ridente P. Lo Nigro G. Babici F., Giust T. CSM Gambini Pascolo Fabrici Elisabetta D'Agostini L., Mazzoni A. SPDC Capodieci B. Oretti A. SAR Baldi C. 3,5 Tutto il personale del DSM 4. Dirigente infermieristica Livia Bicego</p>	<p>percorsi di cura.</p> <p>3. Almeno 10 utenti per operatore. Almeno 2 contatti al mese (con esclusione dei contatti per trattamento farmacologico) per persona individuata per ogni operatore nel 2° semestre 2016.</p> <p>4. Visite programmate nei 4 CSM: almeno 1 per CSM1-3 e 4 per CSM4.</p> <p>5.1 Evidenza dei piani di cura per 100% persone con TSO 2015-16 e residenti in provincia di Trieste.</p> <p>5.2. Riduzione del n. TSO nel 2016 rispetto al 2015 (periodo di riferimento secondo semestre) per le persone residenti in provincia di Trieste</p> <p>5.3. Riduzione del rapporto tra giornate di TSO in SPDC / giornate di TSO in CSM rispetto al 2015 (periodo di riferimento secondo semestre)</p>
<p>7. Ulteriore qualificazione dell'accoglienza della domanda per le persone al 1° contatto con i servizi di salute mentale territoriali.</p>	<p>1. Il personale non dirigente accoglie le persone al 1° contatto con i servizi di salute mentale territoriali.</p>	<p>1. CSM Barcola: Stanic S., Marrazzo L. CSM Maddalena: Impagnatiello M., Ceppi P. CSM Domio: Ridente P., Lo Nigro G. CSM Gambini: Pascolo Fabrici Elisabetta, Fantuzzi C. SPDC: Capodieci B., Babich D.</p>	<p>1. Almeno il 30% dei primi contatti sono svolti da personale non dirigente.</p>



obiettivo generale	azione	personale	indicatore / risultato atteso / tempo
	<p>2. Le persone valutate hanno inserita in pSM la valutazione diagnostica (almeno i Codici Z) entro 30 giorni.</p>	<p>SAR: Baldi C., Norbedo A., 2. Dirigenti del DSM</p>	<p>2. 100% delle schede utente aperte nel 2016 ha indicata la valutazione diagnostica (almeno il Codice Z) entro 30 giorni dall'inserimento (2015 = 25% utenti privi di valutazione diagnostica).</p>
<p>8. Miglioramento dell'integrazione operativa fra le SC CSM, la SC SAR ed i Servizi Sociali Comunali, in raccordo con l'ufficio del coordinatore socio sanitario.</p>	<p>1. Identificare la popolazione della sperimentazione e applicare la procedura di presa in carico integrata fra il DSM ed i servizi sociali comunali attraverso: - Valutazione sociosanitaria integrata. - Equipe di valutazione multi-professionale. 2. Assicurare la presa in carico integrata, in collaborazione con i servizi sociali comunali alle persone con bisogni sociosanitari ed in trattamento nei CSM.</p>	<p>Coordinamento DSM Bracco R. CSM Barcola: Cella L. CSM Maddalena: Petrincich M. CSM Domio: Pasquazzo G., Samar D. CSM Gambini: Padoan M. SAR: Marin Izabel</p>	<p>Registrazione di tutte le valutazioni degli incontri dell'equipe multi-professionale (EVM) e stesura del progetto personalizzato per tutte le situazioni integrate.  31/12/2016</p>
<p>9. REMS. Integrazione sociosanitaria e contributo della salute mentale sul territorio regionale.</p>	<p>1. Assicurare la presa in carico integrata per le persone accolte nella REMS in collaborazione con i DSM di riferimento. 2. Per ogni nuovo ospite della REMS promuovere l'attivazione del PTRI condiviso con i DSM di competenza nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa, con eventuale coinvolgimento dei servizi sociali comunali e del terzo settore. 3. Attivare un tavolo di lavoro congiunto tra</p>	<p>Coordinamento DSM Capodieci B. Stanic S. Personale della REMS e del SAR</p>	<p>1. Per ogni persona accolta almeno 1 incontro mensile delle équipes per la presa in carico congiunta (Fonte: pSM). 2. 100% delle persone accolte nella REMS hanno la definizione dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali.  3. Almeno 3 incontri con il personale dei</p>

obiettivo generale	azione	personale	indicatore / risultato atteso / tempo
	i DSM del FVG per la diffusione delle buone pratiche nella gestione delle REMS.		DSM del FVG. 31/12/2016
10. Accreditamento istituzionale del SPDC.	1. Sviluppare il processo di accreditamento regionale per il SPDC previsto nel mese di aprile 2016 2. Diffondere il manuale del SPDC attraverso in/formazione agli operatori alle strutture dle DSM nell'ottica del successivo accreditamento.	1. Coordinamento DSM Capodieci B., Babich D., Oretti A. Personale del SPDC 2. Direzione del DSM Bicego Livia, Bracco Renata Speh Daniela  <i>In collaborazione con Ufficio Certificazione e Accreditamento</i>	1. Esito positivo del processo di accreditamento. 30 aprile 2016 2. Relazione sull'attività del gruppo di lavoro per l'accREDITamento secondo i criteri della Joint Commission con evidenza de: - l'esito degli incontri di in/formazione (almeno 3 incontri) con le SC. - i progetti di miglioramento attivati a seguito del processo di accREDITamento in SPDC 31/12/2016
11. Attività internazionali del Centro collaboratore OMS per la ricerca e la formazione in salute mentale.	1. Almeno 1 percorso di FSC 2. Attivazione di 1 tavolo regionale dedicato alle attività internazionali. 3. Realizzazione dell'attività di scambio con paesi partner nell'ambito del piano di lavoro quadriennale del CCOMS.	Coordinamento DSM Mezzina R. Speh D. Personale del DSM  <i>In collaborazione con i DSM del FVG</i>	Almeno 1 percorso FSC attivato. Almeno 3 visite coordinate di operatori provenienti da altre nazioni nei DSM del FVG. Almeno 1 incontro seminariale.
12. Attività di ricerca del DSM con il Centro Collaboratore OMS per la ricerca e la formazione.	1. Stesura di almeno un articolo dedicato alla valutazione persone inserite nei programmi di abitare assistito. 2. Stesura di almeno un articolo sulle modalità organizzative monitoraggio dei programmi di continuità assistenziale.	1,2. Coordinamento DSM Bracco R. Personale del SAR  3. Coordinamento DSM	1,2. 2 articoli sottoposti per la pubblicazione  3. 1 articolo sottoposto per la pubblicazione

obiettivo generale	azione	personale	indicatore / risultato atteso / tempo
	3. Stesura di un articolo sul follow up delle Persone ad Alta Priorità del DSM  4. Organizzazione di meeting nazionale/internazionale sul tema della ricerca	Pascolo Fabrici Elisabetta CSM Barcola Luchetti Antonio CSM Maddalena Mastrovito Giulio CSM Domio Tirone Gabriella CSM Gambini Goljevscek Serena 4. Coordinamento DSM Mezzina R.	31/12/2016           4. Almeno 1 meeting realizzato 31/12/2016
13. Dare evidenza di tutti i progetti/interventi aziendali di promozione alla salute e integrazione sociosanitaria attraverso la costruzione di un "Catalogo aziendale" come previsto dal decreto n. 545 del 23.12.2015	1. Censimento dei progetti/interventi aziendali di promozione alla salute e integrazione sociosanitaria già in essere 2. Stesura dei progetti nello specifico format aziendale sociosanitario al fine di inserirli nel database aziendale 3. Implementazione dei nuovi progetti seguendo le linee guida sociosanitarie aziendali	Direttore di Dipartimento Personale individuato con il decreto n. 385 del 17.09.2015:	1. 30 Giugno 2016  2. 30 Settembre 2016  3. 31 Dicembre 2016

## Personale

Proposta/richiesta	Risultato della Negoziazione
1 DIRIGENTE MEDICO PSICHIATRA A TEMPO DETERMINATO IN SOSTITUZIONE MOBILITÀ	Accordato
2 DIRIGENTE MEDICO PSICHIATRA TURN OVER	Accordato
3 DIRIGENTI PSICOLOGI (1 TURN OVER 2016; 1 TURN OVER 2014; 1 TURN OVER 2015)	Accordati con procedura mobilità 1 turn over 2016 e 1 turn over 2014
1 ASSISTENTE SOCIALE IN TURN OVER	Accordata
3 ASSISTENTI SOCIALI IN INCREMENTO	Non accordato
INFERMIERI TRASFERITI AD ALTRI SERVIZI O TURN OVER	5 trasferiti accordati; turn over accordato
INFERMIERI IN INCREMENTO	3 accordati
4 TERP E/O EDUCATORI PROFESSIONALI (2 SOSTITUZIONI; 2 NUOVE ACQUISIZIONI)	In valutazione successiva al secondo quadrimestre
INFERMIERI	Accordati n. 5 unità a TD a compensazione trasferimento altri servizi. In valutazione successiva al secondo quadrimestrale accordate ulteriori 3 assunzioni
OSS	Accordato turn over/mobilità

**Dipartimento delle Dipendenze**

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso/Tempo
<p>1 Implementazione della procedura per la gestione del consenso al trattamento dei dati personali dell'utenza afferente a tutte le articolazioni organizzative del DDD nella piattaforma informatica MFP5</p>	<p>1 Attualizzare la procedura e gli strumenti finalizzati alla gestione del consenso al trattamento dei dati personali in modo informatico 2 Acquisire i consensi specifici nella piattaforma informatica del DDD</p>	<p>Tutto il personale del DDD</p>	<p>1 Formalizzazione della procedura (entro il 30/06/2016) 2. Almeno il 70% dell'utenza presenta l'acquisizione del consenso nella cartella informatica gestita dalla piattaforma MFP5 (entro il 31/12/2016)</p>
<p>2. Miglioramento della gestione dei rapporti con i partner esterni</p>	<p>1 Definire e sistematizzare le modalità di gestione e gli strumenti operativi dei rapporti con i partner esterni relativamente a: servizi esternalizzati con capitolati d'appalto convenzioni con associazioni culturali e di volontariato progettualità finanziate da contributi dell'AAS1 2 Gestire i rapporti con i partner esterni secondo la procedura specifica</p>	<p>Tutto il personale amministrativo del DDD Dirigente infermieristico Direttori di SC</p>	<p>1. Formalizzazione della procedura per la gestione dei rapporti con i partner esterni (entro il 30/09/2016) 2: Il 100% dei rapporti con partner esterni vengono gestiti secondo la procedura formalizzata (entro 31/12/2016)</p>
<p>3. Implementazione di percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio per la presa in carico congiunta di utenti con HIV+ o AIDS</p>	<p>1. Definire un percorso clinico assistenziale per la prevenzione dell'infezione del virus HPV agli utenti con HIV+ o AIDS già in carico presso la S.C. Malattie Infettive dell'AOUTS 2. Assicurare la vaccinazione anti HPV al gruppo target presso il Centro MST, nel rispetto dell'anonimato previsto dalla normativa</p>	<p>Centro MST: Claudia Colli (dirig. medico) Sonia Zanetti (infermiere) Chiara Ferneti (infermiere) Cinzia Persichella (OSS)  in collaborazione con la S.C. Malattie Infettive dell'AOUTS</p>	<p>1. Formalizzazione del percorso specifico con la SCMI (entro il 30/09/2016) 2. Dal 01/10/2016 al 100% del gruppo target viene assicurata la vaccinazione <i>on site</i> secondo le modalità previste dal percorso formalizzato (entro il 31/12/2016)</p>

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso/Tempo
<p>4. Implementazione di percorsi di continuità assistenziale ospedale– territorio per interventi di screening, diagnosi precoce e di presa in carico dell’utenza con dipendenza patologica con problematiche cardiologiche</p>	<p>1. Definire un percorso clinico e assistenziale integrato finalizzato allo screening, al riconoscimento precoce ed alla cura di problematiche cardiologiche in utenti con dipendenza patologica, definendo le modalità di: screening elettrocardiografico di primo livello c/o il DDD rivolto ai pazienti in terapia con farmaci potenzialmente cardi tossici valutazione specialistica e presa in carico territoriale dei pazienti positivi al primo livello continuità assistenziale dei pazienti presi in carico dai reparti dell’Area Cardiologica dell’AOUTS</p> <p>2. Implementare un polo per lo screening elettrocardiografico presso il DDD al fine di semplificare l’attuale percorso (ECG eseguito dal CCV presso il Distretto, tramite prenotazione, impegnativa e formalizzazione esenzione per patologia).</p>	<p>Roberta Balestra (direttore DDD) Cristina Stanic (dirig. Infermierist.) Cristina Lenchig (dirig medico) Anna Lovadina (dirig. medico) Claudia Milievich (responsabile SS) Gianfranco Bazo (responsabile SS) Gianni Conti (dirig. medico) Micaela Pinter(coordinatore inf.) Paolo Tantaro (infermiere) Martina Marotta (infermiere) Carlo Pellegrini (infermiere) Gloria Richichi (infermiere) Viviana Ferace (infermiere) Giampaolo Gentilli (infermiere) Ivan Karabentcev (infermiere) Erika Parisato (infermiere) Mirella Bais (infermiere) Sonia Marsi (OSS) Sabine Delgaiso (coordinatore inf.) Giuliana Lonzar (infermiere) Zeudi Goriup (infermiere) La Marca (infermiere) Reggente (infermiere) Fabbroni (infermiere) Risca (infermiere) De Grassi (infermiere) in collaborazione con il CCV e con la SC Cardiologia di AOUTS</p>	<p>1.1 Tutti i medici e infermieri del DDD partecipano al percorso di formazione sul campo accreditato ECM sulla gestione dello screening ECG on site; 1.2 Formalizzazione del percorso clinico assistenziale integrato (entro il 30/09/2016) 2. Al 100% del gruppo target identificato nel percorso specifico preso in carico dal 01/10/2016 viene assicurato lo screening cardiologico on site (entro il 31/12/2016)</p>
<p>5. Ottimizzazione della gestione delle risorse assegnate alle singole articolazione organizzative del DDD</p>	<p>Predisporre strumenti atti alla programmazione ed al monitoraggio dell’impiego delle risorse assegnate alle singole articolazioni organizzative del DDD</p>	<p>Responsabili di SO, SC e SS Roberta Balestra (direttore DDD e SC) Rosanna Ciarfeo Purich (resp. SC) Gianfranco Bazo (responsabile SS) Antonina Contino (resp. SS)</p>	<p>Predisposizione di un report quadrimestrale suddiviso per S.S. con l’evidenza delle risorse impiegate e disponibili relativamente ai seguenti capitoli di spesa: comunità terapeutiche budget di salute</p>

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso/Tempo
		Claudia Milievich (responsabile SS) Maria Grazia Rodani (resp. SS)	borse di studio e di lavoro convenzioni con le associazioni di volontariato entro il 31/12/2016
6. Progetto Afrodite "Meglio Sapere Tutto"- la promozione dei comportamenti protettivi nella sfera delle relazioni affettive e sessuali: prevenire le MST, l'uso di sostanze ed altri comportamenti a rischio attraverso la metodologia della Peer Education. Coinvolgimento anche degli Istituti professionali.	Partecipazione del personale alle attività del gruppo di coordinamento di progetto avviato con gli istituti professionali: 1. Co-progettazione e realizzazione di un percorso di formazione per gli insegnanti degli istituti professionali coinvolti; 2. Co-progettazione di un programma di intervento specifico per gli istituti professionali coinvolti, attraverso la metodologia della Peer Education.	Cinzia Celebre (psicologa) Deborah Nordici (psicologa) Cristiana Sindici (tecnico riabilitazione)  In collaborazione con il personale SCBADOF	1. Percorso formativo co-progettato sulle tematiche di interesse del progetto rivolto agli insegnanti degli istituti professionali coinvolti realizzato 2. Programma delle attività da avviare negli istituti professionali nell'anno scolastico 2016/17.  (entro 31/12/2016)
7. Miglioramento dell'integrazione operativa con il Servizio Sociale Comunale degli Ambiti 1.1, 1.2, 1.3 per assicurare alle persone in carico al DDD con situazione socio sanitarie complesse, percorsi di presa in carico integrata	1. Identificare il gruppo target destinatario della sperimentazione 2. Applicare al gruppo target le procedure previste dal <i>"Protocollo per la presa in carico socio-sanitaria integrata di persone adulte con problematiche afferenti a più servizi"</i> (Protocollo adulti)	Tutte le assistenti sociali della SO Dipartimento delle Dipendenze: Michela Brizzi (coord. ass. sociali) Vania Brogno (ass. sociale) Maura Tuan (ass. sociale) Tiziana Savadori (ass. sociale) Paola Di Giulio (ass. sociale) Sabrina Quargnal (ass. sociale) Romina Bonura (ass. sociale)	1. Registrazione degli utenti appartenenti al gruppo target nel database PDZ-PAA 2016 -Area Adulti (entro 31/12/2016) 2. Almeno n. 60 utenti del gruppo target presentano la formalizzazione/aggiornamento del progetto personalizzato con registrazione dell'avvenuta EVM (équipe di valutazione multiprofessionale) (entro il 31/12/2016)
8. Dare evidenza di tutti i progetti/interventi aziendali di promozione alla salute e integrazione	1. Censimento dei progetti/interventi aziendali di promozione alla salute e integrazione sociosanitaria già in essere 2.	Direttore di Dipartimento Personale individuato con il decreto n. 385 del 17.09.2015	1. 30 Giugno 2016  2.

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso/Tempo
sociosanitaria attraverso la costruzione di un "Catalogo aziendale" come previsto dal decreto n. 545 del 23.12.2015	Stesura dei progetti nello specifico format aziendale sociosanitario al fine di inserirli nel database aziendale 3. Implementazione dei nuovi progetti seguendo le linee guida sociosanitarie aziendali		30 Settembre 2016  3. 31 Dicembre 2016

### Dipendenza Da Sostanze Illegali

Obiettivo generale	Azione	Personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
9. Implementazione di percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio per persone tossicodipendenti con epatite cronica da HCV, con particolare attenzione alla gestione dei farmaci di nuova generazione	Assicurare i percorsi clinici assistenziali previsti nel Protocollo operativo congiunto per la gestione dei percorsi di continuità assistenziale fra la S.C. Malattie Infettive e la S.C. Dipendenze da Sostanze illegali (SCDSI)	Medici ed infermieri della SC DSI: Annalisa Saba (dirig. medico) Ariadna Baez (dirig. medico) Mirko Santi (infermiere) Monica Valencich (infermiere) Elena Palmisano (infermiere) Alessandra Kogovsek (infermiere) Cinzia Degni (infermiere) Erminia Cosentino (infermiere) Maria Dainotto (infermiere) <i>in collaborazione con la SC Malattie Infettive di AO/US</i>	Il 100% dei casi segnalati dalla SCDSI appartenenti al target individuato viene valutato congiuntamente secondo le modalità previste dal Protocollo e presenta un progetto di cura personalizzato (entro 31/12/2016)
10. Migliorare l'efficacia della presa in carico dell'utenza under 25 formalizzando le attività di monitoraggio e di follow up dei ragazzi dimessi dal Servizio "Androna Giovani"	Definire in équipe multiprofessionale le attività e gli strumenti per il monitoraggio e il follow up dell'utenza: - dimessa a conclusione del percorso di cura; - dimessa per superamento dei limiti di età e trasferita alla SS di competenza del DDD	Personale dell'équipe di "Androna Giovani": Antonina Contino (dirig. psicologa) Marta Rubiera (dirig. medico) Tanja Umari (dirig. medico) Micaela Pinter (coordinatrice infermieristica) Roberta Diracca (infermiere) Vania Brogno (assistente sociale)	1. Formalizzazione della procedura di follow up (entro il 30/9/2016) 2. Il 100% degli utenti dimessi dal 1/10/2016 viene monitorato secondo la procedura (entro il 31/12/2016)



Obiettivo generale	Azione	Personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
11. Sviluppare e aggiornare gli interventi di "riduzione del danno" (RDD) rivolti ai soggetti con comportamenti a rischio per adeguarli ai nuovi target di utenza e alle nuove modalità di consumo.	1. Analizzare le prassi RDD attualmente in atto nelle realtà nazionali ed internazionali e rilevare i bisogni della popolazione locale in integrazione con i partner del privato sociale; 2. Co-progettazione degli interventi di RDD da attivare a livello locale; 3. Aggiornamento formativo del personale del DDD e dei partner; 4. Avvio delle attività di RDD secondo le nuove modalità individuate e monitoraggio degli interventi.	Maria Grazia Rodani (dirig. psicologo) Paolo Mattioli (dirig. psicologo) Daniela Belviso (dirig. psicologo) Roberta Balestra (direttore del DDD)	1. Report sulle buone prassi di RDD; (entro 30/09/2016) 2. Stesura del progetto di intervento; (entro 30/09/2016) 3. Realizzazione di un evento di formazione rivolto personale del DDD e dei partner; (entro 31/10/2016) 4. Report sui dati delle attività di RDD avviate (entro il 31/12/2016)

#### Dipendenza Da Sostanze Legali

Obiettivo generale	Azione	Personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
12. Implementazione dei percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio per soggetti alcolisti epatopatici. Definizione delle modalità di presa in carico congiunta dei soggetti sottoposti a trapianto di fegato.	1. Applicazione dei percorsi di continuità assistenziale nei casi segnalati 2. Definizione del percorso diagnostico assistenziale per i soggetti candidati al trapianto 3. Applicazione del percorso diagnostico assistenziale nei casi segnalati	Rosanna Ciarfeo Purich (resp. SCDSL) Alessandra Pizzolato (dirig. medico) Ottaviano Cricenti (dirig. medico) Toskan (infermiere) Biloslavo (infermiere generico) Bessio (infermiere) Marzari (infermiere) Giovannini (infermiere generico) Scotti (infermiere) Zanon (infermiere) Del Gaiso (infermiere coord) In collaborazione con il Centro Patologie Fegato di AOUTS	1. Il 100% dei casi segnalati dal CPF presentano percorsi di continuità assistenziale (30/12/2016) 2. Formalizzazione della procedura di valutazione e presa in carico dei soggetti candidati al trapianto di fegato (entro il 30/06/2016) 3. Risposta al 100% dei soggetti segnalati (30/12/2016)

Obiettivo generale	Azione	Personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>13. Implementazione dei percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio: percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per soggetti tabagisti con BPCO</p>	<p>1 Sviluppare le competenze specifiche dei professionisti sanitari interessati dalla problematica</p> <p>2 Migliorare l'efficacia della presa in carico congiunta dei tabagisti afferenti al reparto di pneumologia</p> <p>3 Applicare i percorsi di continuità assistenziale nei casi segnalati dalla SC Pneumologia</p>	<p>Rosanna Ciarfeo Purich (responsabile SCDSL) Alessandro Vegliach (dirig. psicologo)</p> <p>in collaborazione con la SC Pneumologia di AOUST</p>	<p>1. Realizzazione di due eventi formativi accreditati ai fini ECM per tutte le professioni sanitarie sull'approccio motivazionale a pazienti tabagisti (entro 31/12/2016)</p> <p>2. Realizzazione di un percorso di formazione sul campo accreditato Ecm per gli operatori sanitari del reparto di pneumologia coinvolti nel progetto sui pneumopatici tabagisti (entro 31/12/2016)</p> <p>3. Il 100% dei casi segnalati appartenenti ai target individuati presentano percorsi di continuità assistenziale (entro 31/12/2016)</p>

## Personale

Proposta/richiesta	Risultato della Negoziazione
ACQUISIZIONE 1 INFERMIERE PER SOSTITUZIONE COORDINATORE TRASFERITO AD ALTRO SERVIZIO	Accordato a tempo determinato
ACQUISIZIONE DELL'INFERMIERE MST TURN OVER	Accordato
RINNOVO DEGLI INCARICHI DI COORDINAMENTO INFERMIERISTICO SCDSI E SCDSL, RINNOVO DELL'INCARICO DI COORDINAMENTO ASS. SOCIALI DI SO	Accordato
CONFERMA INCARICO DIRIGENZA	Accordato
ACQUISIZIONE DI UN'ASSISTENTE SOCIALE A TEMPO PIENO AL POSTO DI E DI UN'ASSISTENTE SOCIALE PER SERVIZIO PER LA PREVENZIONE E CURA DEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO (GAP)	Da rivalutare a seguito del secondo quadrimestrale
TURNOVER PSICOLOGO	Accordato
INCARICO PSICOLOGO PER CARCERE E PROGETTO GIOVANI	Accordato a tempo determinato
CONTRATTI SUMAI (4H/SETT. E 20H/SETT.)	Non accordati
MEDICO PSICHIATRA	Non accordato
NUOVA POSIZIONE ORGANIZZATIVA INFERMIERISTICA	Da rivalutare a seguito della riorganizzazione derivante dal nuovo Atto Aziendale

## Dipartimento di Prevenzione

### Dipartimento di Prevenzione – Direzione

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso / Tempo
1. Predisposizione di un protocollo operativo, in collaborazione con la Prefettura e il Sistema 118, finalizzato all'assistenza sanitaria di migranti	1. Discussione con la Prefettura e il Sistema 118, in accordo con la Direzione Generale e Sanitaria. 2. Predisposizione del protocollo operativo, da proporre al Prefetto	Direttore del Dipartimento di Prevenzione	Produzione del protocollo operativo e proposta dello stesso al Prefetto
2. Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti. Miglioramento della qualità della vita dell'anziano istituzionalizzato e prevenzione dei rischi dei lavoratori addetti all'assistenza nelle case di riposo e/o residenze polifunzionali	Verifica degli aspetti igienico sanitari e di sicurezza del lavoro	DIREZIONE DIP Servizio professioni infermieristiche, sanitarie e tecniche della prevenzione Personale amministrativo SCISPPA SCPSAL SCIANS Professioni sanitarie (assistenti sanitari, tecnici della prevenzione, dietista)	10 strutture verificate (pari al 12% di 89 strutture attive)
3. Benessere mentale dei bambini, adolescenti e giovani. Promozione alla salute negli adolescenti coinvolti nei programmi vaccinali mediante soluzioni alternative e innovative per il superamento della fobia specifica del sangue e degli aghi (emofobia e	Gestione delle sedute vaccinali con la presenza del cane, senza la presenza del cane, con la musica, mediante strumenti di rilevazione specifici: - scala di autovalutazione dell'ansia (Zung 1971) - Termometro: rappresentazione grafica del Child Anxiety Meter-State (CAM-S) (pre e post seduta) - Wong Baker Scale (WBS) rappresentata	DIREZIONE DIP Servizio professioni infermieristiche, sanitarie e tecniche della prevenzione Personale amministrativo SCVET Veterinari Operatori tecnici SCISPPA Professioni sanitarie (assistenti sanitari, infermieri)	Gestione di 150 sedute vaccinali: - 50 sedute vaccinali e rilevazioni con la presenza del cane - 50 sedute vaccinali e rilevazioni senza la presenza del cane - 50 sedute vaccinali e rilevazioni con sottofondo musicale

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso / Tempo
tripanofobia o belonefobia). Interventi Assistiti con Animali (IAA) Sperimentazione del Progetto Pilota Triennale CONFIDO NELLA VACCINAZIONE, SENZA PAURA <i>Secondo anno di progetto</i>	da una Facial Affective Scale (FAS) (pre-post seduta) - Observational Scale of Behavioural Distress-Amended (OSBD-a)		
4. Dare evidenza di tutti i progetti/interventi aziendali di promozione alla salute e integrazione sociosanitaria attraverso la costruzione di un "Catalogo aziendale" come previsto dal decreto n. 545 del 23.12.2015	1. Censimento dei progetti/interventi aziendali di promozione alla salute e integrazione sociosanitaria già in essere 2. Stesura dei progetti nello specifico format aziendale sociosanitario al fine di inserirli nel database aziendale 3. Implementazione dei nuovi progetti seguendo le linee guida sociosanitarie aziendali	DIREZIONE DIP Direttore Dipartimento di Prevenzione Servizio professioni infermieristiche, sanitarie e tecniche della prevenzione Personale amministrativo  Personale individuato dal decreto n. 385 del 17.09.2015	1. 100% dei progetti di promozione alla salute e di integrazione sociosanitaria censiti entro il 30/06/2016 2. Inserimento 100% dei progetti censiti nel database aziendale entro il 30/09/2016 3. implementazione del 100% dei nuovi progetti secondo le linee sociosanitarie aziendali entro il 31/12/2016
5. Prevenzione incidenti domestici Promozione della cultura della sicurezza abitativa nella popolazione fragile	Effettuare azioni formative rivolte a personale che opera a domicilio di persone fragili sulla rilevazione dei rischi nelle abitazioni di anziani e soggetti con patologie, mediante l'utilizzo della check list del CCM	Direzione DIP Direttore Servizio professioni infermieristiche, sanitarie e tecniche della prevenzione Personale amministrativo S.S. SICUREZZA IMPIANTISTICA Tecnico della Prevenzione SCISPPA Dirigente Medico	Un corso di formazione per personale che opera a domicilio degli utenti con fragilità, mirato al raggiungimento della competenza a compilare la check list per la rilevazione dei rischi nelle abitazioni
6. Promozione di corretti stili di vita attraverso una rete di collaborazione che coinvolga	Proseguire con l'attività di consolidamento a livello regionale della collaborazione tra le istituzioni, le associazioni di categoria, i portatori di interesse ed i media finalizzato	Direzione DIP Dirigente Medico Assistenti sanitari	1. Realizzazione di un programma di iniziative di informazione concordato con rappresentanti dei media, stakeholder e rappresentanti delle

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso / Tempo
tutte le strutture aziendali, gli enti locali, la scuola e gli stakeholder	a implementare attività di informazione e sensibilizzazione della popolazione fragile e di quella generale sulle tematiche della prevenzione degli incidenti domestici in collaborazione con il gruppo		aziende sanitarie della regione FVG (Gruppo di comunicazione) 2. Progettazione di una iniziativa di informazione condivisa fra le AAS e gli stakeholder, da realizzarsi entro il 2017 (come da cronoprogramma del PRP 2014-2018)
7. Promuovere l'appropriatezza prescrittiva dei prodotti AFIR con particolare riferimento ai limiti massimi prescrivibili dei Dispositivi per diabetici	1. Monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni di strisce per l'autocontrollo della glicemia ("Test Glicemia" - 7AB1B01), con riferimento alle classi prescrittorie stabilite dagli Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito, con produzione di un report, entro dicembre 2016. 2. Presentazione e discussione del report in due incontri di confronto/audit con i medici UDMG e con i medici dei Distretti	Direzione DIP Gruppo di Lavoro Dipartimentale di Epidemiologia  Obiettivo in collaborazione con S.S. Vigilanza sull'erogazione dell'Assistenza Farmaceutica e con il coordinamento permanente tra i centri diabetologici dei 4 distretti	Almeno due incontri con i medici dei Distretti per discutere il report informativo

#### Dipartimento di Prevenzione – S.C. Igiene Sanità Pubblica e Prevenzione Ambientale

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso / Tempo
8. Prevenzione delle malattie infettive. Attività di vigilanza, prevenzione e promozione della salute nelle attività artigianali di parrucchiere misto. Obiettivo triennale	Effettuazione dell'attività di vigilanza almeno nel 30% delle attività di parrucchiere misto nell'ambito di tutta la Provincia di Trieste	SCISPPA Professioni sanitarie Personale amministrativo	80 esercizi di parrucchiere "misto" ispezionati
9. Prevenzione delle malattie	1. Rilevazione nelle aree pubbliche delle	SCISPPA Tecnici della prevenzione	Effettuazione di 20 rilevazioni e trasmissione ai Comuni competenti per territorio di una

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso / Tempo
<p>infettive</p> <p>Prevenzione delle malattie trasmesse da vettori (muridi)</p>	<p>situazioni a rischio, tali da inficiare gli interventi di derattizzazione effettuati (buchi nel terreno, discontinuità profonde del manto stradale o dei marciapiedi, ecc.)</p> <p>2. Trasmissione delle informazioni rilevate ai Comuni per gli interventi di competenza</p>	<p>Operatori tecnici</p> <p>Personale Amministrativo</p>	<p>relazione sulle criticità rilevate, al fine delle loro eliminazione</p>
<p>10.</p> <p>Prevenzione delle malattie infettive e politiche vaccinali</p> <p>Implementare la sorveglianza delle malattie infettive: nuove emergenze infettive ZIKA virus</p>	<p>1. Valutazione degli aggiornamenti epidemiologici (OMS, ISS, Regione) in tema di Zika virus</p> <p>2. Sintesi sulla letteratura scientifica</p> <p>3. Predisposizione di un documento aggiornato</p> <p>4. Interventi informativi sui media</p>	<p>SCISPPA</p> <p>SSIA</p> <p>Responsabile di Struttura Semplice</p>	<p>1. Trasmissione di documento di sintesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• all'OMCEO, Farmacisti</li> <li>• inserimento nel portale web aziendale</li> <li>• diffusione alle Agenzie di Viaggio</li> </ul> <p>2. Almeno un intervento informativo sui media regionali</p>
<p>11.</p> <p>Costituzione di un gruppo di riferimento per il REACH</p>	<p>Partecipazione degli operatori al gruppo regionale REACH</p> <p>Effettuare ispezioni</p>	<p>SCISPPA</p> <p>Responsabile di Struttura Semplice</p> <p>Tecnici della Prevenzione</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Costituire gruppo referenti aziendali</li> <li>– Formazione degli operatori</li> <li>– Ispezione in un'azienda, anche con i referenti regionali</li> </ul>
<p>12.</p> <p>Revisione delle azioni a seguito di notifica di malattia infettiva al fine dell'aggiornamento delle procedure</p>	<p>1. Analizzare le procedure attuali</p> <p>2. Coinvolgere gli Assistenti sanitari per la definizione di procedure aggiornate.</p>	<p>Responsabile di Struttura Complessa</p>	<p>Adozione e diffusione delle nuove procedure sul sito WEB aziendale</p>
<p>13.</p> <p>Prevenzione delle malattie infettive</p> <p>Prevenzione delle malattie trasmesse da vettori (zanzare)</p>	<p>1. Rilevare nelle aree pubbliche e private di situazioni a rischio tali da creare focolai di riproduzione delle zanzare</p> <p>2. Trasmettere le informazioni rilevate ai Comuni per gli interventi di competenza.</p>	<p>SCISPPA</p> <p>Tecnici della prevenzione</p> <p>Operatori tecnici</p> <p>Personale Amministrativo</p>	<p>Effettuazione di 10 rilevazioni e trasmissione ai Comuni competenti per territorio di una segnalazione sulle criticità rilevate, al fine delle loro eliminazione</p>

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso / Tempo
14. Prevenzione delle malattie infettive Rifiuto vaccinale	Predisporre una procedura operativa per il perfezionamento delle pratiche di inadempienza alle vaccinazioni dell'obbligo trasmesse dai Distretti al Dipartimento di Prevenzione.	SCISPPA Dirigenti Medici Professioni sanitarie (Assistenti sanitari e Infermieri)	Presentazione dei risultati al gruppo di coordinamento interaziendale (ASUITs, IRCCS, PLS, stakeholder) per la sorveglianza dell'andamento dei tassi vaccinali e per la programmazione di azioni efficaci per all'aumento dei tassi.
15. Prevenzione delle malattie infettive Consolidare i Programmi vaccinali dell'infanzia e adolescenza previsti dal calendario regionale con particolare attenzione al tema delle disuguaglianze e sviluppare protocolli condivisi regionali per l'offerta vaccinale a gruppi a rischio	- Raccogliere linee guida e protocolli nazionali e regionali, comprese informazioni (se disponibili) sulla loro effectiveness. - predisporre un documento di sintesi	SCISPPA Dirigenti medici	Presentazione dei risultati al gruppo di coordinamento interaziendale (ASUITs, IRCCS, PLS, stakeholder) per la sorveglianza dell'andamento dei tassi vaccinali e per la programmazione di azioni efficaci al fine di aumentare i tassi di copertura vaccinale

**Dipartimento di Prevenzione – S.C. Sanità Pubblica Veterinaria - S.S. Sanità Animale, Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche**

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso / Tempo
16. Verifica e miglioramento dell'attività di controllo sul benessere animale durante i trasporti presso il centro di raccolta equidi ed il posto di controllo comunitario, sita in Prosecco Stazione 9, Sgonico	1. Verifica dell'attività di controllo sul benessere animale durante i trasporti mediante ispezioni congiunte con i dirigenti veterinari addetti a tale attività presso il centro di raccolta equidi ed il posto di controllo comunitario con predisposizione di una specifica check list per la valutazione dei requisiti del punto di sosta 2.	S.C. Sanità Pubblica Veterinaria Responsabile di Struttura Complessa	entro il 31 maggio 2016: elaborazione di una check list relativa alla valutazione dei requisiti strutturali, gestionali, procedurali, e funzionali degli impianti; entro il 31 dicembre 2016: 1. esecuzione di almeno 10 sopralluoghi con compilazione della check list ministeriale relativa alla valutazione dei requisiti strutturali dei mezzi e delle certificazioni ed autorizzazioni degli autotrasportatori 2. esecuzione di 2 sopralluoghi con



	redazione di un protocollo operativo sull'applicazione dei controlli per la protezione degli animali durante il trasporto presso il centro di raccolta		compilazione della check list relativa alla valutazione dei requisiti strutturali, gestionali, procedurali, e funzionali degli impianti; 3. elaborazione dei dati raccolti con le check list ed analisi delle criticità eventualmente riscontrate
17. Ridurre il rischio per la salute umana attraverso la ricerca di <i>S. typhimurium</i> negli ambiti zootecnici bovini situati nella Provincia di Trieste, sulla base dei risultati del monitoraggio sanitario sui gabbiani reali effettuato nel 2015.	1. Stima della dimensione della popolazione zootecnica mediante la consultazione della Banca Dati Nazionale. 2. Reperimento dei dati bibliografici relativi alla prevalenza nota dei microrganismi patogeni a carattere zoonosico da valutare nelle popolazioni zootecniche locali 3. Raccolta dei campioni di materiale fecale ed invio dei medesimi all'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie. 4. Elaborazione dei risultati e redazione di un report sull'analisi del rischio nell'area di intervento	S.C. Sanità Pubblica Veterinaria S.S. SAIAPZ Medici Veterinari Operatori tecnici Personale amministrativo	Censimento delle popolazioni zootecniche situate nella Provincia di Trieste entro il 31 maggio 2016 Raccolta ed invio all'IZS di almeno due campioni di materiale fecale, effettuati in tempi diversi, in 10 aziende di allevamento bovino (entro il 30 novembre 2016)
18. Verifica del benessere psico-fisico degli animali (cani e gatti) presso il domicilio della famiglia adottante	1. Verifica del mantenimento delle condizioni di benessere psico-fisico degli animali dati in adozione presso famiglie richiedenti. 2. Compilazione e verifica della check-list per l'eventuale conferma dell'affido. 3. Elaborazione dei risultati e redazione di un report	S.C. Sanità Pubblica Veterinaria S.S. SAIAPZ Medici Veterinari Operatori tecnici Personale amministrativo	Realizzazione della check-list entro il 31 maggio 2016. 15 sopralluoghi, con compilazione della check-list (entro il 30 novembre 2016) Valutazione delle check-list entro 15gg dalla compilazione delle stesse e comunicazione dell'esito alla famiglia adottante

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso / Tempo
<p>19. Revisione della “guida utile” sui requisiti igienico sanitari delle imprese del settore alimentare, predisposta nel 2007, destinata agli esercizi commerciali di vendita delle carni</p>	<p>1. Effettuare tre riunioni destinate alla rivisitazione della normativa vigente sui requisiti igienico sanitari delle imprese del settore alimentare. 2. Predisposizione della “guida utile” 3. Diffusione della guida tramite il sito web aziendale e comunicazione alle Associazioni di categoria</p>	<p>S.C. Sanità Pubblica Veterinaria S.S. TISA OA Tecnici della Prevenzione</p>	<p>1. Realizzazione della “guida utile” sui requisiti igienico sanitari delle imprese del settore alimentare destinata agli esercizi commerciali di vendita delle carni. 2. Diffusione della guida tramite il sito web aziendale e comunicazione alle Associazioni di categoria</p>
<p>20. Revisione della “guida utile” sui requisiti igienico sanitari delle imprese del settore alimentare, predisposta nel 2007, destinata agli esercizi commerciali di vendita dei prodotti ittici.</p>	<p>1. Effettuare riunioni destinate alla rivisitazione della normativa sui requisiti igienico sanitari delle imprese del settore alimentare. 2. Predisposizione della “guida utile” 3. Diffusione della guida tramite il sito web aziendale e comunicazione alle Associazioni di categoria</p>	<p>S.C. Sanità Pubblica Veterinaria S.S. TISA OA Tecnici della Prevenzione</p>	<p>1. Realizzazione della “guida utile” sui requisiti igienico sanitari delle imprese del settore alimentare destinata agli esercizi commerciali di vendita dei prodotti ittici. 2. Diffusione della guida tramite il sito web aziendale e comunicazione alle Associazioni di categoria</p>
<p>21. Controllo della vendita diretta dei prodotti ittici alla luce delle nuove “Linee guida in materia di igiene dei prodotti della pesca” – Intesa Stato Regioni del 5 novembre 2015</p>	<p>Costituzione di un gruppo di lavoro e riunioni mirate alla revisione della documentazione e alla rielaborazione del protocollo relativo al controllo ufficiale sulla vendita diretta dei prodotti ittici, in attuazione delle nuove linee guida per i controlli ufficiali sui prodotti della pesca. Effettuazione di sopralluoghi di verifica sulle attività di vendita diretta dei prodotti ittici, allo scopo di implementare</p>	<p>SC Sanità Pubblica Veterinaria SS TISA OA Responsabile di Struttura Semplice Dirigenti veterinari</p>	<p>Due sopralluoghi di verifica con l’adozione del protocollo relativo al controllo ufficiale sulla vendita diretta dei prodotti ittici, rivisitato alla luce delle nuove “Linee guida in materia di igiene dei prodotti della pesca” – Intesa Stato Regioni del 5 novembre 2015</p>

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso / Tempo
	il protocollo		
22. Programmazione di controlli ufficiali congiunti con la Capitaneria di Porto di Trieste nella filiera dei prodotti ittici ai sensi del Protocollo di Intesa 2016 in materia di collaborazione nel settore della pesca e della molluschicoltura per garantire il rispetto delle norme nazionali e comunitarie	Due riunioni, di cui una con il personale della S.C. sanità pubblica veterinaria e una con il personale ispettivo della pesca della Direzione Marittima della C.P. di Trieste, e programmazione di controlli congiunti nei settori della pesca e della molluschicoltura.	SC Sanità Pubblica Veterinaria SS TISA OA Responsabile di Struttura Semplice	Predisposizione di un documento di programmazione condivisa con il personale della Capitaneria di Porto di Trieste per le attività di controllo ufficiale nel settore della pesca e della molluschicoltura. Entro il 30 settembre 2016

#### Dipartimento di Prevenzione – S.C. Prevenzione Sicurezza negli Ambienti di Lavoro

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso / Tempo
23. Attività di referenza aziendale nel Gruppo tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali	Organizzazione del lavoro aziendale finalizzato a rappresentare le conoscenze aziendali nell'ambito del Gruppo tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali	SCPSAL Responsabile di Struttura Complessa	Produzione di almeno due analisi del contesto aziendale in funzione degli argomenti trattati nell'ambito del Gruppo tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali e condivisione delle stesse con il Direttore Generale
24. Predisposizione di procedure di vigilanza congiunte a livello regionale in edilizia ed agricoltura	1. Partecipazione ai gruppi di lavoro regionali 2. Predisposizione delle procedure, raccordate con le procedure che si stanno predisponendo a livello nazionale 3. Organizzazione di momenti informativi su scala regionale	SCPSAL Responsabile SSITL Tecnici della Prevenzione Assistenti Sanitari	1. Produzione delle due procedure di vigilanza, in edilizia ed agricoltura 2. Organizzazione di due momenti informativi a livello regionale rivolti agli operatori della prevenzione ed ai portatori di interesse

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso / Tempo
25. Redazione della lista dei controlli sulle imprese e diffusione del relativo documento ai portatori di interesse	1. Collaborazione con gli SCPSAL regionali nella predisposizione della lista dei controlli sulle imprese 2. Diffusione della lista sul sito WEB aziendale	SCPSAL Responsabile SSITL	Diffusione della lista dei controlli sulle imprese sul sito WEB aziendale
26. Garantire la vigilanza sulle attività edili	1. Effettuazione di attività di informazione nei confronti della polizia locale e degli operatori degli Uffici Tecnici dei Comuni per lo svolgimento di attività coordinata 2. Effettuazione di sopralluoghi di vigilanza, riguardanti anche l'attività di allestimento di palchi per lo spettacolo rientranti nel Titolo IV del D.lgs. 81/08. Parte di tali sopralluoghi viene effettuata congiuntamente ad altri organi di vigilanza	SCPSAL Tecnici della Prevenzione Ingegnere - Collaboratore Tecnico Professionale Responsabile SSITL	1. Effettuazione di 3 incontri informativi con operatori dei Comuni 2. Effettuazione di 230 interventi di vigilanza in cantiere, di cui 10 congiunti con altri organi di vigilanza 3. Produzione del report annuale sulle violazioni riscontrate nell'attività di vigilanza in edilizia
27. Attività di vigilanza interessante gli allevamenti e la vendita di macchine agricole	1. Effettuazione di interventi di vigilanza nelle aziende zootecniche 2. Verifica sulla conformità ai Requisiti Essenziali di Sicurezza (RES) delle macchine agricole in commercio in due rivendite di macchine agricole	SCPSAL Assistenti Sanitari Tecnici della Prevenzione	1. Effettuazione di 2 sopralluoghi in aziende zootecniche 2. Effettuazione di 2 interventi di verifica sulle macchine agricole in commercio
28. Mantenere aggiornate le banche dati InforMO e MalProf	Registrazione sulle banche dati InforMO e MalProf delle informazioni relative alle indagini concluse ed in nesso di causa, secondo i criteri indicati dalla Regione. Qualora le piattaforme nazionali InforMO e MalProf non siano attive i dati verranno	SCPSAL Tecnici della Prevenzione Assistenti Sanitari Dirigenti medici	Registrazione del 100% delle indagini concluse rientranti nei criteri stabiliti dalla Regione

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso / Tempo
	registrati su specifici file locali e trasmessi a livello Regionale		
29. Implementazione del registro ex esposti ad amianto (L.R. 22/01) e del Registro Nazionale Mesoteliomi (ReNaM)	1. Svolgimento dell'attività di raccolta dati ed assistenza ai cittadini nell'effettuare l'iscrizione al registro ex esposti ad amianto 2. Compilazione delle schede ReNaM e trasmissione delle stesse al centro di riferimento regionale	SCPSAL Dirigenti medici Assistenti Sanitari	1. Trasmissione del 100% delle schede di iscrizione al registro ex esposti ad amianto pervenute entro il 31.10.2016 al centro di riferimento regionale 2. Trasmissione del 100% delle schede ReNaM relative a segnalazioni pervenute entro il 31.10.2016 al centro di riferimento regionale
30 Informazione ai medici sui fattori ergonomici comportanti il rischio di contrarre patologie muscolo-scheletriche	1. Produzione, in collaborazione con le altre SCPSAL Regionali di un documento informativo 2. Organizzazione, su scala locale o regionale, di corsi di formazione in collaborazione con l'OMCeO	SCPSAL Dirigenti medici Assistenti Sanitari Ingegnere - Collaboratore Tecnico Professionale	Organizzazione, su scala locale o regionale, di un corso rivolto ai medici
31. Predisposizione di una procedura per l'accesso agli atti, con particolare riferimento alla complessità delle fattispecie seguite dalla SCPSAL	1. analisi della procedura ad ora adottata 2. collaborazione con la S.C. Struttura Complessa Affari giuridici e produzione di una procedura formale	SCPSAL Amministrativi Responsabile SCPSAL  Direzione DIP Personale Amministrativo	Predisposizione della procedura e diffusione della stessa sul sito WEB aziendale
32. Aumentare la sicurezza sul lavoro nelle aziende operanti in ambito portuale	1. Definizione di un protocollo di intesa con l'Autorità Portuale e l'INAIL 2. Predisposizione di strumenti di autovalutazione in merito alla sicurezza sul lavoro per le aziende operanti in ambito portuale	SCPSAL Tecnici della Prevenzione Assistenti Sanitari Direzione DIP Coordinamento attività sanitarie personale del comparto	1. Pubblicazione di un manuale sulla sicurezza nell'attività della piccola pesca 2. Incontro informativo rivolto alle aziende operanti in ambito portuale

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso / Tempo
	3. Predisposizione e pubblicazione di un manuale sulla sicurezza nell'attività della piccola pesca 4. Incontro informativo rivolto alle aziende operanti in ambito portuale		
33. Verifica del Rapporto di sicurezza di aziende a rischio di incidente rilevante	Svolgimento di sopralluoghi congiunti con INAIL, Vigili del Fuoco e ARPA	SCPSAL Ingegnere - Collaboratore Tecnico Professionale	Sopralluoghi congiunti in 2 aziende a rischio di incidente rilevante
34. Aumento delle competenze del Laboratorio fibre in vista della prossima tornata di qualificazioni dei laboratori che effettuano analisi sull'amianto per l'ottenimento della qualifica "MOC aria"	Formazione ed addestramento del personale di laboratorio addetto all'analisi microscopica sulla lettura dei filtri	SCPSAL Responsabile SSITL  SSD Laboratorio di Tossicologia Forense Tecnico di laboratorio	10 ore di formazione/ addestramento del tecnico di laboratorio effettuate presso altro laboratorio qualificato regionale

#### Dipartimento di Prevenzione – S.S.D. Servizio Sicurezza Impiantistica

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso / Tempo
35. Mantenimento dei livelli di controllo su serbatoi GPL installati presso utenze private	Esecuzione delle verifiche	SSD Servizio Sicurezza Impiantistica Tecnici della Prevenzione Personale amministrativo	Esecuzione di almeno 37 verifiche con relative pratiche amministrative
36. Gestione delle verifiche di ascensori in ambito ospedaliero o presso strutture sanitarie	Censimento delle nuove richieste o verifiche scadute presso le strutture ospedaliere-sanitarie, accordi con gli interessati e programmazione degli interventi	SSD Servizio Sicurezza Impiantistica Dirigente di struttura	Produzione di uno stato di gestione delle richieste, lista delle verifiche con criteri di priorità e programmazione

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso / Tempo
37. Esecuzione di verifiche di ascensori in ambito ospedaliero/sanitario secondo programma preordinato	Esecuzione verifiche nell'ambito specificato	SSD Servizio Sicurezza Impiantistica Ingegneri della struttura	Esecuzione di almeno 50 verifiche in ospedali e/o strutture sanitarie
38. Estensione dell'offerta di verifiche impiantistiche a nuove tipologie di attrezzature ( previste dal D.M. 11.04.2011 e D.P.R. 162/99 e s.m.i.)	Predisposizione delle procedure tecniche ed amministrative per l'attivazione delle verifiche periodiche su carrelli semoventi a braccio telescopico e servoscala per disabili. Nella logica di quanto previsto dal PRP per la parte degli incidenti domestici nelle persone con disabilità	SSD Servizio Sicurezza Impiantistica Personale Tecnico ed Amministrativo	Predisposizione di una check-list e di una guida sui controlli e prove da effettuare per la verifica dei carrelli semoventi a braccio telescopico e servoscala per disabili, da inserire sul sito WEB aziendale

#### Dipartimento di Prevenzione – Direzione - Area Amministrativa

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso / Tempo
39. Stesura del regolamento di applicazione delle sanzioni amministrative di natura pecuniaria di cui alla Legge 689/81, al fine di disciplinare le procedure da seguire ed individuare, all'interno di ogni Struttura le relative competenze.	1. predisposizione e discussione del testo del regolamento con i referenti delle Strutture del Dipartimento di Prevenzione, consultando anche la S.C. Affari giuridici e delle attività di supporto direzionale 2. inoltro del regolamento alla Direzione Generale	Responsabile del Dipartimento di Prevenzione Responsabili e Dirigenti de: S.C. Igiene ed Alimenti S.C. Igiene e Sanità Pubblica e Prevenzione Ambientale S.C. Sanità Pubblica Veterinaria S.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro S.S.D. Sicurezza Impiantistica Tutto il personale Tecnico, Amministrativo, Sanitario: S.C. Igiene ed Alimenti S.C. Igiene e Sanità Pubblica e Prevenzione Ambientale S.C. Sanità Pubblica Veterinaria S.C. Prevenzione e Sicurezza	1. Predisposizione del regolamento 2. inoltro del regolamento alla Direzione Generale, dopo verifica con la S.C. Affari giuridici e delle attività di supporto direzionale entro il 31.12.2016

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso / Tempo
		negli Ambienti di Lavoro S.S.D. Sicurezza Impiantistica	

**Dipartimento di Prevenzione – S.S.D. Medicina del Lavoro**

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso / Tempo
40. Prevenzione degli infortuni e malattie professionali in una p.a. convenzionata per l'attività di sorveglianza sanitaria	1 costituzione di gruppo di lavoro che coinvolga RSPP, Servizio PP, Responsabile della qualità, M.C. 2. Elaborazione di schede di analisi comprensive, ove possibile, di interventi migliorativi 3. Analisi degli infortuni denunciati, degli infortuni mancati e delle malattie professionali denunciate	SSD Medicina del Lavoro Responsabile di Struttura	Relazione sugli infortuni/malattie professionali denunciati a cadenza quadrimestrale con analisi dettagliata elaborata con le nuove schede
41. Promozione della salute nei lavoratori dipendenti di una P.A. convenzionate per l'attività di sorveglianza sanitaria	1. analizzare abitudini al fumo di sigaretta di tutti i lavoratori visitati nel corso dell'anno, dipendenti di una P.A. 2. Intervento di formazione breve sui fumatori 3. Invio al centro per il tabagismo anche tramite medico curante	SSD Medicina del Lavoro Responsabile di Struttura Professioni sanitarie	1. Almeno 50 lavoratori informati con intervento di formazione breve nel corso dell'anno 2. Invio di 50 fumatori al medico curante /invio diretto all'ambulatorio per il tabagismo
42. Aumentare l'efficacia nelle attività di sorveglianza sanitaria rivolta alle P.A.	Accordo con l'utenza sull'organizzazione e dotazione degli spazi adibiti ad ambulatorio e programmazione delle visite in funzione dell'organizzazione del lavoro sia dell'utente che della struttura	SSD Medicina del Lavoro Responsabile di Struttura Professioni sanitarie	Almeno 15 uscite Almeno 200 lavoratori visitati



Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso / Tempo
43. Valutare le differenze di genere nell'accesso ad un'offerta di prevenzione e percorso di cura in un gruppo di lavoratori/lavoratrici di una P.A per quanto riguarda i disturbi stress lavoro correlati	1. Analisi bibliografica delle differenze di genere nello di stress lavoro correlato 2. Predisporre una procedura in caso di segnalazione di problematiche stress lavoro correlate 3. Individuare lavoratori/lavoratrici con problematiche stress lavoro correlate	SSD Medicina del Lavoro Responsabile di Struttura	Applicazione del protocollo a tutti i lavoratori/lavoratrici che abbiano segnalato problematiche stress lavoro correlate /invio e passaggio in cura specialistica e/o segnalazione a MMG

**Dipartimento di Prevenzione – S.S.D. Laboratorio di Tossicologia Forense**

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso / Tempo
44. Predisporre analisi di screening per l'etilglucuronide urinario (marker dell'abuso alcolico) come test utilizzabile dal D.D.D. sostanze legali per il completamento diagnostico e monitoraggio di pazienti in trattamento	1. Sperimentare ed applicare a campioni urinari una nuove metodica di screening 2. Predisporre l'analisi di conferma per fornire anche il dato con valenza forense mediante la gascromatografia con rivelatore di massa	SSD Laboratorio di Tossicologia Forense Dirigente chimico Tecnico di Laboratorio	1. Adozione della nuova metodica su 150 campioni richiesti attraverso il D.D.D. sostanze legali 2. Analisi di conferma per 20 campioni a valenza medico-legale richiesti attraverso il D.D.D. sostanze legali
45. Predisporre analisi quantitativa dell'etilglucuronide urinario (marker dell'abuso alcolico) come dato utilizzabile dalla Clinica Patologie del Fegato per il monitoraggio/selezione dei pazienti destinati ad un possibile trapianto	Predisporre l'analisi di conferma quantitativa a certezza del dato analitico del metabolita urinario dell'alcol effettuati con gascromatografo mediante rivelatore di massa	SSD Laboratorio di Tossicologia Forense Dirigente chimico Tecnico di Laboratorio	Analisi di conferma quantitative per 10 campioni richiesti dalla Clinica Patologie del Fegato

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso / Tempo
46. Monitoraggio delle “nuove” molecole oppiacee di abuso nei campioni provenienti dal servizio creato per l’utenza giovanile (età compresa tra 15 e 21 anni con dipendenze patologiche) dal DDD sostanze illegali (Progetto Androna)	1. Predisporre e validare con l’utilizzo di cut-off adeguati, l’analisi di screening urinario per la ricerca delle sostanze oppiacee, compresi i narcotici di nuova generazione 2. Sperimentare ed applicare ai campioni urinari che necessitano le metodiche a valenza forense sulla strumentazione gascromatografo con rivelatore di massa	SSD Laboratorio di Tossicologia Forense Dirigente chimico Tecnico di Laboratorio	1. Adozione della nuova metodica su 150 campioni richiesti dal DDD 2. Effettuazione delle analisi di conferma per 40 campioni che necessitano di analisi certa a fini medico-legali
47. Revisione dei protocolli operativi del SSD Laboratorio di Tossicologia Forense	Riesame del manuale operativo di laboratorio in funzione dell’integrazione operativa con il Laboratorio di Tossicologia Forense nel Dipartimento di Medicina di Laboratorio dell’ASUITs	SSD Laboratorio di Tossicologia Forense Dirigente chimico responsabile	Produzione del manuale operativo, discussione con il Responsabile del DAI Medicina di Laboratorio e formazione degli operatori afferenti alla Struttura

#### Dipartimento di Prevenzione – S.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso / Tempo
48. Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale della sicurezza alimentare e nutrizionale	Effettuare le attività previste dal PRISAN 2016 in materia di sicurezza alimentare	SCIAN Tutto il personale della Struttura	Almeno 530 interventi ispettivi Almeno 6 audit 100% dei campionamenti di alimenti programmati Almeno 350 valutazioni del rischio Almeno 6 controlli congiunti con Servizio veterinario-B
49. Sicurezza alimentare e nutrizionale: attività integrata di promozione della salute, prevenzione e controllo	Individuare obiettivi applicabili del sistema NACCP nella Ristorazione Collettiva Effettuare le verifiche sperimentali in 8 ristorazioni collettive aziendali Elaborare il report dell’attività svolta	SCIAN Responsabile Struttura Complessa Tecnici della prevenzione Dietista Professioni sanitarie (assistenti sanitari)	Verifiche in almeno 8 ristorazioni collettive

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso / Tempo
50. Uniformità e trasparenza nell'attività di vigilanza e controllo della SSIAB	Predisporre le Istruzioni Operative finalizzate a procedere lo svolgimento degli audit e il sistema di allerta	SCIAN Responsabile SSIAB	- Predisposte Istruzioni Operative "audit" - Predisposte Istruzioni Operative "allerte"
51. Sviluppo del programma XV "alimentazione sana, sicura e sostenibile" attraverso azioni di coinvolgimento della comunità	Realizzare momenti informativi rivolti a: - Referenti aziendali di programmi coordinati (I – III – X) - Amministrazioni e Enti pubblici e privati, sanitari e non - Imprese di ristorazione collettiva - Associazioni di categoria	SCIAN Responsabile Struttura Complessa	effettuare 4 incontri/eventi rivolti a: - referenti aziendali dei pr. I - III – X del PRP - Amministrazioni e Enti pubblici e privati - Imprese di ristorazione collettiva - Associazioni di categoria

#### Dipartimento di Prevenzione – S.C. Accertamenti Clinici di Medicina Legale

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso / Tempo
52. Predisposizione dei criteri sulla base dei quali rinnovare le Commissioni Mediche Integrate per l'accertamento dell'invalidità civile	Definire i criteri di selezione dei componenti della Commissione Medica Integrata	SCACML Responsabile Struttura Complessa	Redazione del regolamento da sottoporre ad approvazione della Direzione Strategica
53. Riduzione dei tempi di attesa delle visite collegiali per l'idoneità al servizio. Da un tempo medio di attesa di due mesi nel 2015 si vuole contenere a un mese l'attesa per le visite entro il 2016	Aumentare il numero di visite e, se necessario, il numero di sedute. Monitoraggio del tempo di attesa per le visite messe in appuntamento non oltre il 31.12.16	SCACML Personale Amministrativo Personale Sanitario	Tempo medio di attesa nel mese di dicembre 2016 entro i 30 giorni.
54. Effettuazione visite fiscali almeno 20% delle visite fiscali richieste.	Programmare attività di medicina necroscopica e CMI compatibilmente con gli orari visite fiscali	SCACML Dirigente medico Personale Amministrativo Personale Sanitario	Effettuazione di almeno 600 visite fiscali domiciliari.

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso / Tempo
<p>55. Assicurare l'intervento diretto dell'Azienda nei procedimenti giudiziari che la riguardano, in particolare in tema di responsabilità professionale sanitaria (ASUITs)</p>	<p>1. Concreta partecipazione dell'Azienda convenuta (ASUITs) nelle attività di C.T.U. per il tramite del proprio consulente tecnico di parte fisicamente presente alle operazioni peritali (inizio operazioni peritali, prosecuzione delle operazioni, osservazioni alla bozza di consulenza, osservazioni all'elaborato depositato)</p> <p>2. Assicurare la conoscibilità tempestiva da parte dell'Azienda convenuta delle criticità presenti con conseguente possibilità di una eventuale precoce risoluzione transattiva a minore impatto economico.</p>	<p>Responsabile SSDRP</p> <p>Personale Amministrativo SCACML</p>	<p>Partecipazione fisica in almeno il 75% dei procedimenti.</p> <p>Produzione di un report di sintesi dell'attività di consulenza nel 100% dei procedimenti cui si è fisicamente preso parte</p>

## Personale

### Dipartimento di Prevenzione – Direzione

Proposta/richiesta	Risultato della Negoziazione
ATTIVAZIONE DI UN POSTO PER DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE DELLA PREVENZIONE.	Da rivalutare in sede di riorganizzazione aziendale successiva all'adozione del nuovo atto aziendale

### S.C. Igiene Sanità Pubblica e Prevenzione Ambientale

Proposta/richiesta	Risultato della Negoziazione
ACQUISIZIONE DI 1 ASSISTENTE SANITARIO IN SOSTITUZIONE PER PENSIONAMENTO	Accordato
ACQUISIZIONE DI 2 ASSISTENTI SANITARI IN DEROGA AL TETTO DELL'1% PER INCREMENTO DELL'ATTIVITÀ SULLE LINEE DI LAVORO DEI MIGRANTI E DELL'INTRODUZIONE DEL NUOVO CALENDARIO VACCINALE	Accordato
1 TECNICO PREVENZIONE IN SOSTITUZIONE	Accordato, in acquisizione

### S.C. Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro

Proposta/richiesta	Risultato della Negoziazione
ACQUISIZIONE DI 1 INGEGNERE DIRIGENTE	Accordato, previa autorizzazione regionale
ACQUISIZIONE DI 1 DIRIGENTE MEDICO CON CONTRATTO A TEMPO DETERMINATO CON FONDI EX ART. 13 DLGS 81/2008	Accordato

### S.S. Dipartimentale Laboratorio di Tossicologia Forense

Proposta/richiesta	Risultato della Negoziazione
Previsione di trasferimento al Dipartimento di Medicina di Laboratorio ASUITS 1 DIRIGENTE CHIMICO	Accordato alla SC Patologia Clinica
ACQUISIZIONE DI 1 TECNICO DI LABORATORIO BIOMEDICO A TEMPO INDETERMINATO	Accordato

### S.S. Dipartimentale Servizio Sicurezza Impiantistica

Proposta/richiesta	Risultato della Negoziazione
ACQUISIZIONE DI 1 COLL. INGEGNERE AL FINE DI GARANTIRE LA CONTINUITÀ DELLE PRESTAZIONI DELLA STRUTTURA.	Non accordato

**S.C. Sanità Pubblica Veterinaria**

Proposta/richiesta	Risultato della Negoziazione
ACQUISIZIONE DI 1 TECNICO DELLA PREVENZIONE – AREA A	Non accordato
ACQUISIZIONE DI 1 OPERATORE TECNICO IN SOSTITUZIONE– AREA A	Previsto nel turn over
ACQUISIZIONE DI 1 DIRIGENTE VETERINARIO – AREA B PER L'ESPLETAMENTO DI COMPITI ISPETTIVI PRESSO IL MACELLO DI PROSECCO	Non accordato

**S.S. Tutela igienico sanitaria alimenti di origine animale**

Proposta/richiesta	Risultato della Negoziazione
ACQUISIZIONE DI 1 DIRIGENTE VETERINARIO PER L'ESPLETAMENTO DI COMPITI ISPETTIVI PRESSO IL MACELLO DI PROSECCO	Non accordato
TECNICO DELLA PREVENZIONE AREA B PER I CONTROLLI IN MITICOLTURA (ATTIVITÀ DISMESSA ARPA)	Accordato

**.C. Igiene Alimenti e Nutrizione**

Proposta/richiesta	Risultato della Negoziazione
ACQUISIZIONE, A TEMPO DETERMINATO, DI UN DIETISTA, IN SOSTITUZIONE DI MATERNITÀ ANTICIPATA, A SUPPORTO DELL'ATTIVITÀ DI PROMOZIONE DELLA SALUTE PREVISTA NEI PNP E PRP.	Non accordato; si rivaluterà al secondo quadrimestrale
ACQUISIZIONE DI UN TECNICO DELLA PREVENZIONE IN PREVISIONE DI 1 PENSIONAMENTO PREVISTO PER NOVEMBRE 2017	Si rivaluterà PAL/PAO 2017

**S.C. Accertamenti Clinici di Medicina Legale**

Proposta/richiesta	Risultato della Negoziazione
ACQUISIZIONE DI 1 ASS. SAN. IN SOSTITUZIONE (PENSIONAMENTO 2015)	Accordato, in corso procedure di acquisizione
ACQUISIZIONE DI 1 ASS. AMM.VO IN SOSTITUZIONE (PENSIONAMENTO 2015)	Da rivalutare a seguito del completamento delle assunzioni in corso ex L. 68/99

## Centro Cardiovascolare

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso/Tempo
<p>1. Dal PRP 2014-2016 e dal PAL 2016: Programma I “ Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici” 1) Partecipazione al gruppo regionale per la stesura di modelli di Percorsi assistenziali (PA) sulle malattie cronico-degenerative e cardiovascolari (CV) in particolare da proporre a gruppi di lavoro aziendali. 2) Avvio di gruppi di lavoro per i Percorsi assistenziali aziendali</p>	<p>1. Partecipazione al gruppo regionale per la creazione di percorsi assistenziali (PA) a livello regionale per pazienti a rischio CV aumentato 2. Promozione dei PA a livello aziendale</p>	<p>Centro Cardiovascolare Antonella Cherubini Andrea Di Lenarda Donatella Radini</p>	<p>1. Collaborare alla stesura del Manuale su PA a livello regionale da inviare alla DCS (entro 12/2016) e organizzare un incontro aziendale per promuovere la diffusione del Manuale regionale su PA e aggiornare in tema di prevenzione CV all'interno AAS1 (entro 12/2016)</p>
<p>2. Individuare, in base alle LG internazionali, nazionale e dei piani assistenziali regionali, i criteri di appropriatezza da applicare per la segnalazione degli assistiti all'ambulatorio infermieristico.</p>	<p>1. Analisi delle LG vigenti in ambito cardiovascolare. 2. Elaborazione del documento con i criteri di appropriatezza 3. Condivisione del documento con i cardiologi 4. Aggiornamento del protocollo dell'ambulatorio infermieristico</p>	<p>Responsabile Infermieristico Donatella Radini C.I. Maria Rosaria Macchiarella A. Di Lenarda E. Grande Tutto il personale infermieristico del CCV</p>	<p>1. Creazione gruppo di lavoro infermieristico per visione delle LG aggiornate e vigenti in tema di gestione degli assistiti con patologie cardiovascolari e condivisione dei contenuti entro luglio 2016 2. Stesura del documento e Meeting di struttura per condivisione del documento redatto ed eventuali modifiche da apportare entro ottobre 2016 3. Aggiornamento del protocollo dell'ambulatorio infermieristico entro 31-12-2016</p>
<p>3. Analizzare a 2 anni dall'inizio dell'attività il valore della presa in carico infermieristica nella</p>	<p>1.1 Analisi delle caratteristiche clinico-socio-assistenziali degli assistiti avviati all'ambulatorio infermieristico NAO</p>	<p>Responsabile Infermieristico Donatella Radini C.I. Maria Rosaria</p>	<p>1. Elaborazione ed analisi dei dati inseriti nella cartella infermieristica informatizzata C@rdionet (giugno - settembre 2016)</p>

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso/Tempo
gestione degli assistiti in trattamento con i nuovi anticoagulanti orali (NAO). La gestione e programmazione delle attività in agende infermieristiche dedicate da parte del personale oss e amministrativo.	<p>1.2 Analisi del percorso assistenziale attivato: controlli ambulatoriali, incontri educazionali, follow-up telefonici. Con particolare attenzione agli over 80.</p> <p>1.3 Analisi carico di lavoro segretariale</p> <p><b>2.</b> Condivisione dei dati analizzati con tutto il gruppo di lavoro CCV.</p> <p><b>3.</b> Aggiornamento del protocollo di presa in carico infermieristica eventuale riorganizzazione attività di segreteria.</p>	<p>Macchiarella Dott. A. Di Lenarda D.ssa E. Grande Dott. C. Mazzone Tutto il personale infermieristico, OSS, amministrativo del CCV</p>	<p>2. Valutazione tempo impiegato per seguire le prenotazioni e richiami degli assistiti. (Giugno - settembre 2016) e Meeting di struttura multiprofessionale per condivisione dei dati e valutazione indicatori di processo e risultato (ottobre 2016)</p> <p>3. Aggiornamento del protocollo infermieristico di presa in carico in base ai risultati analizzati ed inserimento criteri di appropriatezza per le segnalazioni. Se necessità rimodulazione del tempo dedicato all'attività di programmazione segretariale. (Dicembre 2016)</p>
4. Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva del test ergometrico del CCV	Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva delle prove da sforzo all'interno del Centro Cardiovascolare	Grande Eliana, Giulia Russo, Infermieri del Laboratorio di Ergometria	<p>1. Analisi dei criteri ANMCO di appropriatezza delle prove da sforzo come da linee guida e/o letteratura (entro 06/2016) e Audit con i Medici del Centro Cardiovascolare per condividere i criteri e migliorare l'appropriatezza prescrittiva degli esami ergometrici (entro 9/2016)</p> <p>2 Valutazione appropriatezza richieste di ergometria durante 3 mesi di attività (entro 12/2016)</p>
5. 3.3 Assistenza primaria 3.3.1 Lo sviluppo dell'Assistenza Primaria	<p>1. Analisi della gestione della terapia anticoagulante nei 4 distretti di Trieste</p> <p>2. Proposta di diffusione del software TAONET nei Distretti per il miglioramento della gestione della terapia anticoagulante (valutazione del TTR - tempo trascorso in range terapeutico)</p>	<p>Mazzone Carmine, Montesi Cristina, Grande Eliana, Donatella Radini Personale del CCV</p> <p>In collaborazione con il personale dei Distretti coinvolti</p>	<p>1. Preparazione di un documento di analisi della gestione della terapia anticoagulante nei 4 distretti di Trieste (entro 9/2016). Esecuzione di almeno 1 Audit con UDMG/MMG/CAP/Personale dei Distretti per condividere le criticità e individuare possibili miglioramenti nella qualità della terapia anticoagulante orale (entro 12/2016)</p> <p>2. Installazione del TAONET in almeno 1 sede</p>



Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso/Tempo
	3. Valutazione della qualità del monitoraggio dell'INR nei Distretti		distrettuale o CAP (entro 12/2016) 3. Analisi TTR in almeno 50% dei pazienti inseriti in TAONET
6. Appropriatezza prescrittiva esame ecocardiografico da parte degli MMG	1. Analisi dell'appropriatezza delle richieste di esame ecocardiografico 2. Condivisione delle LG ANMCO con Cardiologi CCV e MMG tramite UDM 3. Nuova analisi e verifica dell'appropriatezza delle richieste in accordo con LG ANMCO	E. Casanova Borca, Cherubini, G. Faganello, E. Grande, C. Mazzone, C.Pandullo, T.Pontoni , D. Radini, G.Russo, A. Di Lenarda	1. Analisi dell'appropriatezza delle richieste di esame ecocardiografico per 30 giorni (entro 6/2016) 2. Condivisione delle LG ANMCO con Cardiologi CCV e MMG tramite UDM (almeno un incontro con cardiologi CCV e almeno un incontro con MMG per ogni sede distrettuale 3. Nuova analisi e verifica dell'appropriatezza delle richieste in accordo con LG ANMCO per 30 giorni (entro 11/2016). Invio report finale agli UDMG.
7. Implementazione dell'organizzazione dell'Ambulatorio delle Cardiopatie Congenite dell'adulto (GUCH)	1. Analisi dei database esistenti dei pazienti adulti affetti da cardiopatia congenita. 2 Avviare un tavolo di consultazione per la costruzione di un PDTA interaziendale ASUITS – IRCSS BURLO entro 31-12-2016 3 Rafforzamento del network multidisciplinare/ multiprofessionale di Area Vasta tramite sensibilizzazione nell'utilizzo dell'imaging nella cardiopatia congenita. Realizzazione di una Newsletter. 4 Raccolta e confronto di dati relativi al management clinico di due classi di pazienti GUCH seguiti dal CCV, la prima dei congeniti considerati "non complessi" vs congeniti	Dott. Giorgio Faganello Dott.ssa Giulia Russo Inf Tiberio Pontoni Inf Endria Casanova Borca	1. Aggiornamento del database con definizione completa delle codifiche diagnostiche, interventistiche e chirurgiche (entro 12/2016). 2. Redazione del PDTA condiviso interaziendale ASUITS – IRCSS BURLO (entro 12/2016) 3. Realizzazione di una Newsletter sull'utilizzo dell'imaging nella quantificazione dell'insufficienza polmonare nella cardiopatia congenita (12/2016). 4. Analisi dei dati del Registro GUCH CCV e audit clinico relativo al management clinico di pazienti con storia di DIA/DIV vs TOF, CoA (entro 12/2016).

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso/Tempo
	considerati "complessi".		
<p>8.</p> <p>PAL 2016</p> <p>1). PDTA ospedale-territorio nell'ambito delle malattie vascolari critiche in tema di prevenzione dell'ictus cerebrale. Progetto interaziendale tra CCV con invio dal reparto di Chirurgia Vascolare di pazienti candidati a TEA sulla caratterizzazione della placca carotidea instabile in soggetti sintomatici/asintomatici con stenosi critica a rischio per ictus trombo embolico e candidati a intervento di TEA. mediante CEUS</p> <p>2) Presa in carico al CCV dei pazienti post TEA per un follow up clinico assistenziale</p>	<p>1.</p> <p>Stesura di un protocollo operativo tra CCV e Chirurgia Vascolare</p> <p>2.</p> <p>Diagnosi mediante ECD e CEUS di pazienti sintomatici/ sintomatici per ischemia cerebrale con riscontro di stenosi carotidea critica &gt; 70% (ECD dei TSA) e instabile (CEUS) candidabili a TEA presso la Chirurgia Vascolare</p> <p>3.</p> <p>Presenza in al CCV post dimissione dalla Chirurgia Vascolare dei pazienti sottoposti a intervento di TEAS</p>	<p>Dr Maurizio Fisicaro</p> <p>Dr.ssa. Antonella Cherubini</p> <p>Inf. Nadia Zeriali</p> <p>Inf. Silvia Botta</p> <p>In collaborazione con</p> <p>Chirurgia Vascolare</p> <p>Prof . Roberto Adovasio</p> <p>Dr.ssa Barbara Ziani</p> <p>Infermiera Mirella Zancola</p>	<p>1</p> <p>Entro il 31/5/2016</p> <p>Stesura del protocollo operativo.</p> <p>2.</p> <p>Segnalazione dalla Chirurgia Vascolare al CCV del 50% in piu di pazienti candidati a TEA al 31/12/2016</p> <p>3.</p> <p>Presenza in carico di almeno il 50% dei pazienti sottoposti a a TEA al CCV entro il 31/12/2016</p>
<p>9.</p> <p>PAL 2016</p> <p>3.4. PROGETTI ATTINENTI ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALE</p> <p>3.4.1 insufficienze d'organo e trapianti-Cuore:</p> <p>miglioramento del PDTA scompenso Cardiaco sviluppato nel 2014</p> <p>1</p>	<p>1.</p> <p>Revisione del PDTA Scompenso Cardiaco 2014 alla luce dell'unificazione delle 2 aziende con ridefinizione dei criteri di invio dei pazienti</p> <p>2.</p> <p>identificazioni di criteri di invio per presa in carico da parte dell'ambulatorio specialistico del Dipartimento Cardiovascolare e verso il CCV territoriale di pazienti con diagnosi di scompenso Cardiaco dimessi dai reparti ospedalieri e/o RSA</p>	<p>F. Humar</p> <p>tutto il personale CCV</p>	<p>1.</p> <p>Revisione del protocollo e condivisione dello stesso con Dipartimento Cardiovascolare e reparti di Medicina e Geriatria (entro 09/2016)</p> <p>2.</p> <p>n. pazienti segnalati secondo i criteri definiti e confronto con i pazienti segnalati nel 2015 secondo gli stessi criteri clinici. Incremento nel 2016 vs 2015 di almeno il 10% dei pazienti segnalati secondo i criteri definiti (entro 12/2016)</p>
<p>10.</p> <p>Implementazione di percorsi di</p>	<p>1.</p> <p>Definire un PDTA integrato finalizzato allo</p>	<p>C. Pandullo (dirigente. Medico CCV, cardiologo</p>	<p>1.1</p> <p>Formazione medici e infermieri del DDD, presso il</p>

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso/Tempo
<p>continuità assistenziale ospedale–territorio per interventi di screening, diagnosi precoce e di presa in carico dell’utenza con dipendenza patologica con problematiche cardiologiche</p>	<p>screening, al riconoscimento precoce ed alla cura di problematiche cardiologiche in utenti con dipendenza patologica, definendo le modalità di:</p> <p>1.1 Screening elettrocardiografico di primo livello c/o il DDD rivolto ai pazienti in terapia con farmaci/droghe/sostanze tossiche potenzialmente cardiotossici</p> <p>1.2 valutazione specialistica e presa in carico territoriale dei pazienti positivi al primo livello</p> <p>1.3 continuità assistenziale dei pazienti presi in carico dai reparti dell’Area Cardiologica dell’AOUS</p> <p>2. Implementare un polo per lo screening elettrocardiografico presso il DDD</p>	<p>referente per il Distretto 4 e DDD) A. Di Lenarda (Direttore SC CCV) Donatella Radini (resp. Infermieristico) Maria Rosaria Macchiarella (Coord. Inf) Tutto il personale infermieristico del CCV</p> <p>in collaborazione con il DDD e con la SC Cardiologia</p>	<p>laboratorio ECG del CCV, sulla gestione dello screening ECG <i>on site</i>; 1.2,3. Formalizzazione del percorso clinico assistenziale integrato (entro il 30/09/2016)</p> <p>2. Al 100% dei pazienti target del DDD viene assicurato lo screening cardiologico <i>on site</i> dal 01/10/2016, con presa in carico integrata secondo protocollo 31/12/2016</p>

## Personale

Proposta/richiesta	Risultato della Negoziazione
2 AMMINISTRATIVI (CON ABILITAZIONE A FUNZIONE CASSA)	Accordata una mobilità interna
2 INFERMIERI	1 accordato, 1 in sostituzione aspettativa
PASSAGGIO A C2 PER 3 CARDIOLOGI	Da rivalutare a seguito dell'adozione del nuovo Atto Aziendale
PASSAGGIO A LIVELLO SUPERIORE PER LA PO INFERMIERISTICA	

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso/Tempo
<p>1. <b>Appropriatezza tempi di attesa.</b> Garantire l'appropriatezza dei tempi nell'erogazione del servizio e della terapia</p>	<p>1. Apertura della cartella elettronica entro 3 gg dal ricevimento della documentazione completa 2. Erogazione della prima visita oncologica entro 10 giorni dall'arrivo della documentazione completa 3. Inizio del trattamento chemioterapico entro 15 giorni dall'erogazione della prima visita 4. Erogazione entro 48 ore dalla richiesta delle visite senologiche urgenti</p>	<p>Silva Foladore Angela Denaro Carla Dellach Valentina Merlo Salvi Ales Laura Danieli Rossana Tonelli Donatella Klancic Marzia Sisto Manola Iaia Claudia Mauro Patrizia Gregorich Martina Matarrese Sila Barbara</p>	<p>1. 100% dei casi 2. Almeno il 90% dei pazienti da sottoporre a trattamento chemioterapico 3. Almeno il 90% dei pazienti 4. Almeno il 90%  (Dati reperibili dal G2 clinico) 31/12/2016</p>
<p>2. <b>Appropriatezza prescrittiva.</b> Prosecuzione e consolidamento dell'attività</p>	<p>Verifica appropriatezza della prescrizione dei farmaci ad alto costo impiegati nelle patologie prese in carico presso il CSO. Analisi delle richieste di Trastuzumab, Pertuzumab, Trastuzumab-emtansine, Bevacizumab, Sunitinib, , Cetuximab, , Everolimus, , Panitunumab, Imatinib Lapatinib</p>	<p>Silva Foladore Angela Denaro Marzia Sisto Manola Iaia Klancic Donatella Sila Barbara</p>	<p>100% delle prescrizioni coerenti con le indicazioni registrative dei farmaci indicati. (FONTE G2 clinico, Registro AIFA) 31/12/2016</p>
<p>3. <b>Screening Oncologici.</b> Prosecuzione e consolidamento delle attività</p>	<p>1. Programmazione percorsi di II° livello ai positivi I° livello diretta da parte del personale a)<u>mammella</u>: esito positivo di Mx di screening viene trasmesso alla segreteria del II livello presso il CSO che provvede a contattare telefonicamente tutte le pazienti e a fissare l'appuntamento per l'approfondimento diagnostico da eseguire presso la radiologia ospedaliera. b)<u>colon</u>. Tutti i FOBT positivi vengono contattati telefonicamente dal personale della segreteria del II</p>	<p>Carla Dellach Claudia Mauro Patrizia Gregorich Martina Matarrese Laura Danieli Salvi Ales</p>	<p>100% offerta di II° livello ai positivi del primo livello 31/12/2016</p>

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso/Tempo
	<p>livello per colloquio e organizzazione appuntamento per la colonscopia</p> <p>2. Richiamo telefonico dei pazienti “indecisi” e invio raccomandate per presa atto di eventuale rifiuto</p>		
<p>4. Cure palliative Mantenimento e miglioramento delle attività di consulenza oncologica in essere</p>	<p>Offrire risposte con appropriata tempistica alle richieste di consulenze oncologiche domiciliari (richieste da strutture ospedaliere o territoriali o da MMG)</p>	<p>Maria Bartolini Valentina Merlo Fausta Lorenzon Lorena Castellani Rossana Tonelli</p>	<p>-entro tre giorni lavorativi dall’arrivo della richiesta per visite richieste con carattere di priorità -entro 10 giorni dalla richiesta per i controlli 90% dei casi con rispetto delle tempistica indicata (Fonte registri CSO e G2: registrazione impegnative : data arrivo, data erogazione visita) 31/12/2016</p>
<p>5. Cure palliative Prosecuzione delle azioni in essere. Miglioramento dell’assistenza nella fase di terminalità</p>	<p>Favorire il decesso dei pazienti oncologici in strutture extraospedaliere</p>	<p>Maria Bartolini Fausta Lorenzon Lorena Castellani</p>	<p>Decesso al di fuori dell’ospedale (domicilio, Hospice, RSA) &gt;65 % dei pazienti in carico al servizio di cure palliative del CSO</p>
<p>6. Costituzione della rete delle cure palliative</p>	<p>Produrre, in collaborazione con i Distretti, un piano per la organizzazione e la costituzione formale della rete delle cure palliative, tenendo presente tutte le risorse aziendali e convenzionate che operano nel settore e basato su PDTA e protocolli condivisi.</p>	<p>Rita Ceccherini Responsabile SS chemioterapia ff Direttore SC CSO</p>	<p>Documento condiviso presentato alla Direzione Strategica entro il 31/10/2016</p>

**Personale**

Proposta/richiesta	Risultato della Negoziazione
1 DIRIGENTE MEDICO IN MOBILITÀ (SOSTITUZIONE)	accordato
ISTITUZIONE SERVIZIO MCA PER RETE CURE PALLIATIVE	accordato

## Sistema 118

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso/Tempo
<p>1 Miglioramento/innovazione Implementazione di un processo finalizzato ad evitare accessi in Pronto Soccorso e ricoveri inappropriati.</p>	<p>1. Incrementare le valutazioni infermieristiche sui codici verdi e bianchi, con eventuale attivazione del medico del Sistema 118 per evitare l'accesso improprio in Ospedale. 2. Individuare le persone per cui viene attivato il servizio 118 non per motivi di emergenza/urgenza e interazione con la rete territoriale</p>	<p>1. Infermieri Sistema 118 P.O. Sistema 118 Barbara Brajnik In collaborazione con DS Sanità Penitenziaria 2. Infermieri Sistema 118 Coord. Inf. Sistema 118 Moratto Alessandro</p>	<p>1. Decremento 10% n° accessi al PS codici verdi e bianchi senza valutazione del medico nel 2016 rispetto al n° del 2015 (30) 2.1. Incremento delle segnalazioni ai servizi territoriali rispetto al 2015 (864) 2.2. Incremento 10% n° valutazioni infermieristiche sui codici verdi e bianchi nel 2016 rispetto al n° del 2015 (808) Fonte dati: SIES 118</p>
<p>2. 3.4.8. Rischio clinico Governo clinico e sicurezza delle cure. Diffusione ai Servizi territoriali ASUITs dell'Istruzione Operativa per la gestione delle dotazioni di emergenza</p>	<p>Calendarizzare ed effettuare incontri formativi/informativi presso le sedi Territoriali in materia di gestione delle dotazioni materiali e strumentali</p>	<p>P.O. Sistema 118 Barbara Brajnik Coord. Inf. 118 Mauro Milos Coord. Inf. 118 Alessandro Moratto Infermieri 118 Rita Anselmi Emanuele Quargnal</p>	<p>Nel corso del 2016 verranno organizzati ed effettuati incontri di Formazione sul Campo in tutte le Strutture che dispongono delle dotazioni di emergenza/urgenza e/o DAE</p>
<p>3 Miglioramento/innovazione Attuazione dei PDTA finalizzati all'implementazione delle migliori evidenze garantendo il coinvolgimento di tutti i professionisti interessati</p>	<p>Attuazione del PDTA con segnalazione da parte del Sistema 118 ai Centri Diabetologici Distrettuali dei pazienti con diabete che hanno avuto un episodio di ipoglicemia/iperglicemia severa, secondo le indicazioni della IO</p>	<p>Infermieri Sistema 118 P.O. Barbara Brajnik</p>	<p>N° schede di segnalazione 118/ n° di persone diabetiche individuate con episodio di ipoglicemia/iperglicemia severa =100%</p>
<p>4 Miglioramento/innovazione Implementazione del percorso tra</p>	<p>Individuazione sulla scena pazienti con disturbi cardiologici e cardiocircolatori a basso rischio clinico mediante analisi strumentale</p>	<p>Infermieri, medici e Responsabile Sistema 118</p>	<p>Numero di pazienti non ospedalizzati con attivazione CCV/Numero di pazienti identificati sulla scena.</p>



Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso/Tempo
Sistema 118 e CCV, definito dall'I.O. 68 bis al fine di limitare l'accesso alle strutture ospedaliere per acuti, in modo particolare verso il Pronto Soccorso, dei pazienti con disturbi cardiologici e cardiocircolatori a basso rischio clinico.	teletrasmissione e contatto con il cardiologo del CCV. Eventuale accesso al CCV e completamento del percorso		Incremento del 40% rispetto al 2015.
5 Governo clinico e sicurezza delle cure Revisione, implementazione e riorganizzazione di tutte le Istruzioni Operative e procedure che necessitano di nuova analisi rispetto alla tempistica di adozione.	1. Identificazione con specifico riferimento temporale di dette IO e procedure e suddivisione di esse secondo criteri di competenze professionali, e riorganizzazione in manuali. 2. Analisi e revisione delle IO e procedure assegnate al fine di raggiungere l'obiettivo	1. Responsabile Sistema 118 Vittorio Antonaglia 2. Personale tecnico, amministrativo, infermieri e medici Sistema 118 In collaborazione con AGASD-accreditamento	Almeno il 95% delle IO e Procedure individuate secondo il criterio temporale di adozione, devono essere revisionate e riorganizzate entro il 31/12/2016
6 Governo clinico e sicurezza delle cure Elaborazione di un nuovo processo di Dispatch per la gestione delle interviste telefoniche in risposta a richieste di soccorso.	1. Identificazione delle componenti del Dispatch necessitanti di ulteriore sviluppo e implementazione. 2. Revisione delle Procedure Operative del Dispatch con implementazione delle Istruzioni pre-arrivo in specifiche condizioni.	1. Responsabile Sistema 118 Vittorio Antonaglia 2. Infermieri e Medici Sistema 118 In collaborazione con AGASD-accreditamento	Completamento delle Procedure e Istruzioni Operative riguardanti il Dispatch delle più rilevanti situazioni cliniche entro il 31/12/16

## Personale

Proposta/richiesta	Risultato della Negoziazione
3 OSS	Accordati
2 OSS	Si accorda nell'ambito della manovra del Piano dell'Emergenza Urgenza (richiesta autorizzazione regionale in deroga 1%), e rivalutazione PD
3 OSS	Si accorda nell'ambito della manovra del Piano dell'Emergenza urgenza (richiesta autorizzazione regionale in deroga 1%)
4 AUTISTI DA CRI	Accordati nell'ambito della manovra del Piano dell'Emergenza Urgenza (richiesta autorizzazione regionale in deroga 1%) e per V macchina rivalutazione PD
3 AUTISTI DA GRADUATORIA	
1 AUTISTA MOBILITÀ INTERNA	
5 INFERMIERI	Già acquisiti
2 INFERMIERI	Si accorda nell'ambito della manovra del Piano dell'Emergenza Urgenza (richiesta autorizzazione regionale in deroga 1%)
1 AMMINISTRATIVO	Da rivalutare a seguito del completamento delle assunzioni in corso ex L. 68/99

Funzione legale ed assicurativa

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore/Risultato Atteso/Tempo
<p>1. Aggiornamento delle autorizzazioni per l'utilizzo dell'auto privata per ragioni di servizio del personale afferente ai servizi territoriali ed ospedalieri al fine di ottimizzare la gestione delle pratiche assicurative correlate alla copertura "kasko" in vista dell'attivazione della nuova polizza assicurativa in fase di rinnovo a cura dell'EGASC.</p>	<p>1. Richiesta, da inoltrare ai Responsabili dei Servizi, di revisione delle autorizzazioni già concesse al personale dipendente e convenzionato in forza presso le rispettive articolazioni organizzative; 2. Verifica dei dati pervenuti; 3. Rielaborazione dell'elenco del personale, afferente ai Servizi territoriali ed ospedalieri, autorizzato all'uso dell'auto propria per ragioni di servizio alla luce delle evidenze acquisite dai Responsabili di SO/SC/SS;</p>	<p>Donatella Bortuzzo Rosaria Candiano Marta Dalla Costa</p> <p>in collaborazione con</p> <p>Maria Teresa Galimi (funzione di supporto segretariale)</p> <p>e con S.C. AA.GG.LL.</p>	<p>Elenco aggiornato/rielaborato delle autorizzazioni in ragione delle evidenze acquisite entro il 31.12.2016</p>
<p>2. Monitoraggio delle procedure di rimborso da parte di EGASC delle spese legali, anticipate dall'Azienda, correlate a richieste giudiziali di risarcimento danni riconducibili alla gestione centralizzata regionale della RCT/RCO con specifico riferimento al periodo 01.01 – 30.11.2016.</p>	<p>Elaborazione di una procedura per la regolamentazione ed il monitoraggio delle richieste, da inoltrare all'EGASC, per il rimborso delle spese legali sostenute per la difesa aziendale nei contenziosi riconducibili alla copertura RCT/RCO;</p>	<p>Donatella Bortuzzo Marta Dalla Costa Rosaria Candiano Alessia Fratte</p>	<p>Procedura entro il 31.12.2016</p>
<p>3. Elaborazione del Codice di Comportamento dell'ASUI di Trieste ai sensi dell'artt. 1, comma 2, del DPR n. 62/2013 e 54, comma 5, del D.Lgs. n. 165/2001.</p>	<p>1. Verifica dei contenuti dei Codici di Comportamento già adottati dall'allora A.A.S.n.1-"Triestina" e dall'ex AOU "Ospedali Riuniti di Trieste"; 2. Attualizzazione dei contenuti in ragione della</p>	<p>Obiettivo dirigenziale Daniela Zaro in collaborazione con S.C. AA.GG. e LL.</p>	<p>Bozza del Codice di Comportamento aggiornato entro il 31.12.2016</p>

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore/Risultato Atteso/Tempo
	nuova realtà istituzionale ai sensi della normativa di riordino del SSR; 3. Elaborazione della bozza del Codice di Comportamento della ASUI di Trieste.		

### Funzione Ambiente

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore /Risultato Atteso/Tempo
1. Formazione dedicata al nuovo personale infermieristico assegnato alla Casa circondariale di Trieste al fine di svilupparne le competenze in materia di nuova operatività del sistema SISTRI, di gestione dei rifiuti e di rischio clinico e biologico.	1. Predisposizione ed effettuazione di almeno 4 corsi di formazione, della durata di 2 ore ciascuno, per trasmettere ed insegnare: 1. le procedure Aziendali in campo rifiuti 2. le procedure sul rischio clinico e biologico 3. le procedure del sistema Sistri mediante esercitazioni pratiche su pc, utilizzando la chiavetta informatizzata	Tutto il personale della Gestione Ambientale Aziendale Dragani Francesca Cavazzon Elisabetta Berni Elena Ripa Luisa Gulic Andra Carmi Fabio Vucas Rita Micol Cristina in collaborazione con DS-Sanità Penitenziaria: F. Masala	Almeno n. 4 corsi di 2 ore : 2 corsi entro il 30/06/2016 2 corsi entro il 31/12/2016 pari al 100% di operatori formati
2 Formazione dedicata a Sviluppare le competenze degli operatori sulla cultura della corretta gestione dei rifiuti in occasione dei sopralluoghi e delle verifiche presso le strutture ASUITs	1. Effettuare sopralluoghi presso le varie strutture dell'ASUITs; 2. verificare la corretta tenuta dei registri carico e scarico dei rifiuti; 3. verificare la corretta gestione dei rifiuti aziendali; 4.	Dragani Francesca Cavazzon Elisabetta Berni Elena Ripa Luisa Gulic Andra Carmi Fabio Vucas Rita Micol Cristina	1. realizzare almeno n. 2 sopralluoghi in ogni struttura/servizio di AAS, documentato con relazione finale entro il 31/12/2016 2. Realizzare almeno n. 1 corso di formazione sul campo in ogni struttura che detiene il registro carico e scarico dei rifiuti entro il 31/12/2016

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore /Risultato Atteso/Tempo
	predisporre corsi di formazione sul campo presso le strutture dell'ASUITS soggette a verifica.		
3. Implementare le conoscenze dei medici di SCA e PDMG sulle procedure aziendali per la corretta gestione dei rifiuti in occasione dei sopralluoghi e attraverso corsi di aggiornamento.	1. Effettuare sopralluoghi presso le sedi SCA PDMG di Via del Farneto 3 Trieste e di via Battisti 2 Muggia dell'ASUITS; 2. Verificare la corretta gestione dei rifiuti e delle borse dell'emergenza aziendali; 3. Redisporre corsi di formazione in aula e sul campo per trasmettere ed insegnare: <ul style="list-style-type: none"> <li>le procedure Aziendali in campo rifiuti;</li> <li>le procedure sul rischio clinico e biologico.</li> </ul>	Francesca Dragani Elena Berni Elisabetta Cavazzon Luisa Ripa Gulic Andra Carmi Fabio Vucas Rita Micol Cristina	1. Realizzare almeno n. 4 sopralluoghi mensili presso la sede SCA PDMG di Via del Farneto 3 Trieste e n. 4 sopralluoghi all'anno presso la sede di via Battisti 2 Muggia dell'ASUITS entro il 31/12/2016 2. Verificare la corretta gestione dei rifiuti e delle borse aziendali dell'emergenza documentato con le relazioni dei n. 4 sopralluoghi entro il 31/12/2016 3. Predisposizione ed effettuazione di almeno n. 4 corsi di formazione, della durata di 4 ore ciascuno entro 31/12/2016

### Funzione Certificazione e Accreditamento

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore /Risultato Atteso/Tempo
1. Rispondere ai requisiti organizzativi generali e specifici documentali dell'accREDITamento regionale della SC Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura	Predisporre il Manuale degli operatori della SC SPDC contenente regolamenti, linee guida, procedure e protocolli da osservare nell'esecuzione delle attività del servizio.	Giuseppe Romano	Trasmettere al responsabile della SC SPDC ed alla coordinatrice infermieristica il documento Manuale degli operatori SC SPDC 2016 entro il 31.05.2016.
2. Mantenere la conformità ai requisiti dell'accREDITamento BFCI dell'Unicef	1. Predisporre il Piano d'azione BFCI richiesto dagli standard UNICEF con l'indicazione degli interventi migliorativi sui 7 Passi BFCI; 2.		1. Trasmettere alla responsabile BFCI dell'ASUITS il documento Piano d'azione BFCI 2016 entro il 30.06.2016 2.

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso/Tempo
	redisporre il Manuale degli operatori BFCI contenente l'aggiornamento della politica, del modello di assistenza, delle procedure ed istruzioni operative, delle check list.		Trasmettere alla responsabile BFCI dell'ASUITS il documento Manuale degli operatori BFCI 2016 entro il 31.12.2016

#### Funzione Supporto alle progettazioni delle politiche aziendali e Segreteria

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso/Tempo
1. Armonizzazione delle procedure/prassi amministrative interne di ASUITS. Approvazione di una procedura condivisa per l'adozione dei decreti aziendali.	1. Analisi delle procedure/prassi operative rispettivamente in ASUI di Trieste, con riferimento alle attività/funzioni correlate all'adozione dei decreti aziendali e confronto critico tra le metodologie di lavoro attuate; 2. Elaborazione di un protocollo unico per la suddetta attività; 3. divulgazione del protocollo unico di cui al punto 2) a tutte le strutture delle sopra indicate Aziende, attraverso la redazione e l'inoltro di una circolare informativa della Direzione.	Tutto il personale di Segreteria di Direzione Luisa Giove Brigida Romeo Maria Teresa Galimi Antonella Greco Igor Pischianz Roberta Visintin Rita Barbella	1. Elaborazione della bozza del protocollo unico entro il 31.7.2016. 2. Predisposizione della bozza di circolare informativa entro il 31.12.2016.
2. Ricognizione dell'assetto di sistema ADWEB propedeutico all'avvio del nuovo impianto AdWeb della Azienda Sanitaria Universitaria integrata di Trieste (ASUI).	1. Stesura di una lista completa degli utenti attivi utilizzatori di AdWeb per l'ex A.A.S. 1, con l'eliminazione di eventuali "doppioni" dovuti a funzioni multiple; 2. Elaborazione di un elenco degli uffici attivi presenti in AdWeb; 3. Produzione di una lista di utenti attivi,	Segreteria della Direzione Amministrativa  Antonella Greco	Elaborazione degli elenchi entro il 31.12.2016.

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso/Tempo
	<p>incardinati rispettivamente nel sistema e nelle cartelle di provenienza, rappresentanti gli uffici aziendali;</p> <p>4. Costituzione di un elenco dei firmatari/sottoscrittori/vistatori attivi, a qualsiasi titolo e con accanto la rispettiva funzione (Direttori, Dirigenti, Responsabili di Centro di Risorsa, Ragioniere per parere contabile, addetti alla pubblicazione) AdWeb.</p>		
<p>3. Riorganizzazione conseguente alla costituzione dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (A.S.U.I.). Predisposizione dei provvedimenti di nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e del Responsabile della Trasparenza</p>	<p>1. Analisi della normativa vigente in materia;</p> <p>2. Redazione del testo in bozza dei decreti di nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e del Responsabile della Trasparenza dell'A.S.U.I..</p>	<p>Funzione supporto alle progettazioni delle politiche aziendali Luisa Giove</p>	<p>Redazione dei testi in bozza dei decreti entro un mese dall'istituzione dell'A.S.U.I..</p>
<p>4. Supporto segretariale alle attività di negoziazione di budget anno 2016.</p>	<p>1. Organizzazione degli appuntamenti con i responsabili di struttura dell'Azienda e predisposizione delle agende della Direzione</p> <p>2. Invio delle convocazioni..</p>	<p>Segreteria del Commissario straordinario Brigida Romeo Igor Pischinaz</p>	<p>Note mail di convocazione entro il 31.12.2016.</p>

## Programmazione Strategica

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso/Tempo
<p>1. Supporto informativo alla attività direzionali Aziendali e delle Strutture</p>	<p>1. In relazione all'obiettivo di budget dei Distretti fornire report periodici di monitoraggio.</p> <p>2. Aggiornamento periodico e valutazione della performance aziendale e delle singole aree di attività in relazione agli indicatori (PNE Sant'Anna PQI, ecc...) della programmazione aziendale con produzione di report ragionato e analitico periodico</p>	<p>Marco Braida Marco Spanò</p>	<p>1. Elaborazione e analisi trimestrale degli indicatori di risultato degli obiettivi di budget dei Distretti.</p> <p>2. Invio alla direzione strategica e/o strutture aziendali di almeno tre report di monitoraggio</p>
<p>2. Analisi e monitoraggio dei PDTA</p>	<p>1. Definire e condividere il percorso di monitoraggio dei PDTA</p> <p>2. Elaborazione di un sistema di monitoraggio con la definizione di indicatori significativi</p> <p>3. Elaborazione di report periodico con l'analisi dei fenomeni più significativi per ogni PDTA studiato</p>	<p>Marco Braida Marco Spanò In collaborazione con S.C. Programmazione e Controllo</p>	<p>Almeno un report di monitoraggio degli indicatori definiti su almeno un PDTA</p>
<p>3. OIV. Valutazione del comparto 2015. Avvio e conclusione delle procedure inerenti all'attività dell'OIV</p>	<p>1. Organizzare la raccolta delle schede di valutazione del comparto in accordo con l'OIV, la Direzione Strategica e la S.C. Gevap</p> <p>2. Analizzare i contenuti delle schede pervenute e predisporre i risultati in un format appositamente creato ai fini</p>	<p>Paola De Poli Marco Spanò</p>	<p>Nota con verbale dell'OIV contenente il risultato completo della valutazione del comparto inviata alla Direzione Generale e alla S.C. GEVAP entro maggio 2016</p>



Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso/Tempo
	<p>della valutazione da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione</p> <p>3. Produzione del materiale sintetico di valutazione e invio in base alle disposizioni dell'OIV</p> <p>4. Analisi delle criticità con proposte di miglioramento del procedimento al suo primo anno di applicazione.</p>		
<p>4. Rendere fruibile a tutti l'archivio della Comunicazione sociale</p>	<p>Digitalizzare e indicizzare tutti i documenti, filmati e foto dell'archivio di 20 anni della comunicazione sociale (1996-2016).</p>	<p>Roberto Michelazzi</p>	<p>Progetto finito entro ottobre 2016</p>

**Ufficio Relazioni con il Pubblico**

<b>Obiettivo Generale</b>	<b>Azione</b>	<b>Personale</b>	<b>Indicatore / Risultato Atteso/Tempo</b>
1. Realizzazione procedura per le segnalazione-reclami-elogi URP in armonia con il riassetto istituzionale della Legge Regionale 17/ previsto dalla Legge Regionale 17/2014	1. Confronto sulle principali attività dei servizi attraverso incontri periodici a seguito della istituzione di "nuove strutture" CAP , AFT ecc 2. Aggiornamento procedura	Tutto il personale URP	Invio alla direzione strategica della procedura aggiornata e proposta di delibera entro 30/10/2016
2. Creazione di un sistema per la comunicazione inter istituzionale	Predisposizione di un accordo quadro ASUITS - Comune di Trieste- Università degli Studi di Trieste condiviso - triennale	Tutto il personale URP	Delibera entro 30/06/2016
3. Benessere mentale dei bambini, adolescenti e giovani attraverso lo sport (progetto di ricerca in collaborazione con Università degli Studi di Trieste –Sissa – Comune di Trieste- Coni- Buone pratiche Onlus) come previsto nel Decreto n. 576 del 29/12/2015	Il anno di ricerca. Prevista almeno 1 azione di comunicazione del Progetto di informazione alla cittadinanza attraverso vari canali di Comunicazione	Sara Sanson	Almeno una pubblicazione entro 30/06/2016

## Direzione Sanitaria

### Direzione sanitaria - Medico Competente

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso/Tempo
1. Promozione di corretti stili di vita (attività fisica, corretta alimentazione, alcool e fumo) finalizzati alla riduzione del carico prevenibile/evitabile delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT), rivolto ai dipendenti di ASUITS	1. Individuazione dei lavoratori a rischio per lo sviluppo di MCNT usando le soglie indicate nelle linee guida della letteratura in base ai dati obiettivi e di laboratorio a disposizione del medico competente 2. Realizzazione di un modello uniforme di intervento mediante intervista guidata e consegna di materiale informativo	<u>Direzione sanitaria</u> Medico competente	1. Report dei lavoratori a rischio 2. Consegna di materiale informativo al 100 % dei soggetti visitati nel corso della Sorveglianza sanitaria e definiti a rischio.  31/12/2016
2. Implementazione del sistema di incident reporting	1. Completare la formazione di tutto il personale sul rischio clinico e sul corretto utilizzo della scheda di incident reporting 2. Esecuzione di Root Cause Analysis in caso di eventi che superino lo score di 6 3. Analizzare e valutare periodicamente i dati raccolti al fine di attivare processi di miglioramento	<u>Direzione sanitaria</u> Medico competente (risk manager)	1. N. operatori di 1 struttura operativa che partecipano alla formazione sul campo nelle sedi di lavoro/ N. totale operatori per sede => 70% 2. Esecuzione di almeno 1 RCA (se eventi con score > di 6) 3. Monitoraggio delle segnalazioni e valutazione delle azioni intraprese. Report annuale. 31/12/2016

**Direzione Sanitaria: Sanità Penitenziaria**

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso/Tempo
<p>1 Obiettivi di miglioramento/innovazione proposti dalla Struttura Implementazione di un processo finalizzato ad evitare accessi in Pronto Soccorso e ricoveri inappropriati.</p>	<p>Incrementare le valutazioni infermieristiche sui codici verdi e bianchi, con eventuale attivazione del medico del Sistema 118 per evitare l'accesso improprio in Ospedale.</p>	<p>Posizione Organizzativa Sanità Penitenziaria Franca Masala</p> <p>In collaborazione con: Infermieri Sistema 118 Posizione Organizzativa Sistema 118 Barbara Brajnik</p>	<p>Decremento 10% n° accessi al PS codici verdi e bianchi senza valutazione del medico nel 2016 rispetto al n° del 2015 <b>(30)</b> Fonte dati: SIES 118</p>
<p>2. Obiettivi di miglioramento Formazione dedicata al nuovo personale infermieristico assegnato alla Casa circondariale di Trieste al fine di svilupparne le competenze in materia di nuova operatività del sistema SISTRI, di gestione dei rifiuti e di rischio clinico e biologico</p>	<p>Predisposizione ed effettuazione di almeno 4 corsi di formazione, della durata di 2 ore ciascuno, per trasmettere ed insegnare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le procedure Aziendali in campo rifiuti</li> <li>- le procedure sul rischio clinico e biologico;</li> <li>- le procedure del sistema Sistri mediante esercitazioni pratiche su pc, utilizzando la chiavetta informatizzata</li> </ul>	<p>Posizione Organizzativa Sanità Penitenziaria Franca Masala</p> <p>In collaborazione con il personale della Gestione Ambientale Aziendale Dragani Francesca, Cavazon Elisabetta Berni Elena, Ripa Luisa, Gulic Andra Carmi Fabio, Vucas Rita, Micol Cristina.</p>	<p>Risultato: realizzare almeno n. 4 corsi di 2 ore Tempistica: 2 corsi entro il 30/06/2016 2 corsi entro il 31/12/2016 pari al 100% di operatori formati</p>

**Direzione sanitaria: Ufficio Progetti Area Sanitaria**

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso/Tempo
1 Consolidamento attività di screening regionale con pap-test	Recupero donne non rispondenti all'invito	Beatrice Magro Erica Kosich	Almeno 100 donne richiamate telefonicamente Entro il 31 dicembre 2016
2. Ampliamento e consolidamento dell'ambulatorio presso il Sanatorio Triestino	Monitoraggio sui tempi di chiamata e sui nuovi ambiti territoriali	Magro Beatrice Kosich Erica	Chiamate a 33/39 mesi delle donne attribuite all'ambulatorio Entro il 31 dicembre 2016
3. Facilitare l'accesso della popolazione immigrata ai servizi sanitari attraverso la "Mediazione culturale in sanità".	1. Coordinamento dell'attività di mediazione culturale programmata c/o le strutture distrettuali e dipartimentali dell'Azienda 2. Raccordo con l'ospedale per il monitoraggio dell'attività dei mediatori attraverso riunioni periodiche congiunte. 3. Rendicontazione alla Regione FVG dell'attività svolta nel progetto Finanziato MCL in sanità	Valentina Iurman	Predisposizione della relazione illustrativa sulle attività svolte con allegato rendiconto per il progetto finanziato, da inviare alla Regione FVG entro il 31 dicembre 2016
4. Progetto "Buone pratiche contro la pedofilia" ai sensi della L.R. 20/04 art 21	1. Partecipazione al Tavolo di Coordinamento del progetto per la definizione di obiettivi e azioni in ambito formativo e informativo da svolgere nell'anno 2. Stesura congiunta al Comune di Trieste (Ente Capofila) del Progetto e della relativa richiesta di finanziamento per l'anno 2017	Valentina Iurman	Predisposizione del progetto per la richiesta di finanziamento anno 2017 alla Regione FVG Entro il 31 dicembre 2016

## Servizio Riabilitativo Aziendale

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso/Tempo
1. 3.2.6 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE. Promozione dell'attività fisica	Realizzare un catalogo aziendale delle offerte e opportunità di attività fisica presenti sul territorio	SS Riab Aziendale	Predisposizione del Catalogo aziendale disponibile sul sito internet dell'azienda
2. 3.3.2 PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIO-SANITARI Percorso di continuità riabilitativa e PDTA ictus e frattura di femore	1. Miglioramento e monitoraggio del percorso assistenziale /riabilitativo delle persone ricoverate presso le RSA utilizzando modalità valutative oggettive 2. Condivisione delle modalità valutative con i professionisti delle RSA	SS Riab Aziendale	1. Organizzazione di almeno 1 evento formativo per la condivisione delle schede di valutazione dei bisogni riabilitativi delle persone ricoverate in RSA partecipanti fisioterapisti delle RSA e dei Distretti 2. Monitoraggio nelle RSA con valutazioni trimestrali dei bisogni riabilitativi emersi dalle valutazioni dei pazienti ricoverati e predisposizione di report
3. 3.3.2 PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIO-SANITARI Percorso di continuità riabilitativa e PDTA ictus e frattura di femore	Informatizzazione delle schede multidimensionali utilizzate per la continuità presenti nel PDTA ICTUS e FRATTURA FEMORE	SS Riab Aziendale	1. Partecipazione agli incontri/ formazione per la predisposizione delle schede multidimensionali informatizzate 2. Predisposizione di uno studio di fattibilità per la predisposizione delle schede multidimensionali informatizzate

## Gestione Convenzioni Medicina Generale e Specialistica

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore /Risultato Atteso/Tempo
<p>1. Gestione coordinata delle liste d'attesa, puntando a qualificare l'offerta per le prestazioni con maggiore appropriatezza e di quelle con priorità B e D.</p>	<p>1. Predisposizione del Piano di governo dei tempi di attesa per l'anno 2016 tra AAS1, IRCSS Burlo Garofolo e AUOTS (ASUITS)</p> <p>2. Valutazione e monitoraggio nel corso dell'anno dei tempi di attesa sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali con priorità "B" e "D"</p> <p>3. Richiesta di volumi di attività alle Strutture private accreditate per il mantenimento dei tempi di attesa nelle prestazioni con priorità "B" e "D".</p>	<p>Responsabile Struttura Adeli Mattiussi</p>	<p>1. Almeno due incontri nell'arco dell'anno con i referenti CUP aziendali</p> <p>2. Almeno due report con i tempi di attesa nelle branche critiche (30 giugno e 30 novembre)</p> <p>3. Predisposizione negli accordi 2016 con le strutture private accreditate dei volumi erogativi nelle branche secondo priorità.</p>
<p>2. Protocollazione, scannerizzazione ed archiviazione atti dei MMG e dei PLS</p>	<p>Protocollazione e scannerizzazione quotidiana di tutta la documentazione in arrivo e partenza, attinente i vari aspetti giuridici ed economici dei MMG e PLS, con particolare attenzione e cura al campo "oggetto del protocollo", in cui viene inserita una dettagliata specificazione, al fine di consentire l'immediata visione di tutti i dati relativi ad uno specifico oggetto e/o nominativo.</p>	<p>Battiston Alessandro Lorello Arianna (fino al 30 settembre 2016) Zaritto Alessandro (dall'1 settembre 2016)</p>	<p>Entro il 31 dicembre 2016 tutti i documenti in arrivo e partenza nel corso dell'anno sono scannerizzati ed agganciati al protocollo di riferimento.</p>
<p>3. Controllo della spesa della medicina convenzionata (MMG, SCA, EST e PLS).</p>	<p>1. Analisi mensile della spesa della medicina convenzionata, sulla base dei report prodotti dal partner informatico.</p> <p>2. Controllo e verifica dei dati di sintesi e di quelli</p>	<p>Battiston Alessandro Lorello Arianna (fino al 30 settembre 2016) Zaritto Alessandro (dall'1 settembre 2016)</p>	<p>Entro il 31 dicembre 2016 produzione di un report, aggiornato mensilmente, con i dati della spesa annua della medicina convenzionata (MMG, SCA, PLS ed EST).</p>

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso/Tempo
	analitici dei medici convenzionati. 3. Produzione di un report, aggiornato mensilmente, con dati di proiezione della spesa annua, al fine di verifiche e controlli in relazione al bilancio aziendale, per la parte di competenza.		
4. Informatizzazione della procedura di registrazione delle presenze/assenze del personale specialistico convenzionato	1. Organizzazione di incontri con Insiel al fine di valutare gli aspetti tecnici legati all'estensione al personale specialistico convenzionato del sistema informatico SSD – Self Service del Dipendente 2. Elaborazione di uno studio di fattibilità con particolare riferimento all'impostazione dei codici e tipologie di presenza e assenza dedicati ed alle funzionalità avanzate 3. Attivazione dell'accesso del personale convenzionato a SSD, limitatamente alla visualizzazione dei cartellini e dei riepiloghi giustificativi, previa comunicazione agli interessati delle procedure di utilizzo 4. Attivazione in via sperimentale, per il personale convenzionato di una singola S.O., delle funzionalità avanzate per la complessiva gestione informatica del trattamento giuridico, ai fini dell'estensione a tutto il personale convenzionato della procedura informatizzata	Elettra Gozzi Giovanna Ragnetti Laura Visentin (fino al 12 giugno 2016) Sergio Salvaro (dal 30 maggio 2016)	1,2. Entro il 30 settembre produzione dello studio di fattibilità, in collaborazione con Insiel per l'estensione al personale convenzionato della procedura informatica denominata SSD  3. Entro il 31 dicembre 100% del personale convenzionato ha accesso a SSD  4. Entro il 31 dicembre relazione in merito alla sperimentazione dell'utilizzo delle funzionalità avanzate SSD
5. Creazione fascicolo formativo individuale per il personale	1. Ai fini del monitoraggio e verifica dell'assolvimento del debito formativo annuale	Elettra Gozzi Giovanna Ragnetti Laura Visentin (fino al 12	Entro il 31 dicembre creazione dei fascicoli formativi personali per il 100% del personale convenzionato



Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore /Risultato Atteso/Tempo
specialistico convenzionato	<p>individuale del personale convenzionato, requisito indispensabile per il mantenimento della convenzione, creazione di un supporto informatico per la raccolta e catalogazione delle informazioni richieste dall'art. 38 ACN dd. 17.12.2015, coerentemente agli indirizzi dettati dal CNFN</p> <p>2. Acquisizione dei fabbisogni formativi individuali dei professionisti convenzionati da parte dei rispettivi Ordini professionali</p> <p>3. Aggiornamento del fascicolo personale con le informazioni rese disponibili e debitamente documentate relative al triennio formativo 2014-2016</p>	giugno 2016) Sergio Salvaro (dal 30 maggio 2016)	

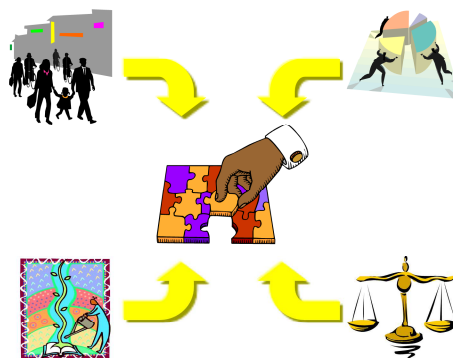
## Verifiche Strutture Pubbliche e Private

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso/Tempo
1. Monitoraggio e contenimento della spesa sanitaria	Analisi prestazioni ricovero e ambulatoriali per assistiti ASUITs e rispetto accordi ASUITs - Strutture private accreditate	Dirigente medico Maddalena Grella	Produzione entro l'anno di 4 report aggiornati a cadenza trimestrale. (anno 2015 - 1° trimestre , 1° semestre 2016 – 3 trimestri anno 2016).
2. Monitoraggio della fuga e contenimento della spesa sanitaria	Analisi della fuga ER per prestazioni di ricovero e ambulatoriali per assistiti ASUITs	Personale amministrativo	Produzione di un report analitico di fuga extraregione anno 2015, completamento anno 2014 e confronto con anni precedenti, in base ai dati inviati dalla Direzione Regionale
3. Monitoraggio della fuga e contenimento della spesa sanitaria	Analisi della fuga intraregione per prestazioni ambulatoriali e di ricovero per assistiti ASUITs	Personale amministrativo	Produzione di reports analitici di fuga intraregione con aggiornamento a cadenza bimestrale

## Affari Generali

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso/Tempo
<p>1. Regolamentazione dell'attività dell'Ufficiale Rogante della nuova A.S.U.I.TS</p>	<p>1. Studio ed approfondimento della normativa vigente in merito; 2. Verifica dell'effettiva applicabilità alla figura dell'Ufficiale Rogante aziendale delle singole disposizioni di legge; 3. Analisi delle possibili e più ricorrenti fattispecie contrattuali per le quali necessiti l'atto in forma pubblico-amministrativa; 4. Redazione della bozza del regolamento sull'attività dell'Ufficiale Rogante aziendale e del relativo provvedimento di adozione</p>	<p>Alessandra Crocenzi  in collaborazione con la Responsabile della S.C. Affari Generali e Legali (ex A.O.U.TS)</p>	<p>Redazione della bozza di regolamento sull'attività dell'Ufficiale Rogante della nuova A.S.U.I.TS e del relativo provvedimento di adozione  Entro il 31.12.2016</p>
<p>2. Prosecuzione dell'attività di razionalizzazione afferente la Funzione immobiliare. Aggiornamento rapporti attivi e passivi dell'Azienda in essere alla data del 15.12.2016.</p>	<p>1. Aggiornamento - tramite raccolta e classificazione dei dati agli atti dell'ufficio immobiliare - del "file riepilogativo già redatto relativamente all'anno 2015" con riguardo ai contratti attivi e passivi in vigore al 15.12.2016 inerenti: - gli immobili di proprietà dell'Azienda utilizzati da terzi; - gli immobili detenuti dall'Azienda a vario titolo; - i titoli giuridici di utilizzo con relative scadenze contrattuali/convenzionali; - ove esistenti e/o recuperabili, gli estremi dei provvedimenti di cessione o acquisizione con indicazione dei dati identificativi dei relativi contratti/atti/convenzioni/ (ad es. n. repertorio e data di sottoscrizione). 2.</p>	<p>- Fabio Carbone - Fabio Crevatin - Elena Zompicchiatti - Emanuela Quinz - Chiara Carpani - Stefano Rizzetto</p>	<p>Perfezionamento del "file riepilogativo - anno 2016".  Entro il 31.12.2016.</p>

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso/Tempo
<p>3. Aggiornamento della procedura "<u>Acquisizione sedi per progetti socio-sanitari</u>" dd. 13.03.2006 .</p>	<p>Inserimento risultanze di cui al precedente punto 2.1 nel "file riepilogativo relativo all'anno 2016".</p> <p>1. Riunioni con il personale del Servizio Prevenzione e Protezione aziendale (afferente alla S.C. Affari Giuridici e Attività di Supporto Direzionale) e con personale afferente alla Funzione Interaziendale Gestione Stabilimenti, volte alla definizione congiunta delle modifiche e delle integrazioni da apportare al protocollo "<u>Acquisizione sedi per progetti socio-sanitari</u>" dd. 13.03.2006.</p> <p>2. Nuova stesura del Protocollo "<u>Acquisizione sedi per progetti socio-sanitari</u>" dd. 13.03.2006 - congiuntamente al Servizio Prevenzione e Protezione aziendale (afferente alla S.C. Affari Giuridici e Attività di Supporto Direzionale) ed alla Funzione Interaziendale Gestione stabilimenti, sulla scorta delle modifiche ed integrazioni concordate alle riunioni di cui al punto 3.1.</p>	<p>- Fabio Carbone - Emanuela Quinz - Elena Zompicchiatti - Fabio Crevatin - Rossana Stocchi</p> <p>in collaborazione con personale del Servizio Prevenzione e Protezione aziendale (afferente alla S.C. Affari Giuridici e Attività di Supporto Direzionale) e della Funzione Interaziendale Gestione Stabilimenti</p>	<p>Perfezionamento di un file - in formato word - contenente la nuova versione del Protocollo "<u>Acquisizione sedi per progetti socio-sanitari</u>".</p> <p>Entro il 31.12.2016</p>
<p>4. Organizzazione dell'attività amministrativa della S.S. Attività Contrattuali, in materia di contratti di concessione, locazione, comodato immobiliare di cui è parte l'Azienda.</p>	<p>1. Creazione di files dei contratti in corso, curati e repertoriati/protocollati dalla S.S. Attività Contrattuali al 30.06.2016, relativi alle concessioni, locazioni e comodati immobiliari.</p> <p>2. Contestuale creazione di files dei contratti di concessione, locazione e comodato conclusi alla stessa data.</p> <p>3. Archiviazione dei fascicoli relativi.</p>	<p>- Adriana Scarcia - Olga Pinchera - Paola Blanzan - Carla Tonini - Morena Dalmistro Odoni - Alessandro Bacci</p>	<p>1. Creazione di files dei contratti in corso repertoriati/protocollati dalla S.S. Attività Contrattuali al 30.06.2016, relativi alle concessioni, locazioni e comodati immobiliari. Entro il 31.12.2016.</p> <p>2. Creazione di files dei contratti di concessione, locazione e comodato, conclusi alla stessa data ed archiviati alla stessa data entro il 31/12/2016.</p>

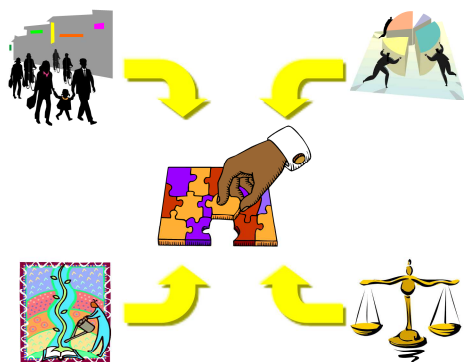


## BUDGET 2016

Risorse correnti: budget di attività assegnato all'area territoriale

Livello						DESCRIZIONE	Previsione 2016	DIREZIONE STRATEG. + ARTICOL.	DS1	DS2	DS3	DS4	DSM	DDD	DIP	CCV	CSO	118	TOTALE
I	II	III	IV	V	VI														
300	0	0	0	0	0	<b>ACQUISTI DI BENI</b>													
300	100					Acquisti di beni sanitari													
300	100	100	100			<b>Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale</b>	9.340.000		1.479.000	1.205.000	1.511.000	1.794.000	389.000	241.000	1.000	9.000	1.548.000	23.000	8.200.000
300	100	100	200			<b>Medicinali senza AIC</b>	165.000		8.000	7.000	8.000	6.000	500	250	3.000	1.000	131.000	250	165.000
300	100	300	100			<b>Dispositivi medici</b>	1.800.000		378.000	454.000	395.000	349.000	6.000	23.000	4.000	22.000	79.000	90.000	1.800.000
300	100	300	300			<b>Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)</b>	500.000		87.000	104.000	145.000	95.000	0	2.000	53.000	11.000	0	3.000	500.000
300	100	400				<b>Prodotti dietetici</b>	1.175.000		74.000	76.000	104.000	91.000							345.000
300	100	500				<b>Materiali per la profilassi (vaccini)</b>	835.000							835.000					835.000
300	100	600				<b>Prodotti chimici</b>	7.000		1.500	2.000	2.000	1.500							7.000
300	100	700				<b>Materiali e prodotti per uso veterinario</b>	8.000							8.000					8.000
300	100	800				<b>Altri beni e prodotti sanitari</b>	60.000		3.000	7.500	3.000	7.500	0	13.000	10.000	6.000	1.000	9.000	60.000
300	200					Acquisti di beni non sanitari													
300	200	100				<b>Prodotti alimentari</b>	20.000	0	0	0	0	0	1.000	3.000	16.000	0	0	0	20.000
300	200	200				<b>Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere</b>	130.000	6.000	9.000	15.000	11.000	9.000	19.000	8.000	8.000	5.000	11.000	29.000	130.000
300	200	300				<b>Combustibili, carburanti e lubrificanti</b>	205.000	41.000	9.000	9.000	14.000	15.000	25.000	12.000	23.000	0	1.000	56.000	205.000
300	200	400	100			<b>Cancelleria e stampati</b>	135.000	14.000	17.000	24.000	21.000	20.000	6.000	6.000	16.000	3.000	4.000	4.000	135.000
300	200	400	200			<b>Materiali di consumo per l'informatica</b>	70.000	27.000	5.000	7.000	9.000	2.000	4.000	1.000	4.000	4.000	3.000	4.000	70.000
300	200	400	300			<b>Materiale didattico, audiovisivo e fotografico</b>	30.000	21.000	500	6.000	500	1.000	0	1.000	0	0	0	0	30.000
300	200	500	100			<b>Materiali ed accessori per beni sanitari</b>	14.000	0	1.000	0	2.000	3.000	0	0	2.000	3.000	0	3.000	14.000
300	200	500	200			<b>Materiali ed accessori per beni non sanitari</b>	1.000	1.000											1.000
300	200	600				<b>Altri beni e prodotti non sanitari</b>	20.000	14.000	250	250	250	250	0	0	2.000	1.000	0	2.000	20.000

Livello						DESCRIZIONE	Previsione 2016	DIREZIONE STRATEG. + ARTICOL.	DS1	DS2	DS3	DS4	DSM	DDD	DIP	CCV	CSO	118	TOTALE					
305	0	0	0	0	0	ACQUISTI DI SERVIZI																		
305	100	300				Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica																		
305	100	300	400	10		<b>Assist. Protesica indiretta art. 26, c. 3 L. 833/78 e DM 2/3/84</b>	2.300.000		550.000	600.000	600.000	550.000								2.300.000				
305	100	400				Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale																		
305	100	400	300			- da pubblico (Extraregione) - residui manicomiali	72.000						72.000							72.000				
305	100	400	400			- da privato	3.815.000						3.815.000							3.815.000				
305	100	550				Acquisto prestazioni di trasporto sanitario																		
305	100	550	400	10		<b>Trasporti primari (emergenza)</b>	1.200.000												1.200.000	1.200.000				
305	100	550	400	20		<b>Trasporti secondari</b>	1.090.000												1.090.000	1.090.000				
305	100	600				Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria																		
305	100	600	200 / 400	20 / 40		<b>Rimborso per assistenza sanitaria in strutture residenziali e semi residenziali per anziani</b>	3.925.000		955.000	1.622.000	473.000	875.000								3.925.000				
305	100	600	200	90		<b>Altre prestazioni da pubblico (altri soggetti pubblici della Regione) ITIS x RSA S. Giusto</b>	935.000			935.000										935.000				
305	100	600	400	20		<b>Budget di salute distretti: conv. per ass. domiciliare + contributi diretti agli assistiti + altri servizi socio-assistenziali</b>	690.000		204.050	206.500	194.775	210.000								815.325				
305	100	700	500	30	191.000																			
305	200	600	100	30	80		26.000																	
305	100	600	400	30		<b>RSA esterne</b>	7.038.000		2.917.000		1.386.000	2.735.000								7.038.000				
305	100	600	400	60		<b>Assist. riabilitativa residenziale e integrativa territoriale per tossicodipendenti</b>	2.030.000							2.030.000						2.030.000				
305	100	700				Rimborsi, assegni e contributi sanitari																		
305	100	700	500	30		<b>Altri contributi per attività socio-assistenziale</b>	987.000						608.000	213.000						821.000				
							<b>38.814.000</b>	<b>124.000</b>	<b>6.698.300</b>	<b>5.280.250</b>	<b>4.879.525</b>	<b>6.764.250</b>	<b>4.945.500</b>	<b>2.553.250</b>	<b>985.000</b>	<b>65.000</b>	<b>1.778.000</b>	<b>2.513.250</b>	<b>36.586.325</b>					



## BUDGET 2016

### FUNZIONI DI COORDINAMENTO



Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso/Tempo
<p>1. Progetto: <b>presa incarico congiunta reparto chirurgia generale/distretti</b> e riduzione dei tempi di degenza, potenziando le competenze e le tecniche del nursing chirurgico degli infermieri dei distretti e il processo di continuità assistenziale per le persone dimesse dopo intervento chirurgico.</p> <p>2. Progetto: <b>presa in carico congiunta reparto nefrologia-dialisi/distretti/RSA</b> per incrementare i trattamenti dialitici peritoneali secondo le indicazioni regionali (DGR 594 dd 28/03/2014)</p>	<p>1. Raccordo e coordinamento con il Centro di formazione, i Distretti e il reparto di Chirurgia Generale per sostenere la partecipazione ai percorsi formativi di sviluppo delle competenze del nursing chirurgico, necessarie a garantire l'assistenza domiciliare alle persone dimesse dopo essere state sottoposte ad intervento chirurgico, con particolare riferimento alla gestione di drenaggi, ferite e stomie.</p> <p>2. Raccordo e coordinamento con il Centro di formazione, i Distretti e il reparto di Nefrologia e dialisi per sostenere la partecipazione ai percorsi formativi di sviluppo delle competenze nel campo della Dialisi peritoneale al fine di garantire la metodica a domicilio, in RSA e nelle strutture protette.</p>	<p>Direttore Maila Mislej</p>	<p>Relazioni finali entro dicembre 2016:</p> <p>1. sui risultati della formazione sul campo relativi al nursing chirurgico.</p> <p>2. sui risultati della formazione sul campo e il numero di assistiti con la metodica della Dialisi peritoneale (DGR 594 dd 28/03/2014).</p>
<p>Prevenire le lesioni da pressione</p>	<p>1. Partecipare alle Linee di attività del programma Regionale Lesioni da Pressione (progettazione di un sistema di monitoraggio continuo, revisione e aggiornamento delle Linee Guida Regionali, progettazione di un pacchetto formativo, revisione delle scale di valutazione);</p>	<p>Marina Medizza Rosolino Trabona</p>	<p>1. Partecipazione all'80% degli incontri dei 2 Gruppi di lavoro regionali, entro dicembre 2016</p>

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso/Tempo
	<p>2. Realizzare iniziative formative rivolte agli infermieri impegnati nell'attività clinica in tema di lesioni da pressione</p>		<p>2. La Commissione LdP progetta (coerentemente al format regionale) ed organizza 2 edizioni di un corso di formazione sulle LdP rivolto agli infermieri di ASUITs, RSA e Strutture Protette - entro dicembre 2016</p>
<p>Revisione e standardizzazione della cartella clinica delle Residenze Sanitarie Assistenziali secondo indicazioni del Gruppo Rischio Clinico Regionale</p>	<p>Revisione e standardizzazione delle cartelle cliniche; presenza e completezza dei seguenti documenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- presenza e completezza (compilazione di ogni parte) della valutazione rischio lesioni da pressione</li> <li>- presenza e completezza (compilazione di ogni parte) della scala di valutazione del rischio di caduta (scale: Conley, Stratify, Tinetti, Morse Fall)</li> <li>- presenza della valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso del paziente</li> <li>- presenza della valutazione quotidiana del dolore (almeno nell'80% delle giornate di degenza su tutto il periodo di degenza)</li> <li>- presenza della rivalutazione del dolore entro 2 ore per ogni episodio con valore NRS uguale o superiore a 4 (su tutta la degenza)</li> <li>- completezza (presenza di data, ora, sigla medico, principio attivo, dosaggio, posologia, via di somministrazione, sigla infermiere per somministrazione) del foglio unico di terapia</li> </ul>	<p>Arianna Meriggi Anna Teresa Longo</p>	<p>N. di cartelle chiuse in RSA con almeno 5 giornate di degenza contenenti i documenti previsti/numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre =30 cartelle verificate /anno per ogni RSA PER TOTALI 120) = o &gt; 80%</p>
<p>Progetto: <b>presa incarico congiunta reparto chirurgia generale/distretti</b> e riduzione dei tempi di</p>	<p>Raccordo e coordinamento con il Centro di formazione, i Distretti e il reparto di Chirurgia Generale per sostenere la partecipazione ai percorsi formativi di sviluppo delle competenze del nursing</p>	<p>Arianna Meriggi Anna Teresa Longo</p>	<p>Relazione finale entro dicembre 2016 sui risultati della formazione sul campo.</p>

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso/Tempo
degenza, potenziando le competenze e le tecniche del nursing chirurgico degli infermieri dei distretti e il processo di continuità assistenziale per le persone dimesse dopo intervento chirurgico	chirurgico, necessarie a garantire l'assistenza domiciliare alle persone dimesse dopo essere state sottoposte ad intervento chirurgico, con particolare riferimento alla gestione di drenaggi, ferite e stomie.		
Progetto: <b>presa in carico congiunta reparto nefrologia-dialisi/distretti/RSA</b> per incrementare i trattamenti dialitici peritoneali secondo le indicazioni regionali (DGR 594 dd 28/03/2014)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Raccordo e coordinamento con il Centro di formazione, i Distretti e il reparto di Nefrologia e dialisi per sostenere la partecipazione ai percorsi formativi di sviluppo delle competenze nel campo della Dialisi peritoneale al fine di garantire la metodica a domicilio, in RSA e nelle strutture protette.</li> <li>2. Audit del progetto</li> </ol>	Arianna Meriggi Anna Teresa Longo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Relazione finale entro dicembre 2016 sui risultati della formazione sul campo degli infermieri e sui dati relativi agli assistiti in trattamento dialitico peritoneale.</li> <li>2. Realizzati almeno 2 audit di progetto entro dicembre 2016.</li> </ol>
Promuovere l'adozione di strumenti per il coinvolgimento attivo delle persone nei propri percorsi di cura, per supportare il processo di continuità assistenziale	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Attivare le procedure per la formalizzazione della collaborazione con l'Università Cattolica di Milano per le attività di formazione e di ricerca sul tema del coinvolgimento attivo;</li> <li>2. Progettare ed organizzare il percorso formativo rivolto al personale infermieristico delle strutture coinvolte nella sperimentazione degli strumenti per il coinvolgimento attivo a supporto del processo di continuità assistenziale;</li> <li>3. Supportare la sperimentazione nelle</li> </ol>	Giuliana Pitacco Liviana Penzo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Entro il mese di maggio 2016 sono pubblicati i Decreti di formalizzazione delle Convenzioni con l'Università Cattolica di Milano</li> <li>2. Entro dicembre 2016 sono avviati almeno 3 percorsi formativi che coinvolgono le strutture coinvolte nella sperimentazione dell'utilizzo di strumenti per il coinvolgimento attivo nel processo di continuità assistenziale.</li> <li>3. Entro dicembre 2016 sono coinvolte almeno 3 strutture che utilizzano gli strumenti di coinvolgimento attivo a supporto del processo di continuità assistenziale.</li> </ol>

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso/Tempo
	strutture operative identificate.		
Promuovere le <b>prese in carico unitarie</b> tra reparti e servizi territoriali, facilitare il processo di conoscenza reciproca e riorganizzazione delle attività a seguito della realizzazione della Riforma sanitaria del FVG (LR 17/2014)	1. Raccordo e coordinamento con il Centro di formazione per realizzare i percorsi di la formazione sul campo dei coordinatori territoriali presso i dipartimenti ospedalieri e dei coordinatori ospedalieri presso i Distretti e Dipartimenti territoriali 2. Organizzare gli audit della Direzione infermieristica per potenziare la conoscenza delle attività e dei progetti aziendali e sviluppare idee di integrazione.	Liviana Penzo Giuliana Pitacco	1. Organizzati almeno 12 incontri di raccordo con i responsabili infermieristici delle strutture organizzative ospedaliere e territoriali ed il Centro di formazione entro dicembre 2016 2. Organizzare almeno 35 audit entro dicembre 2016
Gestire la fruizione delle ore aggiuntive nell'ambito del progetto RAR per la copertura delle assenze imprevedibili.	Monitoraggio, analisi e registrazione delle ore aggiuntive utilizzate dal personale del comparto, nel periodo estivo a copertura di eventuali criticità organizzative non prevedibili e improvvise.	Consuelo Consales Manuela Coord Inf. Covach	Entro dicembre 2016, produzione di un report con il monitoraggio delle ore aggiuntive utilizzate.
Monitorare la fruizione delle ore straordinarie del personale del comparto	Monitorare e documentare il corretto utilizzo delle ore straordinarie confermate e liquidate con la collaborazione dei Responsabili Infermieristici Dipartimentali e la trasmissione periodica di un report.	Consuelo Consales Manuela Coord Inf. Covach	Produzione di un report di sintesi entro gennaio 2017 sui dati raccolti in relazione al monitoraggio mensile delle ore liquidate e produzione di un documento di analisi.
Monitorare la fruizione delle ferie del personale del comparto	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni di ferie pari al credito annuale.	Consuelo Consales Manuela Coord Inf. Covach	Produzione di un report con i giorni di ferie fruiti per singolo Dipartimento – Struttura Complessa con una tolleranza del 3 %.
Ottimizzare la gestione attiva delle attese degli assistiti al Pronto Soccorso	Migliorare l'assistenza, il sostegno e l'informazione fornita ai cittadini e ai familiari durante il periodo d'attesa al Pronto Soccorso, valorizzando eventuali segnalazioni come azioni correttive e momento di crescita professionale.	Assistenti di Sala: Inf. Liviana Zidaric Inf Cristina Scelzo Inf. Sabrina Cubej Inf. Elisabetta De Luisa OSS Irmgard Nossing OSS Cristina Skerl	1. Organizzazione entro dicembre 2016 di 3 incontri di audit per l'analisi delle segnalazioni effettuate all'URP da parte dell'utenza; 2. Produzione di un piano di miglioramento.



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-176	Sviluppo delle politiche del personale	Corretto utilizzo delle ore straordinarie: monitoraggio delle ore liquidate ed analisi risultati raggiunti	TARGET: Produzione di un report di sintesi sui dati raccolti in relazione al monitoraggio mensile delle ore liquidate e produzione di un documento di analisi MODALITA' DI VALUTAZIONE: Evidenza del report
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
19-82	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza, qualità ed efficienza dell'attività	<p>Miglioramento della qualità delle cure – empowerment dei pazienti e familiari - Coinvolgimento dei familiari nel processo di cura.</p> <p>Azioni</p> <p>Avviare un processo di educazione precoce da iniziare in anticipo rispetto alla dimissione prevista, al fine di rendere autosufficienti i pazienti e familiari che non rientrano in un percorso di assistenza territoriale e anticipare i tempi per la dimissione-autonomia per gli altri pazienti, inseribili nella continuità assistenziale.</p> <p>Obiettivo del DAI cardiovascolare in collaborazione con Direzione infermieristica e Distretti</p>	<p>Miglioramento della qualità delle cure – empowerment dei pazienti e familiari - Coinvolgimento dei familiari nel processo di cura.</p> <p>Azioni</p> <p>Avviare un processo di educazione precoce da iniziare in anticipo rispetto alla dimissione prevista, al fine di rendere autosufficienti i pazienti e familiari che non rientrano in un percorso di assistenza territoriale e anticipare i tempi per la dimissione-autonomia per gli altri pazienti, inseribili nella continuità assistenziale.</p> <p>Obiettivo del DAI cardiovascolare in collaborazione con Direzione infermieristica e Distretti</p>
21-135	3.4.8. Rischio clinico	Definire con la struttura di IT aziendale una proposta di cartella clinica assistenziale integrata per le attività di Day Hospital della SC Clin. Pat. Del fegato	Definire con la struttura di IT aziendale una proposta di cartella clinica assistenziale integrata per le attività di Day Hospital della SC Clin. Pat. Del fegato



**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti**

**Funz.di coord. SC Direzione Infermieristica**

**Situazione al 31/07/2016**

	<b>ex AOUTS (Unità)</b>	<b>ex AAS1 (Unità)</b>	<b>totale (Unità)</b>
	(In forza)	(In forza)	(In forza)
dirigente infermieristico - direttore di SC	1,0	1,0	2,0
<b>Totale</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>2,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista l'assegnazione di 1 Dirigente infermieristico

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato omnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**Funz.di coord. SC Direzione Infermieristica**

	Situazione al 31/07/2016		
	ex AOUTS (Unità)	ex AAS (Unità)	totale (Unità)
	(In forza)	(In forza)	(In forza)
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	5,0	3,0	8,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	2,0	2,0	4,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	3,0		3,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	0,0		0,0
<b>Totale</b>	<b>10,0</b>	<b>5,0</b>	<b>15,0</b>

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").



## Farmacia

### Funzione di coordinamento (S.C Farmacia – S.C. Assistenza Farmaceutica)

## Farmacia

Obiettivo generale	Azione/i	Struttura/Personale	Risultato atteso/ Indicatore / tempo
Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive 3.2.14	Diffondere alle strutture coinvolte la reportistica sull' utilizzo degli antibiotici disaggregato a livello di singolo farmaco per singola Struttura Operativa	SC Farmacia: dott.ssa Ludovica Carniel, dott. Paolo Schincariol	1. I dati elaborati in forma di numero di dosi definite giornaliere/100 giornate di degenza sono diffusi agli interessati sotto forma di report con evidenziazione di eventuali criticità e proposta per loro soluzione. Ottobre-Dicembre 2016
Garantire la formazione dei propri operatori sulla antimicrobial stewardship 3.2.15	Formazione/aggiornamento (3 sessioni) dei medici prescrittori afferenti a: DAI MEDICINA/DAI MEDICINE SPECIALISTICHE/ONCO-EMATOLOGIA DAI CHIRURGIA/CHIRURGIE SPECIAL./TESTA-COLLO DAI TERAPIA INTENSIVA/EMERG/PERIOPER.	SC FARMACIA Schincariol/Parenzan/Carniel  In collaborazione con SC M. INFETTIVE Luzzati/Mascarello/Di Bella SC MICROBIOLOGIA Busetti/....	1.  Evidenza del materiale didattico prodotto Il programma regionale viene condotto a termine nei tempi previsti
Accreditamento Sostenere la visita di accreditamento Per il presidio Cattinara-Maggiore3.3.2	1. Revisione Procedure Interne SC farmacia e loro applicazione pratica 2. Simulazione caso incendio	Farmacisti Comparto	1. Conoscenza delle procedure indagata tramite questionario. 2. Le procedure di evacuazione sono correttamente messe in atto
	3. Revisione lista farmaci ad alto rischio e convalida della procedura in atto	Farmacisti	3. Applicazione corretta della procedura e sua misurazione compilazione questionario scritto

Obiettivo generale	Azione/i	Struttura/Personale	Risultato atteso/ Indicatore / tempo
	4. Controllo degli alert posti nello stoccaggio dei farmaci ad alto rischio e del LASA	Parenzan, Palmieri, Trevisan	4. Il 100% dei farmaci interessati sono conservati secondo le procedure prestabilite per non dare adito ad errori nella fase distributiva.
	5. Rivisitazione procedure laboratorio per i controlli degli strumenti.	Bradamante, dott.ssa Parenzan	5 Il 100% degli strumenti in utilizzo corrispondono ai requisiti normativi di funzionamento
Prevenire gli errori di terapia Istituzione e Diffusione di FUT computerizzati 3.4.8 rischio clinico	Creare un FUT computerizzato collegato al Prontuario Terapeutico Aziendale con possibilità di richiesta dei farmaci tramite "Menù a tendina" -collegamento con farmaci divisi a seconda della tipologia di somministrazione - sistema progettato per la messa in uso in diffusione del modello FUT creato -consigli sull'utilizzo e creazione di cartelle di raccolta dati -alert sui possibili errori di prescrizione. Indicatore: sistema funzionante in almeno 5 Strutture -implementazione del modello FUT su richiesta dei Dirigenti Medici -Aggiornamento FUT ad ogni modifica del Prontuario Farmaceutico Aziendale	Dirigenti Farmacisti  In collaborazione con Dirigente medico di reparto REPARTI (Pneumologia, Prima Medica, Clinica Medica, Medicina Clinica, Medicina d'Urgenza, Terza Medica, Clinica Neurologica)	1. Creazione del FUT computerizzato 2. Diffusione del FUT computerizzato nei Reparti di Degenza: almeno 5 Strutture Complesse hanno il FUT funzionante e aggiornato

Obiettivo generale	Azione/i	Struttura/Personale	Risultato atteso/ Indicatore / tempo
Attivare la centrale unica di allestimento dei farmaci oncoematologici (UFA) 3.5. ASSISTENZA FARMACEUTICA	Allestimento di tre corsi per la formazione di operatori da destinare alle preparazioni in UFA	dott. Provasi, dott.ssa Cebulec, dott.ssa Palmieri . Dott. Schincariol  In collaborazione con SC Gestione stabilimenti/SC Informatica / Servizio Infermieristico Farmacia/Oncologie /Ematologia	1. Sono stati allestiti ed eseguiti i tre corsi formativi previsti.
Progetto regionale: corso a cascata su patologia iatrogena 3.4.8 Rischio clinico	Progettazione del corso a cascata previsto dalla direzione Centrale della Salute FVG e suo svolgimento	SC Farmacia dott.ssa Mansi In collaborazione SS Formazione	1. Sono effettuate tutte le edizioni programmate entro il 31.12.2016
Integrare ed omogeneizzare le strutture di farmacia dell'ente sanitario territoriale e ospedaliero-universitario	Costituzione di una Commissione Unica per il Prontuario Farmaceutico Aziendale Armonizzazione delle procedure per la valutazione ed eventuale evasione delle richieste di farmaci off label Armonizzazione delle procedure per la valutazione ed eventuale evasione di farmaci non compresi nel PTO	Farmacisti	1. Le due strutture di farmacia adottano uguali procedure riguardo la valutazione critica delle richieste di farmaco che pervengono al Servizio ormai unificato.
Equilibrio di bilancio  Monitoraggio continuo dell'erosione del Budget di Risorsa da parte dei centri preposti anche ai fini del monitoraggio di bilancio (report quadrimestrali verso l'Amministrazione Regionale e formulazione del Bilancio Preventivo dell'esercizio successivo)	Predisporre informative sul tema rivolte alla Direzione ed ai centri di Responsabilità Informative spot sulle tematiche della sostenibilità sono offerte quotidianamente agli interessati ed esigibili a richiesta per eventuali audit che coinvolgano anche le Direzioni Aziendali.	dott. Schincariol, dott.sa Carniel	1. Report al dettaglio sull' andamento del budget farmaceutico sono inviati quadrimestralmente ai centri di responsabilità con consumo di risorse superiore al prestabilito. 2. I Report di sintesi sono inviati su base mensile.

Obiettivo generale	Azione/i	Struttura/Personale	Risultato atteso/ Indicatore / tempo
Equilibrio di bilancio Appropriato utilizzo dei registri AIFA al fine di consentire il recupero economico dei medicinali sottoposti a forme di payment by/result, risk/shring, cost/sharing	Registrazione sul portale AIFA delle erogazioni di tutti i medicinali sottoposti a monitoraggio ed espletamento delle procedure per il recupero delle eventuali richieste di rimborso	dott.ssa Cebulec, dott.ssa Palmieri, dott. Provasi, Amministrativi	1. Il 100% delle erogazioni dei medicinali sottoposte ai registro AIFA per i quali nel corso del 2016 il medico ha compilato la scheda di chiusura trattamento, sono processati dal farmacista nell'apposito portale per poter accedere all' eventuale rimborso.

### Assistenza Farmaceutica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Promuovere l'appropriatezza prescrittiva dei prodotti AFIR con particolare riferimento ai limiti massimi prescrivibili dei dispositivi per diabetici	1. Monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni delle strisce per glicemia (Test glicemia 7 AB1B01) attraverso le elaborazioni effettuate tramite il sistema repository, relativamente ai dati resi disponibili da INSIEL, con riferimento alle classi stabilite dagli Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito 2. Presentazione e discussione dei report in incontri di confronto e audit distrettuali con le UDMG per la verifica del livello di appropriatezza prescrittiva raggiunto e per fornire idoneo feed-back ai prescrittori	SS Vigilanza sull'erogazione dell'Assistenza Farmaceutica Bini  In collaborazione con gruppo di lavoro Dipartimentale di Epidemiologia e con i centri diabetologici dei 4 distretti	1. Elaborazione ed invio alla Direzione Sanitaria di 1 documento di sintesi dei risultati delle analisi delle prescrizioni delle strisce per glicemia entro il 31.12.2016  2. Almeno 2 incontri di confronto/audit distrettuali con UDMG e prescrittori
2 Progetto regionale: corso a cascata su patologia iatrogena dalla terapia alla diagnosi per promuovere strumenti teorico	Progettazione del corso a cascata previsto dalla Direzione Centrale Salute FVG e svolgimento del corso	SS Vigilanza sull'erogazione dell'Assistenza Farmaceutica Bini, Perfetto, Viller	Effettuazione di almeno una edizione del corso entro il 31.12.2016

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
metodologici per il riconoscimento della patologia iatrogena		In collaborazione con i Distretti	
3. Archiviazione informatica dei fascicoli documentali delle farmacie (atti deliberativi, pratiche professionali pre/post laurea, dichiarazioni di assunzione di farmacisti)	Archiviazione informatica e aggiornamento dei fascicoli documentali di tutte le farmacie afferenti il territorio di AAS1 attraverso scannerizzazione dei documenti cartacei e loro allocazione in apposita cartella accessibile solo tramite password di accesso	SS Vigilanza sull'erogazione dell'Assistenza Farmaceutica Perfetto	Entro il 31.12.2016 aggiornamento dei fascicoli di tutte le farmacie afferenti il territorio di ASUITS attraverso scannerizzazione dei documenti cartacei e loro allocazione in apposita cartella.
4. Contenimento spesa farmaceutica diretta	1. Garantire la distribuzione diretta a favore dei pazienti in ADI e nelle strutture residenziali e semiresidenziali	SS Farmacia Pettinelli (in servizio dal 04/04/2016), Colautti Di Giorgio, L'Abbate, Salaris	1. Erogazione diretta a favore del 100% delle strutture richiedenti nel corso di tutto il 2016
	2. Favorire l'utilizzo dei biosimilari da parte di AAS1 dove presente l'alternativa biosimile	SS Farmacia Pettinelli Colautti Di Giorgio, L'Abbate, Salaris	2. Erogazione del biosimilare per almeno l'80% del totale delle richieste da parte del CSO per i nuovi pazienti nel 2016
5. Appropriato utilizzo dei registri AIFA al fine di consentire il recupero economico dei medicinali interessati	Registrazione sul portale AIFA delle erogazioni di tutti i medicinali sottoposti a monitoraggio ed espletamento delle procedure per il recupero delle eventuali richieste di rimborso.	SS Farmacia Colautti	1. Il 100% delle erogazioni dei medicinali sottoposti a registro AIFA erogate nel 2016 dalla SS Farmacia sono registrate nell'apposito portale. 2. Predisposizione ed invio di 2 report alla Direzione Centrale Salute delle eventuali richieste di rimborso entro il 31.12.2016
6. Controllo preciso e puntuale	Garantire il controllo mensile dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali	SS Farmacia Pettinelli	Mantenimento di oltre il 98% dei livelli di copertura.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali	entro il 10 del mese successivo		
7. Incentivazione dell'appropriatezza d'uso nelle categorie a maggior impatto di spesa	Elaborazione e monitoraggio delle categorie a maggior impatto sulla spesa convenzionata	SS. Servizio Farmaceutico Faleschini Zucca, Azzano, Broussard	Entro il 31.12.2016 predisposizione ed invio alla Direzione Sanitaria di 2 report dedicati sulle categorie a maggior impatto sulla spesa convenzionata.
8. Controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Monitoraggio dell'utilizzo degli antibiotici erogati in convenzione attraverso le farmacie pianificate sul territorio con i dati resi disponibili in BO.	SS. Servizio Farmaceutico Faleschini	Predisposizione ed invio alla Direzione Sanitaria di 1 report dell'utilizzo degli antibiotici erogati in convenzione attraverso le farmacie pianificate sul territorio entro il 31.12.2016
9. Implementazione dell'uso sicuro dei medicinali	Informazione e sensibilizzazione sull'uso sicuro dei medicinali garantendo la predisposizione e l'invio di newsletter periodiche ottenute attraverso la raccolta di tutte le informazioni resesi disponibili da fonti istituzionali	SC Assistenza Farmaceutica Palcic	Produzione ed invio ai MMG e alle Strutture dipendenti ed accreditate di almeno 5 newsletter di aggiornamento entro il 31.12.2016
10. Attività di monitoraggio e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e contenimento della spesa farmaceutica territoriale	1. Monitoraggio costante dei farmaci a brevetto scaduto (indicatori di programmazione e controllo ex. DL. 78/2010) dal portale Tessera Sanitaria.	SC Assistenza Farmaceutica Palcic Viller, Zucca, Azzano	1. Predisposizione ed invio di almeno 4 comunicazioni/report ai prescrittori (MMG, strutture dipendenti ed accreditate) sull'andamento degli indicatori ex DL 78/2010. Organizzazione di almeno 4 incontri con MMG e UDMG entro il 31/12/2016.
	2. Estrazione, rielaborazione e trasmissione personalizzata ai MMG dei report regionali estratti dal SISR	SC Assistenza Farmaceutica Palcic Viller, Broussard	2. Invio di 2 report personalizzati "scheda medico" ai MMG in base ai dati resi disponibili sul portale SISR entro il 31/12/2016.



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
24-151	Governo delle risorse assegnate	<p>Monitoraggio del Budget di risorsa assegnato.</p> <p>Azioni</p> <p>Vengono trasmessi al Controllo di gestione i dati necessari alla produzione dei tre rendiconti quadrimestrali 2016.</p> <p>Report al dettaglio sull' andamento del budget farmaceutico sono inviati periodicamente ai centri di responsabilità con consumo di risorse superiore all'atteso.</p> <p>Predisporre informative sul tema rivolte alla Direzione ed ai centri di Responsabilità</p> <p>Fornire quotidianamente informative sulle tematiche della sostenibilità agli interessati ed esigibili a richiesta per eventuali audit che coinvolgano anche la Direzione aziendale</p>	<p>TARGET: Evidenza dei report inviati</p> <p>MODALITA' DI VALUTAZIONE: Certificazione da parte del controllo di Gestione</p>
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-174	Sviluppo delle politiche del personale	Definizione del Piano ferie nei tempi previsti e invio di un report mensile alla Direzione Infermieristica sulla situazione delle ferie fruite dal personale del Comparto	TARGET: Piano ferie prodotto nei tempi concordati
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	<p>TARGET: Rapporto giornate fruite / credito annuale=100%</p> <p>MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).</p>

Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruite / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione





**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti**

**Funz.di coord. SC Farmacia**

**Situazione al 31/07/2016**

	<b>ex AOOTS (Unità)</b>	<b>ex AAS1 (Unità)</b>	<b>totale (Unità)</b>
	(In forza)	(In forza)	(In forza)
dirigente farmacista - direttore di SC	1,0		1,0
dirigente farmacista	7,0	4,0	11,0
<b>Totale</b>	<b>8,0</b>	<b>4,0</b>	<b>12,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato omnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**Funz.di coord. SC Farmacia**

	Situazione al 31/07/2016		
	ex AOOTS (Unità)	ex AAS (Unità)	totale (unità)
	(In forza)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo - B	1,0	1,0	2,0
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	0,0		0,0
Amministrativi - ass. amm.vo - C	1,0	1,0	2,0
Amministrativi - collab. amm.vo - D		2,0	2,0
Amministrativi - collab. amm.vo - DS		1,0	1,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	4,0		4,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	0,0		0,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	1,0		1,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	3,0		3,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	2,0		2,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi. tec. econ. - A	0,0		0,0
Tecnici non sanitari - op. tec. - B	6,0	2,0	8,0
Tecnici non sanitari - assistente. tec. - C		1,0	1,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. lab. biomed. - D	1,0		1,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. neurofisiopat. - D	0,0		0,0
<b>Totale</b>	<b>19,0</b>	<b>8,0</b>	<b>27,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza. Inoltre prevista l'assegnazione di 2 Operatori tecnici e di 1 amministrativo

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

## Prevenzione e Protezione Aziendale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Effettuazione dei facility tour presso l'ospedale Maggiore e l'ospedale di Cattinara. 3.3.2 – Accredimento.	1. Effettuazione facility tour 2. Verifica audit primo livello 3. Effettuazione tour di verifica	Tutto il personale PPA (ex AOOTS)	Evidenza del rispetto del programma annuale
2. Integrazione delle funzioni territoriali e ospedaliere	Mantenimento dei report di monitoraggio dell'infortunistica nelle sedi ospedaliere con cadenza semestrale	Tutto il personale PPA (ex AOOTS)	Produzione di almeno due report semestrali comprensivi di un'analisi critica e di proposte di "miglioramento/intervento
3. Promozione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, formazione dei lavoratori secondo quanto previsto dall'accordo stato-regione	Predisposizione e attuazione di quattro eventi formativi residenziali in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro secondo quanto previsto dall'accordo stato-regione.	Personale SPPA (Ex AAS1) Fabio Aizza Stella Lorenzi Riccardo Pascolutti Roberto Pozzetto Monica Minniti	Almeno due corsi di formazione entro il 30/06/2016 e ulteriori due corsi di formazione entro il 31/12/2016
4. Elaborazione del P.E.I. (Piano Emergenza Interno) per le sedi A.A.S.1 e relativa formazione / informazione del personale operante nelle seguenti strutture: - 1) - Via Aurisina n. 108 2) - Via Vespucci n. 7 – San Marco n. 13 3) - Via Di Prosecco n. 28 4) - Via Prosecco Stazione (DIP)	1. Predisposizione del Piano Emergenza Interno. 2. Condivisione e verifica del Piano con Dirigente Responsabile e Preposto ed eventuali altri soggetti interessati. 3. Formazione / Informazione del personale sul P.E.I. da svolgersi anche in più giornate concordate con il Preposto.	Personale SPPA (Ex AAS1) Riccardo Pascolutti Roberto Pozzetto Stella Lorenzi Monica Minniti	1. Predisposizione P.E.I. entro il 30/06/2016 2. condivisione, consegna con sottoscrizione P.E.I. (Aurisina n. 108 e Vespucci n. 7/San Marco n.13) al Dirigente Responsabile e Preposto entro il 30/06/2016 3. Condivisione, consegna con sottoscrizione P.E.I. (Via Di Prosecco n. 28 e Prosecco Stazione - DIP) al Dirigente Responsabile e Preposto entro il 31/12/2016
5. Monitoraggio condizioni di sicurezza <i>shelter screening</i> mammografico	Sopralluoghi presso le Sedi di: - Comprensorio San Giovanni (Spazio Rosa) - Muggia Distretto	Personale SPPA (Ex AAS1) Fabio Aizza	1. Verifica delle condizioni di sicurezza e logistiche inerenti lo spostamento e il posizionamento dello <i>shelter per lo screening</i> mammografico all'interno

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>- Aurisina Distretto per la verifica dell' idoneità degli spazi a disposizione, delle condizioni di sicurezza nel posizionamento nonché nella predisposizione dell' allacciamento elettrico e informatico</p>		<p>del Parco di San Giovanni e verifica della funzionalità entro il 30/06/2016; 2. Verifica delle condizioni di sicurezza e logistiche inerenti lo spostamento e il posizionamento dello <i>shelter per lo screening</i> mammografico presso le Sedi di Duino Aurisina, Muggia e Comprensorio di San Giovanni (Spazio Rosa) e verifica della funzionalità entro il 31/12/2016</p>
<p>6. Aggiornamento della procedura "Acquisizione sedi per progetti socio-sanitari" dd. 13.03.2006</p>	<p>1. Riunioni con il personale della S.C. Affari Generali – Ufficio Gestione Immobiliare e con il personale afferente alla Funzione Interaziendale Gestione Stabilimenti, volte alla definizione congiunta delle modifiche e delle integrazioni da apportare al protocollo "Acquisizione sedi per progetti socio-sanitari" dd. 13.03.2006. 2. Nuova stesura del Protocollo "Acquisizione sedi per progetti socio-sanitari" dd. 13.03.2006 congiuntamente alla S.C. Affari Generali – Ufficio Gestione Immobiliare ed alla Funzione Interaziendale Gestione stabilimenti, sulla scorta delle modifiche ed integrazioni concordate alle riunioni di cui al punto 4.1.</p>	<p>Personale SPPA (Ex AAS1) Fabio Aizza Stella Lorenzi Riccardo Pascolutti Roberto Pozzetto Monica Minniti</p> <p><i>in collaborazione con personale della S.C. Affari Generali – Ufficio Gestione Immobiliare e della Funzione Interaziendale Gestione Stabilimenti</i></p>	<p>Perfezionamento di un file - in formato word - contenente la nuova versione del Protocollo "Acquisizione sedi per progetti socio-sanitari" entro il 31/12/2016</p>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
23-149	Applicazione del Piano per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza	Tutte le strutture coinvolte dai vigenti Piani per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza sono chiamate ad adempiere a quanto previsto dagli stessi per l'esercizio in corso	TARGET: Evidenza dell'adempimento degli obblighi sulla base di quanto dettagliatamente previsto dai richiamati piani per il Centro di Responsabilità  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Certificazione dell'adempimento degli obblighi da parte del Responsabile anticorruzione anche sulla base di una specifica relazione prodotta dal Direttore del CdR
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni)  1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.  2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016  2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)  1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.  2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016  2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti**

**SC Prevenzione e Protezione Aziendale**

	Situazione al 31/07/2016		
	Situazione al 31/07/2016 (Unità ex AAS1)	Situazione al 31/07/2016 (Unità ex AOUTS)	Situazione al 31/07/2016 (Unità ASUITS)
	(In forza)	(In forza)	(In forza)
dirigente sanitario (SPPA)	1,0		1,0
dirigente medico - direttore di SC		1,0	1,0
<b>Totale</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>2,0</b>



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**  
**SC Prevenzione e Protezione Aziendale**

	Situazione al 31/07/2016		
	ex AOUTS (Unità)	ex AAS1 (Unità)	totale (Unità)
	(In forza)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	1,0		1,0
Amministrativi - ass. amm.vo - C	1,0		1,0
Assistenti sanitari - coll. prof. san. esperto ass. san. - DS	1,0		1,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	2,0		2,0
Personale Riabilitazione - coll. prof. san. fisioterapista - D	1,0		1,0
Tecnici non sanitari - op. tec. - B	3,0		3,0
Tecnici non sanitari - op. tec. spec. serv. gen - BS	4,0		4,0
Tecnici non sanitari - op. tec. spec. - BS	1,0		1,0
Tecnici non sanitari - op. tec. spec. esperto - C	9,0		9,0
Tecnici non sanitari - assistente tec. - C		1,0	1,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. lab. biomed. - D	1,0		1,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. esperto - DS		1,0	1,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. esperto - tec. della prevenzione - DS	1,0		1,0
Vigili Sanitari - Coll.Prof.San. - Vigile San. (exC)		2,0	2,0
<b>Totale</b>	<b>25,0</b>	<b>4,0</b>	<b>29,0</b>

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

**CUP**

<b>Obiettivo Generale</b>	<b>Azione</b>	<b>Personale</b>	<b>Indicatore / Risultato Atteso/Tempo</b>
1. Integrazione delle funzioni territoriali e ospedaliere. Unificazione Centro Unico di prenotazione.	Determinazioni organizzative conseguenti alla costituzione dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di trieste	Tutto il personale	Evidenza degli atti formali
2. Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	Attività libero professionale intra moenia: monitoraggio % di prenotazione delle prestazioni	Tutto il personale	Evidenza di report quadrimestrali per singolo professionista.
3. Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	Attività libero professionale intra moenia: monitoraggio degli incassi tramite G3 sportello per la libera professione.	Tutto il personale	Evidenza di report mensili degli incassi per singolo professionista





Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruite / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
20-119	3.4.7. Tempi d'attesa	Rimodulare le agende di medicina specialistica afferenti alla Medicina Clinica con priorità di rispetto dei codici: "U", "B", "D" Vs "P"	Rimodulare le agende di medicina specialistica afferenti alla Medicina Clinica con priorità di rispetto dei codici: "U", "B", "D" Vs "P"



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**CUP**

	Situazione al 31/07/2016		
	ex AOUTS (Unità)	ex AAS1 (Unità)	totale (Unità)
	(In forza)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo - B	12,0	1,0	13,0
Amministrativi - ass. amm.vo - C	0,0		0,0
Amministrativi - collab. amm.vo - D		1,0	1,0
Infermieri - coll. prof. san. Esp. infermiere - D		1,0	1,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	7,0	1,0	8,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	5,0	2,0	7,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	2,0	1,0	3,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	3,0		3,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. radiologia medica - D	1,0		1,0
<b>Totale</b>	<b>30,0</b>	<b>7,0</b>	<b>37,0</b>

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

Funzione di Coordinamento: Acquisizione e Carriera del Personale - Ufficio Concorsi Selezioni Assunzioni e Mobilità

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale SC GEVAP	SC GRU	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
<p>1. Nuova organizzazione dell'archivio cartaceo della documentazione relativa a concorsi e selezioni pubbliche (domande di partecipazione, allegati e documentazione varia d'ufficio), atta a garantire rapida accessibilità ed efficiente conservazione.</p>	<p>1.1 Individuazione ed invio al macero (tramite la procedura aziendale prevista) della documentazione che ha superato i termini temporali di conservazione stabiliti dalla normativa e dalla regolamentazione aziendale vigenti.</p> <p>1.2 Individuazione e trasferimento dagli uffici al magazzino di pertinenza (II piano sede via Farneto) della documentazione non avente uso corrente, che non ha superato i termini temporali di conservazione stabiliti dalla normative e dalla regolamentazione aziendale vigenti.</p> <p>1.3 Redazione di un censimento (da tenere successivamente aggiornato) delle procedure il cui materiale è presente nell'archivio di pertinenza.</p>	<p>Tutto il personale della SS Acquisizione e Carriera Personale e Segreteria Ge.Va.P.</p>	<p>---</p>	<p>1. Predisposizione di un elenco delle procedure concorsuali il cui materiale è stato inviato al macero, da inoltrare alla responsabile della "Funzione di coordinamento Gestione del Personale" entro il 31/08/2016. 2,3. Invio del elenco (censimento) delle procedure concorsuali il cui materiale è presente nell'archivio alla responsabile della "Funzione di coordinamento Gestione del Personale", entro il 31/10/2016.</p>
<p>2. Redazione di una nuova procedura di qualità, comune per gli attuali uffici SS Acquisizione e Carriera del Personale dell'ex A.A.S. 1 e Ufficio Concorsi Selezioni Assunzioni e Mobilità dell'ex A.O.U. "Ospedali riuniti", concernente il processo di assunzione di personale</p>	<p>1. Organizzazione di incontri tra i due uffici coinvolti, finalizzati ad eliminare le differenze procedurali, a definire i processi più corretti e funzionali ed a produrre una procedura comune da proporre ai rispettivi responsabili di struttura ed alla Direzione Strategica.</p>	<p>Tutto il personale della SS Acquisizione e Carriera Personale.  In sinergia con dell'Ufficio concorsi del Burlo Garofolo.</p>	<p>Tutto il personale dell'Ufficio Concorsi Selezioni Assunzioni e Mobilità.</p>	<p>1. Produzione di un documento, recante le date degli incontri avvenuti, le differenze procedurali emerse ed i correttivi apportati, con relative motivazioni, da inviare mediante mail alla responsabile della "Funzione di coordinamento Gestione del Personale" entro il 31/10/2016.</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale SC GEVAP      SC GRU		Indicatore / Risultato atteso/Tempo
dipendente a tempo indeterminato, a modifica delle procedure rispettivamente vigenti.	2. Invio ai rispettivi responsabili di struttura di una bozza di procedura unica, da presentare alla Direzione Strategica.	Tutto il personale della SS Acquisizione e Carriera Personale.  In sinergia con dell'Ufficio concorsi del Burlo Garofolo.	Tutto il personale dell'Ufficio Concorsi Selezioni Assunzioni e Mobilità.	2. Invio alla responsabile della "Funzione di coordinamento Gestione del Personale" di una bozza di procedura unica, mediante mail, entro il 30/11/2016.

#### Gestione del Trattamento Economico / Ufficio Contributi ed Incentivazioni

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/ tempo
3. Rispetto e monitoraggio continuo scadenze operative e normative di competenza dell'Ufficio Trattamento Economico e dell'Ufficio Contributi ed incentivazioni dell'ASUITS, relative al personale dipendente.	Individuazione attuali scadenze operative e normative di competenza dell'Ufficio relative al personale dipendente con predisposizione apposita tabella da utilizzare da parte dell'Ufficio con continuo aggiornamento e monitoraggio rispetto delle scadenze.	Tutto il personale di Gestione del Trattamento Economico Ufficio Contributi ed incentivazioni  in sinergia con il personale dell'IRCCS Burlo	Predisposizione tabella (file excel) con elenco attuali scadenze operative e normative di competenza degli Uffici relative al personale dipendente e disposizione di servizio per corretto utilizzo scadenziario tramite mail dei Titolari di P.O. a tutto il personale coinvolto entro il 31/12/2016.
4. Percorso attuativo ai fini stipendiali e previdenziali per il processo di fusione dell'A.A.S. N. 1 e dell'A.O.U.TS nel nuovo soggetto giuridico A.S.U.I.TS	1. Incontri con i referenti INSIEL per individuare le corrette modalità per l'avvio del processo di unificazione nei tempi indicati dalla Regione FVG e applicazione delle funzioni propedeutiche all'elaborazione dei dati, provenienti dalle rispettive aziende. Correttivi dei disallineamenti, delle matricole risultanti duplicate, delle Sedi di lavoro e dei	Tutto il personale afferente la Gestione del Trattamento Economico e dell'Ufficio Contributi ed incentivazioni dell'ASUITS, compreso il personale dell'Ist. Burlo presso i predetti Uffici.	1. Produzione di un documento di sintesi contenente Resoconti/scambio mail/incontri con Insiel fino alla conclusione del processo di unificazione, entro il termine massimo del 31/12/2016. 2. Produzione di un documento di sintesi contenente Resoconti/scambio/incontri mail con Enti previdenziali e Agenzia delle Entrate fino alla

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/ tempo
	<p>rispettivi gruppi di lavoro. Individuazione delle voci stipendiali che differiscono fra le 2 Aziende e corretta imputazione ai capitoli di spesa.</p> <p>2. Incontri o richieste consultive con i vari Enti quali INPS, INPS ex Gestione INPDAP, Agenzia delle Entrate (770, C.U., 730), INAIL, ONAOSI etc., per individuare le modalità più corrette da seguire per avviare il processo di fusione</p>		conclusione del processo di unificazione, entro il termine massimo del 31/12/2016.

#### Trattamento Giuridico / Presenze Assenze

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale		Indicatore / Risultato atteso/Tempo
		SC GEVAP	SC GRU	
5. Gestione evidenze e scadenze incarichi dirigenziali Unificazione delle modalità	1. Analisi delle modalità in uso nell'ex AOU per la gestione (assunzione, inserimenti dei servizi pregressi presso altre PA, interruzioni, tipologie di rapporto TD/TIND...)	Biancotto, Crnigoj	Contento	Presentazione del data base valorizzato, con e mail al referente della funzione giuridico entro <b>30/11/2016</b>
	2. Inserimento dei dati ex AAS nello specifico programma			
6. Riordino istituzionale. Adeguamento della modulistica utilizzata da ciascuna delle aziende	1. Raccolta di tutta la modulistica attualmente in uso, relativamente a: autorizzazioni ex art. 53 DLGS 165/01 richieste di aspettative richieste di part-time	Biancotto, Crnigoj, Greblo	Pelos, Mancuso, Schiavuzzi, Rajko, Scrigni	Presentazione al referente della funzione giuridico di tutta la modulistica presente nel sito AAS, con e mail spedita entro <b>31/08/2016</b>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale		Indicatore / Risultato atteso/Tempo
		SC GEVAP	SC GRU	
	richieste di cessazioni richieste di congedi parentali richieste dei benefici ex lege 104/92 visite collegiali beneficio 150 ore			
	2. Confronto con AOU e predisposizione di nuova modulistica integrata per ASUIT (integrazione formale e sostanziale, per sostituire la modulistica precedente), per le medesime casistiche	Biancotto, Crnigoj, Greblo	Pelos, Mancuso, Schiavuzzi, Rajko, Scrigni, Ulieni	Presentazione al referente della funzione giuridico di tutta la modulistica proposta, con e mail spedita entro <b>30/11/2016</b>
7. Riordino istituzionale Unificazione delle tabelle di rilevazione PA	1. Confronto tabelle di rilevazione dei codici di presenza e di assenza e codici orologio di AAS e AOU 2. Generazione di una nuova tabella per ASUIT	Lorenzi, Schiavuzzi	Ulieni	Comunicazione al referente della funzione giuridico della funzionalità della tabella integrata, con e mail spedita entro <b>30/06/2016</b>
8. Riordino istituzionale Ridefinizione logistica e funzionale delle P/A di Cattinara	1. Trasferimento dell'ufficio Presenze/Assenze ex AOU nella sede di via Farneto, 2. Nuova funzionalità dell'ufficio Presenze/Assenze nella sede di Cattinara, per svolgimento della rimagnetizzazione dei badge, gestione delle carte regionali operatore, attività di sportello	---	Tutto l'Ufficio P/A di Cattinara e di via Farneto	garanzia della copertura di almeno il 90% delle giornate lavorative con due unità a rotazione, dopo il trasloco dell'ufficio P/A, mediante relazione con e mail entro il <b>31/12/2016</b> al referente del Personale

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale		Indicatore / Risultato atteso/Tempo
		SC GEVAP	SC GRU	
9. Riordino istituzionale Avvio della regolamentazione unificata degli istituti giuridici	1. Individuazione delle materie di competenza dell'ufficio giuridico, su cui va elaborata una unificazione delle regole fra AAS es AOU	Responsabile della P.O. e Responsabile della SS	Responsabile della SS	Produzione dell'elenco delle materie e della tipologia di atti unificati da produrre (circolari, manuali, regolamenti...), con e mail al referente del Personale entro <b>31/07/2016</b>
	2. Ridefinizione delle regolamentazioni, con testo integrato e valido per ASUIT	Responsabile della SS	Responsabile della SS, FARINA	Produzione della proposta di Regolamento unificato autorizzazioni ex ART. 53 DLGS 165/01, inviata con e mail al Responsabile SC entro <b>30/09/2016</b>
	3. Ridefinizione delle regolamentazioni, con testo integrato e valido per ASUIT	Responsabile della P.O. e Responsabile della SS	Ulieni	Produzione del Manualetto unificato per la gestione della MALATTIA, inviato con e mail al Responsabile SC entro <b>31/12/2016</b>
10. Riordino istituzionale Unificazione delle denunce di infortunio e malattie professionali	Accentramento delle competenze per le denunce di infortuni e malattie professionali dell'ASUI TS e del Burlo Garofolo in un unico punto, in via Farneto	---	Pelos, Puissa	Denuncia del 100% degli infortuni, dopo l'attivazione dell'accentramento. Produzione dell'elenco degli infortuni ex AOU, ex AAS e Burlo denunciati, con e mail al referente della funzione giuridico entro <b>31.12.2016</b>
11. Ottimale archiviazione della documentazione pervenuta alla SS. Obiettivo di medio termine, iniziato nel 2014.	Prosecuzione del riordino progressivo dei fascicoli personali, mediante riesame e riordino di almeno ulteriori 150 fascicoli	Depangher	---	Produzione di un documento contenente l'elenco dei fascicoli riordinati, da inviare con e mail al referente della funzione giuridico entro <b>31.12.2016</b>
12. Riordino istituzionale	Analisi logistica archivi per fascicoli personali AAS e AOU TS	Depangher	Cuschie, Stradiot	Presentazione al referente della funzione giuridico di uno schema dei



Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale		Indicatore / Risultato atteso/Tempo
		SC GEVAP	SC GRU	
Preparazione unificazione archivi				raccoglitori, della loro distribuzione logistica, il loro stato di funzionalità, il numero di fascicoli contenuto, entro <b>31/12/2016</b>

#### Ufficio Trattamento Previdenziale

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale		Indicatore / Risultato atteso/Tempo
		SC GEVAP	SC GRU	
13. Aggiornamento schede/moduli necessari per tutta l'attività dell'Ufficio Trattamento Previdenziale, conseguente alla unificazione.	Aggiornamento/adeguamento della modulistica previdenziale ufficiale	Personale Ufficio Trattamento previdenziale	-	Aggiornamento della modulistica prevista nell'ambito dell'attività dell'Ufficio e pubblicazione nel Sito Aziendale entro il 31.12.16

#### SS Relazioni Sindacali

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	indicatore/risultato atteso/tempo
14. Riordino istituzionale previsto dalla LR 17/2014, con riferimento alla incorporazione della AOU TS nell'AAS n. 1. Prosecuzione del percorso di unificazione degli uffici e delle attività con riferimento alle	1. Individuazione delle macro differenze rispetto agli accordi decentrati vigenti in AAS 1 e AOU TS. attraverso appositi incontri fra gli uffici competenti delle due Aziende. 2. Elaborazione di un documento condiviso	Responsabile SS Relazioni Sindacali  P.O. trattamento economico ex AAS 1 P.O. trattamento economico ex AOU P.O. contributi e incentivazioni ex AOU	Presentazione di una bozza di contratto collettivo integrativo condiviso, da inoltrare con invio per e mail alla competente Direzione Amministrativa. <b>entro il 31 dicembre 2016</b>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	indicatore/risultato atteso/tempo
modalità di distribuzione della produttività collettiva del personale del comparto			
15. Riordino istituzionale previsto dalla LR 17/2014, con riferimento alla incorporazione della AOU TS nell'AAS n. 1. Prosecuzione del percorso di unificazione degli uffici e delle attività con riferimento alle modalità di individuazione dei contingenti minimi per la garanzia dei servizi pubblici essenziali delle tre aree negoziali.	Analisi dei testi negoziali dell'ex AAS 1 e dell'ex AOU TS Elaborazione di un documento per ciascuna area. Redazione di una procedura condivisa per la garantire l'individuazione dei contingenti minimi.	Tutto il personale di SS Relazioni Sindacali	Presentazione di una bozza di contratto collettivo integrativo per ciascuna area negoziale, da inoltrare con invio per e mail alle Direzioni Sanitarie e Amministrativa. <b>entro il 31 dicembre 2016</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
23-149	Applicazione del Piano per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza	Tutte le strutture coinvolte dai vigenti Piani per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza sono chiamate ad adempiere a quanto previsto dagli stessi per l'esercizio in corso	TARGET: Evidenza dell'adempimento degli obblighi sulla base di quanto dettagliatamente previsto dai richiamati piani per il Centro di Responsabilità MODALITA' DI VALUTAZIONE: Certificazione dell'adempimento degli obblighi da parte del Responsabile anticorruzione anche sulla base di una specifica relazione prodotta dal Direttore del CdR
24-151	Governo delle risorse assegnate	Monitoraggio del Budget di risorsa assegnato. Azioni Vengono trasmessi al Controllo di gestione i dati necessari alla produzione dei tre rendiconti quadrimestrali 2016	TARGET: Evidenza dei report inviati MODALITA' DI VALUTAZIONE: Certificazione da parte del controllo di Gestione
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano

Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti**

**Funz. di coord. Gestione del Personale**

	Situazione al 31/07/2016		
	ex AOUTS (Unità) SC GRU	ex AAS1 (Unità) SC GEVAP	totale (Unità)
	(In forza)	(In forza)	(In forza)
dirigente amm.vo - direttore di SC	1,0	1,0	2,0
dirigente amm.vo	2,0	3,0	5,0
<b>Totale</b>	<b>3,0</b>	<b>4,0</b>	<b>7,0</b>



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**Funz. di coord. Gestione del Personale**

	Situazione al 31/07/2016		
	ex AOUTS (Unità) SC GRU	ex AAS1 (Unità) SC GEVAP	totale (unità)
	(In forza)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo - B	2,0	3,0	5,0
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	2,0	1,0	3,0
Amministrativi - ass. amm.vo - C	17,0	8,0	25,0
Amministrativi - coll. amm.vo prof.le - D	10,0	5,0	15,0
Amministrativi - coll. amm.vo prof.le esperto - DS	1,0	5,0	6,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS		2,0	2,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	2,0		2,0
Tecnici non sanitari - op. tec. spec. serv. gen - BS	1,0		1,0
<b>Totale</b>	<b>35,0</b>	<b>24,0</b>	<b>59,0</b>

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

Funzione coordinata: Finanza e Controllo - Contabilità Economico-patrimoniale

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso/Tempo
1. Missioni carico terzi	1. Monitoraggio tramite foglio excel delle missioni effettuate dal personale con oneri a carico terzi	Ufficio Cassa Centrale: - via Sai - via Farneto	1. Predisposizione di un foglio excel con evidenza e valorizzazione delle missioni a carico terzi e con l'indicazione del "terzo" cui addebitare l'onere
	2. Condivisione del file con l'Ufficio Entrate per consentire l'emissione delle fatture/richieste di addebito	Ufficio Entrate/Contabilità clienti	2. Emissione fatture/richieste di addebito per missioni a carico terzi
2. Realizzazione di un'applicazione per il monitoraggio degli importi fatturati e pagati agli erogatori privati accreditati al fine del rispetto dei tetti assegnati	1. Utilizzo del database connesso con la base dati della co.op.. 2. Realizzazione delle query necessarie ad estrapolare gli importi fatturati e pagati con riferimento ai rispettivi conti di bilancio e suddivisione le case di cure degli importi relativi a prestazioni ambulatoriali e di ricovero	Ufficio Uscite/Contabilità fornitori	Creazione nel database Access di apposite query per il monitoraggio degli importi fatturati e pagati distinti per tipologia di prestazione e produzione di un primo report al 30.06.2016 e di successivi aggiornamenti in occasione dei monitoraggi economici quadrimestrali
3. Gestione note accredito su fatture aperte in regime di split payment	1. Ricognizione fatture aperte in attesa di nota di accredito. 2. Richiesta emissione nota di accredito al fornitore e operazioni conseguenti	Ufficio Uscite/Contabilità fornitori	1. Predisposizione periodica elenco fatture aperte in attesa di nota di accredito per fornitore; 2. Invio note ai fornitori
4. Regolamento Aziendale Agenti contabili e Conto giudiziale	Predisposizione proposta di Regolamento	Dirigenti	Invio della proposta di Regolamento alla Direzione aziendale entro il 31.12.2016

Obiettivo Generale	Azione	Personale	Indicatore / Risultato Atteso/Tempo
5. Partecipazione alla convenzione di ex Area Vasta per l'affinamento e lo svolgimenti di procedure standard in materia contabile e fiscale	Trattazione dei temi di interesse comune in ambito contabile e fiscale e delle novità normative.	Dirigenti e titolari di PO	Redazione dei verbali delle sedute e redazione entro il 31.12.2016 di una relazione conclusiva che illustri l'attività svolta.
6. Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	Rapporto giornate fruite/credito annuale=100%	Tutto il personale della Struttura	Tutto il personale della Struttura deve fruire nell'anno di un numero di giornate di ferie pari al diritto annuale maturato, con una tolleranza del 3% e con riproporzionamento in caso di assenze prolungate.
7. Prevenzione corruzione	Svolgimento attività per la verifica della regolarità dell'emissione degli ordinativi di pagamento per documenti di iter non economale e, a campione, per documenti di iter economale	Dirigenti e titolari di PO (per SCFC e SCCEP)  In collaborazione con SC Controllo di gestione	Controllo di almeno 2000 ordinativi di pagamento (di cui circa 600 di iter non economale e circa 1.400 di iter economale, esclusi pagamenti di documenti connessi agli stipendi e di imposte e tasse).





Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
23-149	Applicazione del Piano per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza	Tutte le strutture coinvolte dai vigenti Piani per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza sono chiamate ad adempiere a quanto previsto dagli stessi per l'esercizio in corso	TARGET: Evidenza dell'adempimento degli obblighi sulla base di quanto dettagliatamente previsto dai richiamati piani per il Centro di Responsabilità MODALITA' DI VALUTAZIONE: Certificazione dell'adempimento degli obblighi da parte del Responsabile anticorruzione anche sulla base di una specifica relazione prodotta dal Direttore del CdR
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti**

**Funz.di coord. Contabilità e Bilancio**

**Situazione al 31/07/2016**

	<b>ex AOUTS (Unità) SC Contabilità Economico Patrimoniale</b>	<b>ex AAS1 (Unità) SC Finanza e Controllo</b>	<b>totale (Unità)</b>
	(In forza)	(In forza)	(In forza)
dirigente amm.vo - direttore di SC	1,0	1,0	2,0
dirigente amm.vo		1,0	1,0
<b>Totale</b>	<b>1,0</b>	<b>2,0</b>	<b>3,0</b>



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**Funz.di coord. Contabilità e Bilancio**

	Situazione al 31/07/2016		
	ex AOUTS (Unità) SC Contabilità Economico Patrimoniale	ex AAS1 (Unità) SC Finanza e Controllo	totale (unità)
	(In forza)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	4,0		4,0
Amministrativi - ass. amm.vo - C	6,0	6,0	12,0
Amministrativi - coll. amm.vo prof.le - D	5,0	6,0	11,0
Amministrativi - coll. amm.vo prof.le esperto - DS	1,0	3,0	4,0
Tecnici non sanitari - coll. tec. prof. - D		1,0	1,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	1,0		1,0
Tecnici non sanitari - op. tec. spec. esperto - C	1,0		1,0
<b>Totale</b>	<b>18,0</b>	<b>16,0</b>	<b>34,0</b>

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

## Gestione Stabilimenti

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Creazione di un albo fornitori come previsto dal Piano Anticorruzione	1. Pubblicazione dell'avviso per la formazione di un elenco unico delle Imprese per l'esecuzione dei lavori in economia 2. Inserimento nell'elenco unico delle Imprese, dotate dei requisiti richiesti, che hanno accolto l'invito 3. Pubblicazione dell'elenco unico sul sito aziendale	Dario Carlevaris Silvano Angeli Rita Boaro Claudia Fabbri Francesca Fortunato Viviana Mauri Miriam Saitta	Pubblicazione dell'albo sul sito aziendale al 30/06/2016
2. Regolamento per l'affidamento di lavori e per l'acquisizione di beni e servizi sotto soglia	1. Confronto dei "Regolamento per l'affidamento di lavori e per l'acquisizione di beni e servizi sotto soglia" 2. Redazione di un testo unico integrato 3. Approvazione del testo unico di "Regolamento per l'affidamento di lavori e per l'acquisizione di beni e servizi sotto soglia"	Personale della Gestione stabilimenti  In collaborazione con Logistica e Servizi Economali	Trasmissione alla direzione strategica della proposta di regolamento entro il 31/10/2016 ai fini dell'adozione con decreto del DG
3. Presentazione dell'istanza relativa alla concessione di una anticipazione finanziaria finalizzata alla copertura delle spese relative alla progettazione preliminare di opere edili impiantistiche	1. Redazione di uno studio di fattibilità 2. Presentazione dell'istanza al Nucleo di Valutazione degli Investimenti Sanitari e Sociali (N.V.I.S.S.)	ing. Giulio Luciani Silvano Angeli Rita Boaro Miriam Saitta	Lettera di invio dell'istanza al N.V.I.S.S. al 31/08/2016
4. Presentazione dell'istanza	1. Redazione di uno studio di fattibilità	dott. Dario Carlevaris ing. Marcello Raimondi	Lettera di invio dell'istanza al N.V.I.S.S. al 31/08/2016

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
relativa alla concessione di una anticipazione finanziaria finalizzata alla copertura delle spese relative alla progettazione preliminare di opere edili impiantistiche relative all'ex Centro Tumori di via Pietà	2. Presentazione dell'istanza al Nucleo di Valutazione degli Investimenti Sanitari e Sociali (N.V.I.S.S.)		
5. Aggiornamento della procedura " <u>Acquisizione sedi per progetti socio-sanitari</u> " dd. 13.03.2006	1. Riunioni con il personale del Servizio Prevenzione e Protezione aziendale (afferente alla S.C. Affari Giuridici e Attività di Supporto Direzionale) e con personale afferente alla Funzione Gestione Stabilimenti, volte alla definizione congiunta delle modifiche e delle integrazioni da apportare al protocollo " <u>Acquisizione sedi per progetti socio-sanitari</u> " dd. 13.03.2006. 2. Nuova stesura del Protocollo " <u>Acquisizione sedi per progetti socio-sanitari</u> " dd. 13.03.2006 - congiuntamente al Servizio Prevenzione e Protezione aziendale (afferente alla S.C. Affari Giuridici e Attività di Supporto Direzionale) ed alla Funzione Gestione stabilimenti, sulla scorta delle modifiche ed integrazioni concordate nelle riunioni di cui al punto 1)	Personale dell'Ufficio Gestione Immobili, personale del Servizio Prevenzione e Protezione aziendale (afferente alla S.C. Affari Giuridici e Attività di Supporto Direzionale) e personale della Funzione Gestione Stabilimenti	Perfezionamento di un file - in formato word - contenente la nuova versione del Protocollo " <u>Acquisizione sedi per progetti socio-sanitari</u> ". Al 31/12/2016
6. Approvazione della scelta finale e definitiva per la gestione del patrimonio ospedaliero	1. Redazione della relazione sulle opportunità dei diversi sistemi possibili per la gestione del patrimonio 2. Proposta di decreto per la dichiarazione di	Responsabile della Gestione Stabilimenti ing. Elena Clio Pavan  con la collaborazione di: ing. Dimitri Troncon	Approvazione con decreto della scelta finale e avvio della procedura necessaria all'attivazione del nuovo contratto Al 31/12/2016

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>pubblico interesse su proposta di concessioni di servizi ovvero insussistenza di pubblico interesse</p> <p>3. Attivazione della procedura per la scelta del contraente</p>		
<p>7. Realizzazione dei CAP afferenti al Distretto 1, Distretto 2 e Distretto 4</p>	<p>1. Redazione del progetto esecutivo per la realizzazione dei CAP afferenti al Distretto 1, Distretto 2 e Distretto 4</p> <p>2. Approvazione dei 3 progetti esecutivi</p> <p>3. Attivazione della gara di affidamento e affidamento dei lavori</p> <p>4. Redazione dei 3 C.R.E.</p>	<p>Responsabile della Gestione Stabilimenti ing. Elena Clio Pavan con la collaborazione di: ing. Giulio Luciani ing. Marcello Raimondi</p>	<p>Sottoscrizione dei Certificati di Regolare Esecuzione Indicatore al 31/12/2016</p>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
23-149	Applicazione del Piano per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza	Tutte le strutture coinvolte dai vigenti Piani per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza sono chiamate ad adempiere a quanto previsto dagli stessi per l'esercizio in corso	TARGET: Evidenza dell'adempimento degli obblighi sulla base di quanto dettagliatamente previsto dai richiamati piani per il Centro di Responsabilità  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Certificazione dell'adempimento degli obblighi da parte del Responsabile anticorruzione anche sulla base di una specifica relazione prodotta dal Direttore del CdR
24-151	Governo delle risorse assegnate	Monitoraggio del Budget di risorsa assegnato.  Azioni  Vengono trasmessi al Controllo di gestione i dati necessari alla produzione dei tre rendiconti quadrimestrali 2016	TARGET: Evidenza dei report inviati  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Certificazione da parte del controllo di Gestione
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni)  1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.  2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016  2) Evidenza dell'applicazione del Piano

Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione





Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
21-125	3.4.8. Rischio clinico	Rischio clinico/sicurezza: Adeguamento della struttura di Anatomia Patologica con particolare riguardo ai settori operativi alle zone di manipolazione della formalina in ottemperanza al recepimento della del REGOLAMENTO (UE) N. 605/2014 DELLA COMMISSIONE del 5 giugno 2014" (G.U. dell'UE del 06.06.2014) Riduzione del rischio associato ad esposizione a formalina e ristrutturazione degli ambienti senza interruzione delle attività diagnostiche	Rischio clinico/sicurezza: Adeguamento della struttura di Anatomia Patologica con particolare riguardo ai settori operativi alle zone di manipolazione della formalina in ottemperanza al recepimento della del REGOLAMENTO (UE) N. 605/2014 DELLA COMMISSIONE del 5 giugno 2014" (G.U. dell'UE del 06.06.2014) Riduzione del rischio associato ad esposizione a formalina e ristrutturazione degli ambienti senza interruzione delle attività diagnostiche. Avvio dell'adeguamento/acquisizioni entro il 31/12/2016
27-164	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	Riorganizzazione del servizio: Trasferimento Archivi dell'Anatomia Patologica presso locali ex "archivio Cartelle Cliniche" di via Travnik.  Azioni  Adeguare i locali con mantenimento in loco (presso l'archivio generale Anatomia Patologica di Cattinara) soltanto degli ultimi 3 anni di attività	Riorganizzazione del servizio: Trasferimento Archivi dell'Anatomia Patologica presso locali ex "archivio " di via Strada della Rosandra. Azioni: avvio del trasferimento entro il 31/12/2016. Adeguare i locali con mantenimento in loco (presso l'archivio generale Anatomia Patologica di Cattinara) soltanto degli ultimi 3 anni di attività



## BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti

### SC Gestione stabilimenti

	Situazione al 31/07/2016		
	ex AOUTS (Unità)	ex AAS1 (Unità)	totale (Unità)
	(In forza)	(In forza)	(In forza)
dirigente ingegnere - direttore di SC	1,0		1,0
dirigente amm.vo	1,0		1,0
dirigente ingegnere	3,0	1,0	4,0
<b>Totale</b>	<b>5,0</b>	<b>1,0</b>	<b>6,0</b>



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Gestione stabilimenti**

	Situazione al 31/07/2016		
	ex AOUTS (Unità)	ex AAS1 (Unità)	totale (Unità)
	(In forza)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - ass. amm.vo - C	3,0	1,0	4,0
Amministrativi - coll. amm.vo prof.le - D	4,0	1,0	5,0
Amministrativi - coll. amm.vo prof.le esp. - DS		2,0	2,0
Tecnici non sanitari - op. tec. - B	2,0		2,0
Tecnici non sanitari - op. tec. spec. - BS	2,0	1,0	3,0
Tecnici non sanitari - op. tec. spec. autista - BS	1,0		1,0
Tecnici non sanitari - ass. tec. - C	5,0	4,0	9,0
Tecnici non sanitari - coll. tec. prof. - D	9,0	2,0	11,0
<b>Totale</b>	<b>26,0</b>	<b>11,0</b>	<b>37,0</b>

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

## Logistica e Servizi Economali

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Pianificazione e programmazione delle acquisizioni di servizi non alberghieri</p>	<p>1. Ricognizione dei servizi attualmente in essere (tipologie di affidamento e relative scadenze) 2. Incontri tra personale già operante per AAS1 e per AOOTS per l'analisi delle tipologie di servizi condivisibili e la pianificazione delle relative procedure e percorsi 3. Armonizzazione e condivisione delle procedure di acquisto 4. Acquisizione "condivisa" di servizi programmati</p>	<p>Il personale della Funzione Logistica e servizi Economali.</p>	<p>Trasmissione al responsabile della SC di un report riepilogativo n. servizi entro il 31/12/2016 Almeno 2 tipologie di servizio acquisite con procedimento unitario entro il 31/12/2016</p>
<p>2. Analisi acquisti Dispositivi Medici già AOOTS ed AAS1 e programmazione fabbisogni congiunti per il 2017.</p>	<p>1. Individuazione di almeno 2 categorie di Dispositivi Medici acquistate dalle due ex Aziende. 2. Estrazione dei dati relativi agli acquisti degli anni 2015 e primi 4 mesi 2016 delle due ex Aziende. 3. Determinazione dei fabbisogni congiunti per il 2017.</p>	<p>Il personale della Funzione Logistica e servizi Economali.</p>	<p>Trasmissione al responsabile della SC di un elenco dei Dispositivi Medici acquistati da entrambe le Aziende e determinazione del fabbisogno congiunto dell'unica Azienda per il 2017 entro il 31/12/2016</p>
<p>3. Definizione di un unico catalogo di Materiale per medicazioni da utilizzare nel magazzino unificato della nuova ASUI</p>	<p>1. Individuare gli articoli rientranti nella categoria Materiali per medicazioni stoccati a magazzino scorte varie delle due ex aziende 2. Verificare quali siano di uso comune nei 2 magazzini economali 3. Ricondurre i medesimi articoli ad una unica</p>	<p>Il personale della Funzione Logistica e servizi Economali.</p>	<p>Invio dell'elenco Articoli a Magazzino al Responsabile della SC entro il 31/12/2016</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	denominazione a magazzino riconducibile all'attuale anagrafica già gestita nel Magazzino Unico regionale EGAS 4. Uniformare gli articoli nel gestionale ASCOT		
4. Gestione delle scadenze dei DURC nel gestionale ASCOT (o in altro applicativo INSIEL)	Predisposizione di un'istruzione operativa per l'inserimento e il successivo aggiornamento scadenza DURC nel gestionale ASCOT (o in altro applicativo INSIEL)	Il personale della Funzione Logistica e servizi Economali.	Trasmissione della bozza di I.O. al Responsabile della SC entro il 31/12/2016
5. Integrazione di servizi a supporto delle attività sanitarie, tra territorio e ospedale. Gestione e manutenzione dei materassi antidecubito – Sperimentazione presso la SC 3 <sup>a</sup> Medica (O.Cattinara)	1. Attivazione del progetto con il gruppo di lavoro interdisciplinare. 2. Avvio della sperimentazione presso la SC 3 <sup>a</sup> Medica (osp. Cattinara). 3. Analisi della gestione con riferimento all'impatto economico derivante dalla nuova attività presso la SC 3 <sup>a</sup> Medica di Cattinara	Il personale della Funzione Logistica e servizi Economali.	1. Convocazione a mezzo e-mail, del gruppo di lavoro interaziendale multidisciplinare – entro il 30/04/2016. 2. Calendario delle attività in preparazione alla sperimentazione – entro il 31/05/2016. 3. Report con analisi dei costi a seguito dell'attivazione sperimentale del progetto – entro il 31/12/2016.
6. Integrazione dei servizi tecnico-economali tra ospedale e territorio. Gestione delle manutenzioni dei beni tecnico economali in uso presso l'ex AO/US: analisi dei beni che possono essere gestiti con unico appalto integrato in AS/US.	1. Analisi dei beni tecnico economali in uso presso l'ex AO/US 2. Proposta progettuale da inserire nel futuro capitolato integrato delle manutenzioni sulle attrezzature tecnico economali.	Il personale della Funzione Logistica e servizi Economali.	1.1 Inoltre a mezzo e-mail di elenco in formato digitale delle attrezzature tecnico economali ex AO/US – entro 31/07/2016 1.2 Report con elenco ed analisi delle attrezzature compatibili con le manutenzioni da integrare in un unico appalto – entro 30/11/2016 2. Invio al Responsabile della SC di report con la proposta di capitolato tecnico da inserire nel prossimo appalto sulle manutenzioni delle attrezzature tecnico economali – entro 31/12/2016.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
7. Stesura della Procedura Creazione e gestione dei budget da utilizzare presso la futura ASUI	1. Analisi delle procedure e degli acronimi di budget ASCOT già esistenti presso AAS1 e AOUTS 2. Predisposizione di una unica procedura e nomenclatura budget che tenga conto delle specificità della nuova Azienda	Il personale della Funzione Logistica e servizi Economali.	Trasmissione di una bozza di procedura al Responsabile della SC entro il 31/12/2016
8. Regolamento per l'affidamento di lavori e per l'acquisizione di beni e servizi sotto soglia	1. Confronto dei "Regolamento per l'affidamento di lavori e per l'acquisizione di beni e servizi sotto soglia" 2. Redazione di un testo unico integrato 3. Approvazione del testo unico di "Regolamento per l'affidamento di lavori e per l'acquisizione di beni e servizi sotto soglia"	Il Responsabile della SC Logistica e servizi Economali  In collaborazione con Gestione Stabilimenti	Trasmissione alla direzione strategica della proposta di regolamento entro il 31/10/2016 ai fini dell'adozione con decreto del DG



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
23-149	Applicazione del Piano per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza	Tutte le strutture coinvolte dai vigenti Piani per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza sono chiamate ad adempiere a quanto previsto dagli stessi per l'esercizio in corso	TARGET: Evidenza dell'adempimento degli obblighi sulla base di quanto dettagliatamente previsto dai richiamati piani per il Centro di Responsabilità  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Certificazione dell'adempimento degli obblighi da parte del Responsabile anticorruzione anche sulla base di una specifica relazione prodotta dal Direttore del CdR
24-151	Governo delle risorse assegnate	Monitoraggio del Budget di risorsa assegnato.  Azioni  Vengono trasmessi al Controllo di gestione i dati necessari alla produzione dei tre rendiconti quadrimestrali 2016	TARGET: Evidenza dei report inviati  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Certificazione da parte del controllo di Gestione
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni)  1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.  2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016  2) Evidenza dell'applicazione del Piano

Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione





Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
21-125	3.4.8. Rischio clinico	Rischio clinico/sicurezza: Adeguamento della struttura di Anatomia Patologica con particolare riguardo ai settori operativi alle zone di manipolazione della formalina in ottemperanza al recepimento della del REGOLAMENTO (UE) N. 605/2014 DELLA COMMISSIONE del 5 giugno 2014" (G.U. dell'UE del 06.06.2014) Riduzione del rischio associato ad esposizione a formalina e ristrutturazione degli ambienti senza interruzione delle attività diagnostiche	Rischio clinico/sicurezza: Adeguamento della struttura di Anatomia Patologica con particolare riguardo ai settori operativi alle zone di manipolazione della formalina in ottemperanza al recepimento della del REGOLAMENTO (UE) N. 605/2014 DELLA COMMISSIONE del 5 giugno 2014" (G.U. dell'UE del 06.06.2014) Riduzione del rischio associato ad esposizione a formalina e ristrutturazione degli ambienti senza interruzione delle attività diagnostiche. Avvio dell'adeguamento/acquisizioni entro il 31/12/2016
27-164	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	Riorganizzazione del servizio: Trasferimento Archivi dell'Anatomia Patologica presso locali ex "archivio Cartelle Cliniche" di via Travnik.  Azioni  Adeguare i locali con mantenimento in loco (presso l'archivio generale Anatomia Patologica di Cattinara) soltanto degli ultimi 3 anni di attività	Riorganizzazione del servizio: Trasferimento Archivi dell'Anatomia Patologica presso locali ex "archivio" di via Strada della Rosandra. Azioni: avvio del trasferimento entro il 31/12/2016. Adeguare i locali con mantenimento in loco (presso l'archivio generale Anatomia Patologica di Cattinara) soltanto degli ultimi 3 anni di attività



**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti**

**SC Logistica e servizi economici**

	Situazione al 31/07/2016		
	ex AOUTS (Unità)	ex AAS1 (Unità)	totale (Unità)
	(In forza)	(In forza)	(In forza)
dirigente amm.vo - direttore di SC	1,0	0,0	1,0
dirigente amm.vo	2,0	0,0	2,0
<b>Totale</b>	<b>3,0</b>	<b>0,0</b>	<b>3,0</b>


**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**  
**SC Logistica e servizi economici**

	Situazione al 31/07/2016		
	ex AOUPS (Unità)	ex AAS1 (Unità)	totale (Unità)
	(In forza)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo - B	3,0	3,0	6,0
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	4,0	2,0	6,0
Amministrativi - ass. amm.vo - C	10,0	12,0	22,0
Amministrativi - coll. amm.vo prof.le - D	8,0	6,0	14,0
Amministrativi - coll. amm.vo prof.le esp. - DS		3,0	3,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	3,0		3,0
Ota-Oss - op. tec. add. assistenza (ota) - B	1,0	1,0	2,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	4,0	1,0	5,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi. tec. econ. - A	1,0	1,0	2,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	8,0		8,0
Tecnici non sanitari - op. tec. add. servizi tec. economici - B	3,0		3,0
Tecnici non sanitari - op. tec. - B	44,0		44,0
Tecnici non sanitari - op. tec. spec. - BS	6,0		6,0
Tecnici non sanitari - op. tec. spec. serv. gen - BS	10,0	1,0	11,0
Tecnici non sanitari - op. tec. spec. autista - BS	7,0	1,0	8,0
Tecnici non sanitari - ass. tec. - C	0,0	3,0	3,0
Tecnici non sanitari - op. tec. spec. esperto - C	7,0	2,0	9,0
Tecnici non sanitari - coll. tec. prof. - D	1,0		1,0
<b>Totale</b>	<b>120,0</b>	<b>36,0</b>	<b>156,0</b>

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

## Informatica e Telecomunicazioni

Obiettivo generale	Azione/i	Struttura/Personale coinvolto	Risultato atteso/ Indicatore / tempo
<p>1. Tecnico interaziendale ASUITs, IRCCS Burlo Garofolo e AAS2.</p> <p>Redazione del documento di riorganizzazione complessiva delle attività di Laboratorio analisi e Microbiologia e Virologia</p>	<p>Trasferimento dall'IRCCS Burlo Garofolo ad ASUITs delle funzioni analitiche assistenziali di medicina di laboratorio, comprensive dei beni, servizi e personale, con realizzazione presso l'IRCCS di un Laboratorio satellite a risposta rapida, quindi configurazione necessaria su tutti i sistemi coinvolti (configuratore/CUP, DNLAB) ed ampia fase di test per intercettare eventuali anomalie.</p> <p>Nel secondo semestre del 2016 è messo a regime il sistema/informativo unico tra il centro hub e spoke, secondo le procedure informatiche regionali</p>	<p>IT</p> <p>In collaborazione con DAI Laboratorio Direzione CUP</p>	<p>La IT supporta le strutture che seguono direttamente la configurazione dei sistemi.</p> <p>Tutte le richieste degli esami di laboratorio la cui erogazione viene spostata dal Burlo ad ASUITs vengono automaticamente indirizzate al corretto laboratorio ed il relativo referto viene correttamente restituito al richiedente. Certificazione di funzionamento responsabile struttura</p>
<p>2. Empowerment dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio</p>	<p>Messa a regime del modulo "integrazione della lettera di dimissione" a partire dal 1° luglio 2016 previa configurazione dello stesso su tutti i reparti aziendali; formazione degli operatori</p>	<p>SCIT</p> <p>In collaborazione con Direzione medica di presidio Tutti i reparti</p>	<p>Tutti i reparti sono messi in condizione di compilare la scheda dei fattori di rischio al momento della dimissione. Certificazione di funzionamento responsabile struttura</p>
<p>3. Garantire l'utilizzo della firma digitale sui documenti e referti clinici ospedalieri</p>	<p>Supportare i reparti nell'utilizzo della firma digitale laddove già attivata e predisporre la firma digitale sulle lettere di dimissione attivando il relativo flusso documentale fino alla conservazione, non appena messi a disposizione da parte di Insiel gli strumenti informatici necessari</p>	<p>SCIT</p> <p>In collaborazione con Tutti i reparti</p>	<p>Tutti i reparti sono messi in condizione di firmare digitalmente le lettere di dimissione da G2 Clinico e Cardionet, compatibilmente alla disponibilità degli strumenti informatici data da Insiel (classe documentale e integrazione con il sistema di conservazione). Certificazione di funzionamento responsabile struttura</p>
<p>4. Avviare la teleconsultazione tra le strutture radiologiche di AAS2 e</p>	<p>Implementazione del caso d'uso consultazione/visualizzazione immagini nell'ambito emergenziale, nelle more</p>	<p>IT</p> <p>In collaborazione con</p>	<p>Attivare il flusso di memorizzazione sull'archivio PACS ASUITs delle immagini radiologiche provenienti dalle diagnostiche e workstation</p>

Obiettivo generale	Azione/i	Struttura/Personale coinvolto	Risultato atteso/ Indicatore / tempo
specifici settori clinici dell'Ospedale (PACS)	dell'integrazione del PACS ASUITS nel sistema PACS Regionale. Avvio di una sperimentazione con AAS2 del protocollo di tele-consultazione elaborato nel 2015 in primis per il percorso ICTUS tra il Presidio di Monfalcone-Gorizia e la struttura Hub di Trieste.	Clinica Neurologica Radiologia Cattinara	individuare allo scopo presso l'ospedale di Gorizia e Monfalcone, al fine di renderle fruibili agli specialisti aziendali ASUITS. Certificazione di funzionamento responsabile struttura.
5. Ricetta dematerializzata	Viene attivata la ricetta dematerializzata di prestazione specialistica e farmaceutica in ASUITS secondo le linee di indirizzo date dalla Direzione centrale salute integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia	IT  In collaborazione con Direzione Sanitaria Direzione medica di presidio Direzione CUP Tutti i reparti	Tutti i medici prescrittori sono abilitati alla ricetta dematerializzata ed hanno a disposizione gli strumenti informatici per la redazione della stessa, entro 3 mesi dalla messa a disposizione da Insiel di software adeguato. Certificazione di funzionamento responsabile struttura.
6. Piani terapeutici	Il modulo per la prescrizione dei piani terapeutici messo a disposizione da Insiel viene opportunamente configurato per tutte le strutture aziendali individuate ed il personale viene formato al suo utilizzo.	IT  In collaborazione con Farmacia	Entro il primo semestre del 2016, i reparti individuati dalla SC Farmacia sono messi in condizione di utilizzare il sistema. Certificazione di funzionamento responsabile struttura.
7. Stampa massiva	Predisposizione all'utilizzo dello strumento con attività di configurazione sia delle postazioni di lavoro che del software  Formazione operatori	IT	I servizi sono messi in condizione di fruire attraverso lo strumento di stampa massiva, dei referti firmati digitalmente da laboratorio ed anatomia patologica, da essi richiesti, solo nei casi di percorsi di richiesta completamente informatizzati tramite CUP/GR. Certificazione di funzionamento responsabile struttura.
8. Revisione regolamenti	Revisionare ed aggiornare i regolamenti aziendali sull'utilizzo delle risorse informatiche e di telefonia, nonché le procedure di accesso ai dati e visibilità degli stessi tramite sistemi informatici aziendali	IT	I regolamenti tengono conto degli adeguamenti tecnologici ed organizzativi derivanti anche dall'unificazione. Entro 31/12/2016 saranno pubblicati sui siti intranet almeno 3 regolamenti aggiornati.

Obiettivo generale	Azione/i	Struttura/Personale coinvolto	Risultato atteso/ Indicatore / tempo
			Certificazione di funzionamento responsabile struttura
9. Rename Dominio AD	Rinominare il directory service aziendale, basato su tecnologia MS Active Directory da aouts.it ad asuits.it, analizzando preventivamente l'impatto su tutti i sistemi e le risorse integrati con AD e pianificando di conseguenza la procedura di rename in modo da minimizzare l'impatto sull'utenza.	IT	Dal mese di marzo sono iniziate le attività di analisi. Entro il 31/12/2016 sarà concluso lo studio di fattibilità di rename e, se aziendalemente opportuno e tecnicamente attuabile, sarà rinominato il dominio Active Directory in asuits.it. Certificazione di funzionamento responsabile struttura.
10. Migrazione PC e utenti exAAS1	Avviare l'attività di migrazione dei client e degli utenti afferenti alla ex AAS1 nel dominio MS Active Directory ASUITS, in modo da poter impostare e condividere politiche di sicurezza centralizzate uniche aziendali, nonché risorse di rete e sistemistiche, allo scopo di rispondere in maniera strutturata alle esigenze operative del nuovo ente.	IT  In collaborazione con Reparti dei Pc e degli utenti migrati	Dal mese di maggio sono iniziate le attività di analisi. Entro il 31/12/2016 saranno migrati nel dominio ASUITS almeno 20 PC e 20 utenti. Certificazione di funzionamento responsabile struttura.
11. Riordino Networking sedi exAAS1	Avviare l'attività di riordino delle reti dati locali delle sedi ex AAS1, allo scopo di uniformarle in termini di politiche di sicurezza centralizzate uniche aziendali. L'attività prevede la riprogettazione dei piani di indirizzamento locali e la conseguente migrazione degli host nelle nuove reti IP. Inoltre questa attività è propedeutica all'implementazione dei protocolli aziendali di disciplina e segregazione degli host, nonché di autenticazione per l'accesso alla rete.	IT	Dal mese di maggio sono iniziate le attività di analisi. Entro il 31/12/2016 le nuove reti saranno configurate su almeno un sito ex AAS1 e saranno migrati almeno 10 host.  Certificazione di funzionamento responsabile struttura.
12. Rimozione account impersonali	Cancellare tutti gli account impersonali configurati nel dominio MS Active Directory	IT	Entro il 31/12/2016 tutti gli account impersonali generici saranno nello stato di "cancellato" o

Obiettivo generale	Azione/i	Struttura/Personale coinvolto	Risultato atteso/ Indicatore / tempo
Dominio AAS1-AD	AAS1-AD ed utilizzati per l'accesso a risorse locali e di rete, in particolare PC e File Server. La procedura prevede la sostituzione degli account impersonali generici con account personali nominativi assegnati agli incaricati, coerentemente con quanto previsto dal Codice Privacy.		"disabilitato". Certificazione di funzionamento responsabile struttura.
13. Progetto nuovo Sito Internet ASUITS	Procedere all'analisi delle necessità e conseguentemente valutazione delle possibili soluzioni, con particolare riferimento all'organizzazione dei contenuti e all'architettura.	IT Comunicazione	Entro il 31/12/2016 redazione del progetto.
14. Guida all'accessibilità dei documenti ASUITS	Redazione di un documento sintetico-divulgativo che funga da guida efficace per il personale interno ASUITS alla compilazione di documenti rispondenti alle norme sull'accessibilità	IT	Entro il 31/12/2016 redazione della Guida.



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
23-149	Applicazione del Piano per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza	Tutte le strutture coinvolte dai vigenti Piani per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza sono chiamate ad adempiere a quanto previsto dagli stessi per l'esercizio in corso	TARGET: Evidenza dell'adempimento degli obblighi sulla base di quanto dettagliatamente previsto dai richiamati piani per il Centro di Responsabilità  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Certificazione dell'adempimento degli obblighi da parte del Responsabile anticorruzione anche sulla base di una specifica relazione prodotta dal Direttore del CdR
24-151	Governo delle risorse assegnate	Monitoraggio del Budget di risorsa assegnato.  Azioni  Vengono trasmessi al Controllo di gestione i dati necessari alla produzione dei tre rendiconti quadrimestrali 2016	TARGET: Evidenza dei report inviati  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Certificazione da parte del controllo di Gestione
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruite / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
9-30	3.4.1 Insufficienze d' organo e trapianti - FEGATO	Centralizzazione e gestione dei campioni biologici dei pazienti con malattie croniche del fegato.  Azioni  Redazione progetto per attivare e gestire la sieroteca per la conservazione dei sieri	Centralizzazione e gestione dei campioni biologici dei pazienti con malattie croniche del fegato.  Azioni  Redazione progetto per attivare e gestire la sieroteca per la conservazione dei sieri
19-74	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza, qualità ed efficienza dell'attività	Inserimento schede pazienti PAM (Patient Activation Measure) in database aziendale.  Azioni  Stesura progetto da condividere con SC Informatica e Telecomunicazioni (Obiettivo assegnato a SC Chir Toracica).  Avvio registrazioni	Inserimento schede pazienti PAM (Patient Activation Measure) in database aziendale.  Azioni  Stesura progetto da condividere con SC Informatica e Telecomunicazioni (Obiettivo assegnato a SC Chir Toracica).  Avvio registrazioni
19-106	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza, qualità ed efficienza dell'attività	Avvio della tele-consultazione tra le strutture radiologiche di AAS2 (Ospedale di Gorizia/Monfalcone) e specifici settori clinici dell'Ospedale (attività Hub di ASUITs)  Azioni  Implementare i casi d'uso consultazione/visualizzazione di referti e immagini negli ambiti inter-aziendale ed emergenziale (progetto di integrazione nel sistema PACS Regionale dell'area isontina e triestina – ASUITs struttura Hub)  - Teleconsulto Gorizia/Monfalcone per casi di elezione complessi (nella fascia oraria 8-20 dei giorni feriali)  - Trasmissione immagini da Gorizia/Monfalcone per visione da parte dello specialista di ASUITs	Avvio della tele-consultazione tra le strutture radiologiche di AAS2 (Ospedale di Gorizia/Monfalcone) e specifici settori clinici dell'Ospedale (attività Hub di ASUITs)  Azioni  Implementare i casi d'uso consultazione/visualizzazione di referti e immagini negli ambiti inter-aziendale ed emergenziale (progetto di integrazione nel sistema PACS Regionale dell'area isontina e triestina – ASUITs struttura Hub)  - Teleconsulto Gorizia/Monfalcone per casi di elezione complessi (nella fascia oraria 8-20 dei giorni feriali)  - Trasmissione immagini da Gorizia/Monfalcone per visione da parte dello specialista di ASUITs



## BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti

### SC Informatica e telecomunicazioni

	Situazione al 31/07/2016		
	ex AOOTS (Unità)	ex AAS1 (Unità)	totale (Unità)
	(In forza)	(In forza)	(In forza)
dirigente ingegnere - direttore di SC	1,0		1,0
dirigente statistico		1,0	1,0
<b>Totale</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>2,0</b>

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato omnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.

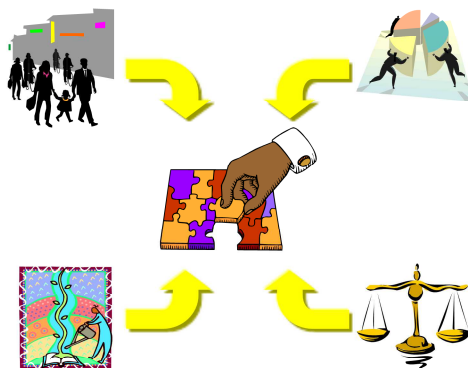


**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Informatica e telecomunicazioni**

	Situazione al 31/07/2016		
	ex AOUTS (Unità)	ex AAS1 (Unità)	totale (unità)
	(In forza)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo - B	0,0	1,0	1,0
Amministrativi - assistente amm.vo - C		2,0	2,0
Amministrativi - collab. amm.vo prof. esp. - DS		2,0	2,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	2,0	1,0	3,0
Tecnici non sanitari - op. tec. - B	1,0		1,0
Tecnici non sanitari - ass. tec. - C	4,0	2,0	6,0
Tecnici non sanitari - programmatore - C		1,0	1,0
Tecnici non sanitari - coll. tec. prof. - D	10,0	1,0	11,0
Tecnici non sanitari - coll. tec. prof. programmatore - D		4,0	4,0
Tecnici non sanitari - coll. tec. prof. esp. programmatore - D		1,0	1,0
<b>Totale</b>	<b>17,0</b>	<b>15,0</b>	<b>32,0</b>

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

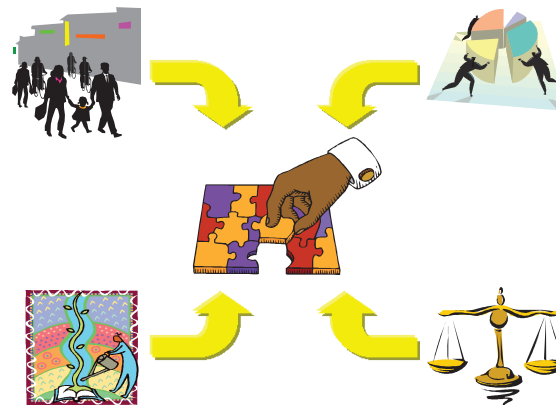


**BUDGET 2016**

**AREA OSPEDALIERA**

Servizio Sanitario Regionale

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA  
INTEGRATA DI TRIESTE



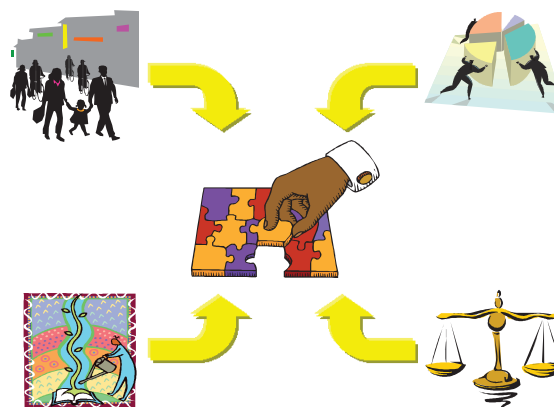
**BUDGET 2016**

**CdR: Direzione Sanitaria**

**Direttore: Dott.ssa Emanuela Fragiacomò**

Servizio Sanitario Regionale

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA  
INTEGRATA DI TRIESTE



## BUDGET 2016

**CdR: SC Direzione Medica di Presidio**

**Direttore: Dott.ssa Lucia Pelusi**



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
3-188	3.2.14 Miglioramento della sorveglianza e della prevenzione delle malattie infettive	Tutti gli ospedali partecipano ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali. Indicatori regionali monitorati e resi noti alle strutture interessate	TARGET: Evidenza della reportistica e della trasmissione di quanto richiesto dal tavolo del rischio clinico regionale	12	11	6
5-17	3.2.2 Screening Oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia - K della MAMMELLA	Portare a termine accreditamento EUSOMA della BREAST UNIT ASSEGNATO A: SS Qualità e rischio clinico (CdC)	TARGET: Accreditamento ottenuto entro l'anno.	14	14	6
6-199	3.3.2 - Accreditamento	Accreditamento istituzionale degli ospedali Azioni 1.sostenere la visita di accreditamento per il Presidio Cattinara-Maggiore di Trieste nel periodo stabilito dalla DGR 75/2016 2.effettuare la visita di conferma per l'accreditamento della branca Nefrologia e Dialisi (coincidente la visita di accreditamento dei presidi ospedalieri) ASSEGNATO A: SS Qualità e rischio clinico (CdC)	TARGET: Autorizzabilità con riserva Accreditabilità a pieno titolo	16	16	6
6-200	3.3.2 - Accreditamento	Accreditamento istituzionale Dipartimento Immunotrasfusionale Azioni Attività di guida e supporto al Dipartimento Immunotrasfusionale per sostenere la visita di accreditamento istituzionale ASSEGNATO A: SS Qualità e rischio clinico (CdC)	TARGET: Autorizzabilità e Accreditabilità	14	14	4
13-189	3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti - CUORE	Migliorare il PDTA Scopenso Cardiaco sviluppato nel 2014. Azioni audit di verifica delle codifiche SDO per ricoverati con scompenso cardiaco nelle aree non afferenti alla Cardiologia	TARGET: Presenza di report finale	14	11	4





Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-212	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriata ed efficienza dell'attività	Attivazione di un percorso dietetico per pazienti celiaci e pazienti con malattie infiammatorie intestinali  Azioni Predisposizione delle indicazioni nutrizionali da fornire al paziente celiaco e/o con malattie infiammatorie intestinali inviato dalla Gastroenterologia al Servizio di dietetica  ASSEGNATO A: DMP Servizio di dietetica (CdC)	TARGET: Presenza del materiale prodotto e relazione sull'attività svolta	100		2
20-211	3.4.7. Tempi d'attesa	Completamento della reportistica di monitoraggio dei tempi di attesa per interventi chirurgici secondo le nuove indicazioni regionali  ASSEGNATO A: DS Ufficio analisi attività sanitaria e accettazione amministrativa (CdC)	TARGET: Predisposizione della sintassi di estrazione dei tempi di attesa per patologia monitorata; produzione di almeno 4 report per SC da SDO secondo le nuove indicazioni regionali	25		2
21-185	3.4.8. Rischio clinico	Contributo al mantenimento del sistema di audit delle cartelle cliniche: trimestralmente, su indicazione della SC P&C, predisposizione delle cartelle cliniche a supporto dell'analisi e della valutazione delle performance aziendale e delle SSCC di ASUITs  ASSEGNATO A: DMP Archivio cartelle cliniche (CdC)	TARGET: Relazione conclusiva sull'attività svolta a margine delle richieste con evidenza del loro assolvimento	100		1
21-190	3.4.8. Rischio clinico	Valutazione aderenza Linee Guida Regionali: Gestione C.Difficile  Azioni Valutazione conformità gestione paziente con infezione da C. difficile con indicazioni riportate nel documento GIMPIOS mediante check list  ASSEGNATO A: DMP Servizio vigilanza sanitaria e prevenzione (CdC)	TARGET: Evidenza dei dati rilevati e loro trasmissione al tavolo del rischio clinico regionale	100		



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
21-190	3.4.8. Rischio clinico	Valutazione aderenza Linee Guida Regionali: Gestione C.Difficile  Azioni Valutazione conformità gestione paziente con infezione da C. difficile con indicazioni riportate nel documento GIMPIOS mediante check list  ASSEGNATO A: SS Qualità e rischio clinico (CdC)	TARGET: Evidenza dei dati rilevati e loro trasmissione al tavolo del rischio clinico regionale	14	14	4
21-191	3.4.8. Rischio clinico	Integrazione Lettera di dimissione con compilazione scheda fattori di rischio  Azioni Estensione dalla fase sperimentale a regime	TARGET: Evidenza dell'avvio della nuova fase. Analisi dei risultati del report conclusivo sull'adesione delle strutture di degenza.	12	11	4
21-192	3.4.8. Rischio clinico	Programmi di controllo dell'igiene delle mani  Azioni Definizione di una nuova modalità di valutazione dell'adesione all'igiene delle mani attraverso l'empowerment del personale afferente alle strutture Raccolta dati al tempo zero (I Trimestre) e a fine anno Autovalutazione interna nelle strutture e servizi clinici con produzione di reportistica finale	TARGET: Raccolta dati al tempo zero (I Trimestre) e a fine anno  Verifica dell'autovalutazione interna nelle strutture e servizi clinici con produzione di reportistica finale	14	11	4
21-193	3.4.8. Rischio clinico	Prevenire gli errori in terapia con i farmaci antineoplastici e di migliorare la compliance dei professionisti con le raccomandazioni nazionali sulla sicurezza.  Azioni Attività di supporto alla Direzione Strategica e alle SSCC Farmacia, Oncologia, Ematologia, Dip.Tecnico e ITC nella fase di avvio della nuova UFA	TARGET: Evidenza di riunioni e supporto alle decisioni	12	11	4
21-194	3.4.8. Rischio clinico	Rischio biologico (infortuni)  Azioni La costituzione della nuova azienda impone una omologazione tra la procedura ospedaliera e territoriale. Predisposizione di un protocollo condiviso tra ospedale e territorio	TARGET: Stesura del protocollo	12	11	6



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
21-195	3.4.8. Rischio clinico	Gestione rifiuti in area ospedaliera Azioni Formazione sul campo in materia di gestione dei rifiuti e rischio biologico inerente infortuni.	TARGET: Formazione sul campo Report delle strutture visitate	12	11	6
21-198	3.4.8. Rischio clinico	Rispetto delle nuove disposizioni procedure trasfusionali Azioni Implementazione del decreto 2 novembre 2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti" Obiettivo condiviso tra SC DMP e Dip di med Trasfusionale	TARGET: Pubblicazione procedure e documenti aggiornati rispondenti alla nuova normativa		11	4
21-201	3.4.8. Rischio clinico	Progetto Polifarmacoterapia nell'anziano: indagine di prevalenza 2016 Azioni 1.Raccolta dati novembre 2016 2.Trasmissione dati in Regione ASSEGNATO A: SS Qualità e rischio clinico (CdC)	TARGET: Raccolta e trasmissione dei dati secondo la tempistica regionale	14	14	4
21-206	3.4.8. Rischio clinico	Revisione dei registri operatori Azioni Controllo della correttezza e completezza della compilazione dei registri operatori delle SSCC di ASUITS ASSEGNATO A: SS Controllo qualità servizi in outsourcing	TARGET: 100% dei registri controllati e riconsegnati ai reparti		33	2



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
22-202	3.5 Assistenza farmaceutica	<p>Programma Riconciliazione farmacologica</p> <p>Azioni Definizione e adozione da parte di AOUTs e AAS1 di almeno una modalità di riconciliazione trasversale integrata territorio ospedale e basata sulla raccomandazione 17 che contenga le azioni riferite alle 3 fasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricognizione;</li> <li>• Riconciliazione;</li> <li>• Comunicazione.</li> </ul> <p>ASSEGNATO A: SS Qualità e rischio clinico (CdC)</p>	TARGET: Presenza di documento	14	14	4
26-196	Integrazione delle funzioni territoriali e ospedaliere	<p>Gestione omogenea dei rifiuti nel nuovo assetto aziendale (ASUITS)</p> <p>Azioni Riorganizzazione del servizio aziendale (ASUITS) in materia di gestione dei rifiuti</p>	TARGET: Entro fine anno avvio di un servizio unico con protocollo condiviso	12	12	8
26-203	Integrazione delle funzioni territoriali e ospedaliere	<p>Definire in ASUI un unico piano annuale del rischio clinico e garantire il monitoraggio degli indicatori concordati a livello regionale</p> <p>Azioni Disponibilità di un unico piano di miglioramento del rischio clinico aziendale Partecipazione ai monitoraggi regionali</p> <p>ASSEGNATO A: SS Qualità e rischio clinico (CdC)</p>	TARGET: Presenza del documento	14	14	6



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
27-204	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	<p>Effettuazione dei controlli sui servizi in outsourcing</p> <p>Azioni Verifica controllo delle attività svolte dalle ditte in Outsourcing, in particolare dal global economale e dalla ristorazione</p> <p>ASSEGNATO A: SS Controllo qualità servizi in outsourcing</p>	<p>TARGET: Pulizie: almeno 125 controlli per quadrimestre All'Ospedale di Cattinara e 80 all'Ospedale Maggiore.</p> <p>Rifiuti: 100 controlli all'anno all'Ospedale di Cattinara e 70 all'Ospedale Maggiore</p> <p>Ristorazione: 5 controlli /anno al terminale della cucina di Cattinara, mense, bar. Controlli a campione sui carrelli vitto di reparto</p> <p>Lavano: almeno 2 controlli /anno al guardaroba di presidio</p>	50	34	2
27-205	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	<p>Partecipazione alle richieste di EGAS sui capitolati</p> <p>Azioni Stesura e rielaborazione di capitolati di appalti e partecipazione alle commissioni di EGAS come ASUITS , nonché incontri con le ditte vincitrici preventive alla partenza della nuova gara</p> <p>ASSEGNATO A: DMP Centro servizi interni (CdC)</p>	<p>TARGET: Relazione sull' attività svolta – stesura capitolati o partecipazione a commissioni di gara</p>	50		
27-205	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	<p>Partecipazione alle richieste di EGAS sui capitolati</p> <p>Azioni Stesura e rielaborazione di capitolati di appalti e partecipazione alle commissioni di EGAS come ASUITS , nonché incontri con le ditte vincitrici preventive alla partenza della nuova gara</p> <p>ASSEGNATO A: SS Controllo qualità servizi in outsourcing</p>	<p>TARGET: Relazione sull' attività svolta – stesura capitolati o partecipazione a commissioni di gara</p>	50	33	2



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
27-208	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	<p>Monitoraggio giornaliero delle dimissioni dalle SSCC di Medicina Interna e dalla Medicina d'urgenza a supporto delle criticità relative ai fuori reparto e al PS</p> <p>Azioni Sulla base della documentazione relativa ai movimenti dei pazienti, inserimento puntuale del dato e elaborazione report dimessi - deceduti - trasferiti dalle SSCC di Medicina Interna e report trasferiti - dimessi dalla Medicina d'urgenza</p> <p>ASSEGNATO A: DS Ufficio analisi attività sanitaria e accettazione amministrativa (CdC)</p>	TARGET: Evidenza dei report settimanali	25		2
27-209	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	<p>Estrazione e correzione degli errori logico formali su SDO</p> <p>Azioni Da Sissr estrazione SDO mensili e elaborazione report su errori logico formali; correzione in ADT-SIASI degli errori rilevati</p> <p>ASSEGNATO A: DS Ufficio analisi attività sanitaria e accettazione amministrativa (CdC)</p>	TARGET: Evidenza dei report mensili elaborati e delle verifiche effettuate	25		2
27-213	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	<p>Riorganizzazione logistica del materiale librario.</p> <p>Azioni •riallocazione negli spazi già esistenti e in quelli di nuova predisposizione •spostamento dalla zona lettura agli archivi del materiale aa.2000-2010</p> <p>ASSEGNATO A: DMP Biblioteca centrale HC (CdC)</p>	TARGET: Evidenza dell'attività svolta	100		1
30-210	Sviluppo del sistema informativo	<p>Elaborazione della reportistica di monitoraggio degli indicatori di sala operatoria</p> <p>ASSEGNATO A: DS Ufficio analisi attività sanitaria e accettazione amministrativa (CdC)</p>	TARGET: Elaborazione report per singola Struttura Complessa chirurgica. Elaborazione ed invio di almeno 3 report all'anno	25		2



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
30-214	Sviluppo del sistema informativo	Corretto ed efficiente utilizzo del sistema ADT Azioni Controllo giornaliero del puntuale aggiornamento in ADT dei posti letto ASSEGNATO A: DMP Centro servizi interni (CdC)	TARGET: Predisposizione report e invio ai reparti e alla Direzione Strategica	50		2
<b>Peso totale</b>				<b>(*)</b>	<b>(*)</b>	<b>100</b>

(\*) Per Comparto e Dirigenti il peso totale è riferito alle singole articolazioni indicate negli obiettivi. Ogni articolazione la somma dei pesi è pari a 100



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
23-149	Applicazione del Piano per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza	Tutte le strutture coinvolte dai vigenti Piani per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza sono chiamate ad adempiere a quanto previsto dagli stessi per l'esercizio in corso	TARGET: Evidenza dell'adempimento degli obblighi sulla base di quanto dettagliatamente previsto dai richiamati piani per il Centro di Responsabilità  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Certificazione dell'adempimento degli obblighi da parte del Responsabile anticorruzione anche sulla base di una specifica relazione prodotta dal Direttore del CdR
23-207	Applicazione del Piano per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza	Commissione Sponsorizzazione  Azioni Partecipazione all'attività della commissione e invio ai reparti dell'esito delle valutazioni	TARGET: Evidenza della partecipazione agli incontri mensili
27-197	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	Attuazione delle riorganizzazioni logistiche al fine di garantire il piano ferie estivo Azioni Riorganizzazione, trasferimenti di SC all'interno del comprensorio di Cattinara 1.Chiusura di un piano di degenza in torre chirurgica; 2.Trasferimento clinica ortopedica dalla torre chirurgica a quella medica; 3.Trasferimento PS Urologico dalla torre medica a quella chirurgica; 4.Trasferimento di piano della SC III medica.	TARGET: Relazione finale su trasferimenti effettuati
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).





Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
11-38	3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti	<p>Sicurezza in sala operatoria nel processo di donazione in linea con il progetto di miglioramento promosso dal CRT FVG, con l'obiettivo di uniformare i protocolli organizzativi e le check list dei materiali e dei presidi sanitari delle sedi regionali di prelievo di organi e tessuti.</p> <p>Azioni Adeguamento delle procedure aziendali di donazione e prelievo di organi al progetto di miglioramento regionale del CRT regionale: Integrare la documentazione del protocollo aziendale per il donatore di organi con definizione di una nuova matrice di responsabilità che coinvolga il personale delle strutture interessate Aggiornare il personale Adeguare le dotazioni tecniche e strumentali, riorganizzazione delle procedure operative in recepimento delle nuove check list regionali condivise</p> <p>Obiettivo assegnato a SC ARTA e Complesso operatorio</p>	<p>Sicurezza in sala operatoria nel processo di donazione in linea con il progetto di miglioramento promosso dal CRT FVG, con l'obiettivo di uniformare i protocolli organizzativi e le check list dei materiali e dei presidi sanitari delle sedi regionali di prelievo di organi e tessuti.</p> <p>Azioni Adeguamento delle procedure aziendali di donazione e prelievo di organi al progetto di miglioramento regionale del CRT regionale: Integrare la documentazione del protocollo aziendale per il donatore di organi con definizione di una nuova matrice di responsabilità che coinvolga il personale delle strutture interessate Aggiornare il personale Adeguare le dotazioni tecniche e strumentali, riorganizzazione delle procedure operative in recepimento delle nuove check list regionali condivise</p> <p>Obiettivo assegnato a SC ARTA e Complesso operatorio</p>
19-90	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure: Implementazione nell'Ospedale di Cattinara di un protocollo specifico per il trattamento delle varici esofagee</p> <p>Azioni - Definire e condividere entro il primo semestre dell'anno, con le strutture di Gastroenterologia e Medicina d'Urgenza, un protocollo intra-ospedaliero sulla "legatura varici esofagee in pazienti con ipertensione portale" - Applicare nel secondo semestre del 2016 il protocollo di trattamento</p> <p>Obiettivo assegnato a SC Clinica Patologie del Fegato (UCO), SC Medicina d'urgenza e SC Gastroenterologia</p>	<p>Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure: Implementazione nell'Ospedale di Cattinara di un protocollo specifico per il trattamento delle varici esofagee nei pazienti che accedono in regime di emergenza/urgenza</p> <p>Azioni - Definire e condividere entro il primo semestre dell'anno, con le strutture di Gastroenterologia e Medicina d'Urgenza, un protocollo intra-ospedaliero sulla "legatura varici esofagee in pazienti con ipertensione portale" - Applicare nel secondo semestre del 2016 il protocollo di trattamento</p> <p>Obiettivo assegnato a SC Clinica Patologie del Fegato (UCO), SC Medicina d'urgenza e SC Gastroenterologia</p>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
21-125	3.4.8. Rischio clinico	Rischio clinico/sicurezza: Adeguamento della struttura di Anatomia Patologica con particolare riguardo ai settori operativi alle zone di manipolazione della formalina in ottemperanza al recepimento della del REGOLAMENTO (UE) N. 605/2014 DELLA COMMISSIONE del 5 giugno 2014" (G.U. dell'UE del 06.06.2014) Riduzione del rischio associato ad esposizione a formalina e ristrutturazione degli ambienti senza interruzione delle attività diagnostiche	Rischio clinico/sicurezza: Adeguamento della struttura di Anatomia Patologica con particolare riguardo ai settori operativi alle zone di manipolazione della formalina in ottemperanza al recepimento della del REGOLAMENTO (UE) N. 605/2014 DELLA COMMISSIONE del 5 giugno 2014" (G.U. dell'UE del 06.06.2014) Riduzione del rischio associato ad esposizione a formalina e ristrutturazione degli ambienti senza interruzione delle attività diagnostiche
21-135	3.4.8. Rischio clinico	Definire con la struttura di IT aziendale una proposta di cartella clinica assistenziale integrata per le attività di Day Hospital della SC Clin. Pat. Del fegato	Definire con la struttura di IT aziendale una proposta di cartella clinica assistenziale integrata per le attività di Day Hospital della SC Clin. Pat. Del fegato
27-164	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	Riorganizzazione del servizio: Trasferimento Archivi dell'Anatomia Patologica presso locali ex "archivio Cartelle Cliniche" di via Travnik.  Azioni Adeguare i locali con mantenimento in loco (presso l'archivio generale Anatomia Patologica di Cattinara) soltanto degli ultimi 3 anni di attività	Riorganizzazione del servizio: Trasferimento Archivi dell'Anatomia Patologica presso locali ex "archivio Cartelle Cliniche" di via Travnik.  Azioni Adeguare i locali con mantenimento in loco (presso l'archivio generale Anatomia Patologica di Cattinara) soltanto degli ultimi 3 anni di attività



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Direzione Medica di Presidio**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo - B	2,8	2,8	3,0	4,0
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	7,0	7,0	7,0	7,0
Amministrativi - ass. amm.vo - C	7,0	6,6	7,0	7,0
Amministrativi - coll. amm.vo prof.le - D	2,0	2,0	2,0	1,0
Assistenti sanitari - coll. prof. san. ass. san. - D	5,0	4,9	5,0	5,0
Dietisti - coll. prof. san. dietista - D	3,0	3,0	3,0	4,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	5,7	5,7	6,0	9,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	3,6	3,6	4,0	3,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	4,0	3,7	4,0	4,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	5,7	5,5	6,0	7,0
Personale Riabilitazione - coll. prof. san. esperto fisioterapista - DS	1,0	1,0	1,0	1,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	20,8	19,8	21,0	21,0
Tecnici non sanitari - op. tec. - B	2,0	1,8	2,0	2,0
Tecnici non sanitari - op. tec. spec. serv. gen - BS	2,4	2,2	2,0	2,0
Tecnici non sanitari - op. tec. spec. esperto - C	0,6	0,5	0,0	0,0
<b>Totale</b>	<b>72,5</b>	<b>70,2</b>	<b>73,0</b>	<b>77,0</b>

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

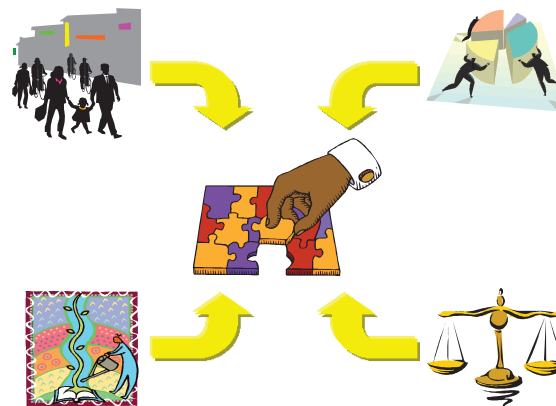


**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti**

**SC Direzione Medica di Presidio**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico - direttore di SC	2,0	0,0	2,0	1,0
dirigente medico	7,0	7,0	7,0	7,0
<b>Totale</b>	<b>9,0</b>	<b>7,0</b>	<b>9,0</b>	<b>8,0</b>

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.



## BUDGET 2016

**CdR: SC Pronto soccorso**

**Direttore: Dott. Walter Zalukar**



## Budget 2016 - Parte 1 - Sintesi dati ed indicatori di funzionalità Pronto Soccorso e CPC

ACCESSI	Pazienti trattati ambulatorialmente				
	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta	delta %
Totale PS HC+HM	53.673	23.540	31.795	8.255	35,1
di cui PS Cattinara	35.159	14.919	21.315	6.396	42,9
di cui PS Maggiore	18.514	8.621	10.480	1.859	21,6
CPC	3.988	1.904	2.141	237	12,4
Totale AOU OO RR +CPC	57.661	25.444	33.936	8.492	33,4

	Pazienti trattati in oss. temporanea				
	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta	delta %
	11.101	7.967	3.190	-4.777	-60,0
	9.414	6.620	2.968	-3.652	-55,2
	1.687	1.347	222	-1.125	-83,5
	399	306	69	-237	-77,5
	11.500	8.273	3.259	-5.014	-60,6

	Totale pazienti transitati in PS (compresi Percorsi Brevi)				
	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta	delta %
	64.774	31.507	34.985	3.478	11,0
	44.573	21.539	24.283	2.744	12,7
	20.201	9.968	10.702	734	7,4
	4.387	2.210	2.210	0	0,0
	69.161	33.717	37.195	3.478	10,3

CASI RICOVERATI	Pazienti ricoverati dopo amb.				
	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta	delta %
Totale PS HC+HM	10.217	3.795	6.858	3.063	80,7
di cui PS Cattinara	9.648	3.590	6.469	2.879	80,2
di cui PS Maggiore	569	205	389	184	89,8
CPC	74	25	41	16	64,0
Totale AOU OO RR +CPC	10.291	3.820	6.899	3.079	80,6

	Pazienti ricoverati dopo OT				
	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta	delta %
	3.886	3.261	673	-2.588	-79,4
	3.601	3.022	646	-2.376	-78,6
	285	239	27	-212	-88,7
	48	31	8	-23	-74,2
	3.934	3.292	681	-2.611	-79,3

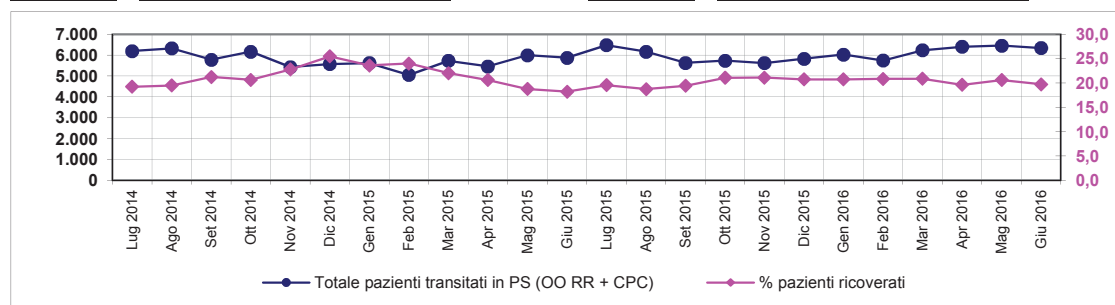
	Totale pazienti ricoverati				
	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta	delta %
	14.103	7.056	7.531	475	6,7
	13.249	6.612	7.115	503	7,6
	854	444	416	-28	-6,3
	122	56	49	-7	-12,5
	14.225	7.112	7.580	468	6,6

% CASI RICOVERATI	% pazienti ricoverati/transitati amb.			
	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta
Totale PS HC+HM	19,0	16,1	21,6	5,4
di cui PS Cattinara	27,4	24,1	30,3	6,3
di cui PS Maggiore	3,7	2,4	3,7	1,3
CPC	1,9	1,3	1,9	0,6
Totale AOU OO RR +CPC	17,8	15,0	20,3	5,3

	% pazienti ricoverati/trattati in OT			
	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta
	35,0	40,9	21,1	-19,8
	38,3	45,6	21,8	-23,9
	16,9	17,7	12,2	-5,6
	12,0	10,1	11,6	1,5
	34,2	39,8	20,9	-18,9

	% pazienti ricoverati/transitati			
	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta
	21,8	22,4	21,5	-0,9
	29,7	30,7	29,3	-1,4
	4,2	4,5	3,9	-0,6
	2,8	2,5	2,2	-0,3
	20,6	21,1	20,4	-0,7

DECEDUTI	Pazienti deceduti				
	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta	delta %
Totale PS HC+HM	68	39	31	-8	-20,5
di cui PS Cattinara	65	38	30	-8	-21,1
di cui PS Maggiore	3	1	1	0	0,0
CPC	0	0	0	0	--
Totale AOU OO RR +CPC	68	39	31	-8	-20,5

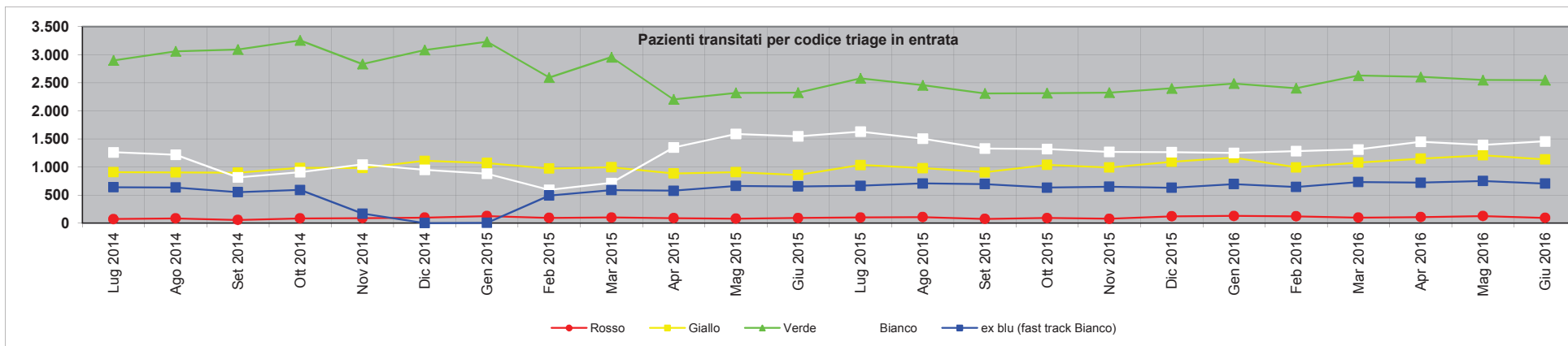


L'identificazione dei percorsi brevi (ex blu) è stata sospesa da nov. 2014 a gen. 2015 in seguito alla sostituzione dei software. Da febbraio 2015 è ripresa. Pertanto i dati relativi a questa tipologia di casi non è perfettamente confrontabile nei due esercizi.

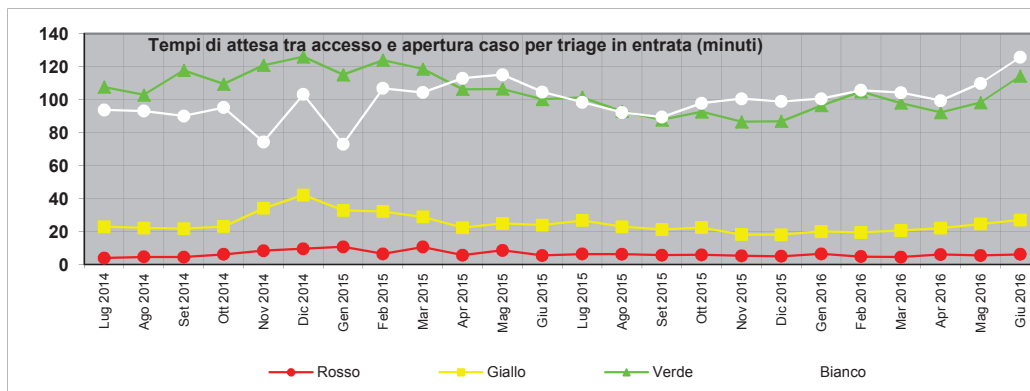


## Budget 2016 - Parte 1 - Sintesi dati ed indicatori di funzionalità per codice triage Pronto Soccorso (escluso CPC)

ACCESSI	Pazienti trattati ambulatorialmente					Pazienti trattati in oss. temporanea					Totale pazienti transitati in PS				
	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta	delta %	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta	delta %	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta	delta %
<b>Totale PS HC+HM (escl. CPC)</b>	<b>53.673</b>	<b>23.540</b>	<b>31.795</b>	<b>8.255</b>	<b>35,1</b>	<b>11.101</b>	<b>7.967</b>	<b>3.190</b>	<b>-4.777</b>	<b>-60,0</b>	<b>64.774</b>	<b>31.507</b>	<b>34.985</b>	<b>3.478</b>	<b>11,0</b>
Rosso	652	115	632	517	449,6	478	452	34	-418	-92,5	1.130	567	666	99	17,5
Giallo	5.739	1.307	4.962	3.655	279,6	5.979	4.377	1.761	-2.616	-59,8	11.718	5.684	6.723	1.039	18,3
Verde	25.942	12.836	14.013	1.177	9,2	4.064	2.785	1.198	-1.587	-57,0	30.006	15.621	15.211	-410	-2,6
Bianco	14.400	6.314	7.944	1.630	25,8	577	351	197	-154	-43,9	14.977	6.665	8.141	1.476	22,1
Blu PSNET o Percorsi brevi SEI	6.935	2.965	4.240	1.275	43,0	0	0	0	0	--	6.935	2.965	4.240	1.275	43,0
Nero	5	3	4	1	33,3	3	2	0	-2	-100,0	8	5	4	-1	-20,0



TEMPI MEDI DI ATTESA (*)	Tempi di attesa tra accesso e apertura caso (minuti)				
	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta	delta %
<b>Totale PS HC+HM (escl. CPC e BLU)</b>	<b>90,6</b>	<b>104,0</b>	<b>86,3</b>	<b>-17,7</b>	<b>-17,0</b>
Rosso	6,9	8,1	5,5	-2,5	-31,4
Giallo	24,6	27,7	22,3	-5,4	-19,5
Verde	102,1	112,3	100,5	-11,8	-10,5
Bianco	99,9	104,8	107,7	2,9	2,8



(\*) sono stati esclusi dal calcolo i codici blu (Percorsi brevi SEI)

NB: i tempi di attesa tra accesso e apertura caso sono stati calcolati escludendo i casi con attesa anomala (oltre i 360 minuti)

L'identificazione dei percorsi brevi (ex blu) è stata sospesa da nov. 2014 a gen. 2015 in seguito alla sostituzione dei software. Da febbraio 2015 è ripresa. Pertanto i dati relativi a questa tipologia di casi non è perfettamente confrontabile nei due esercizi.



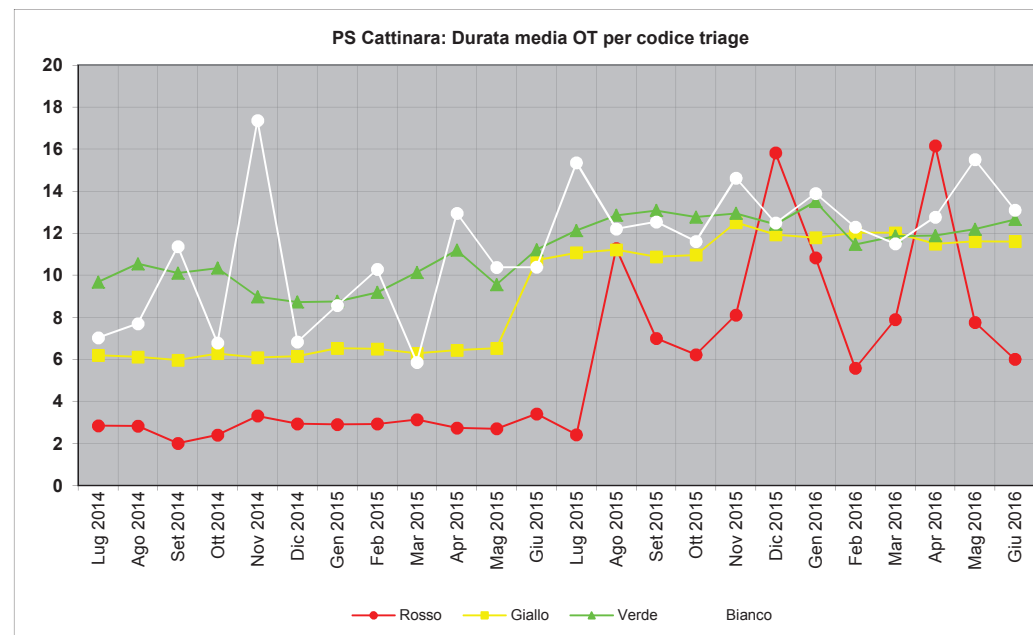
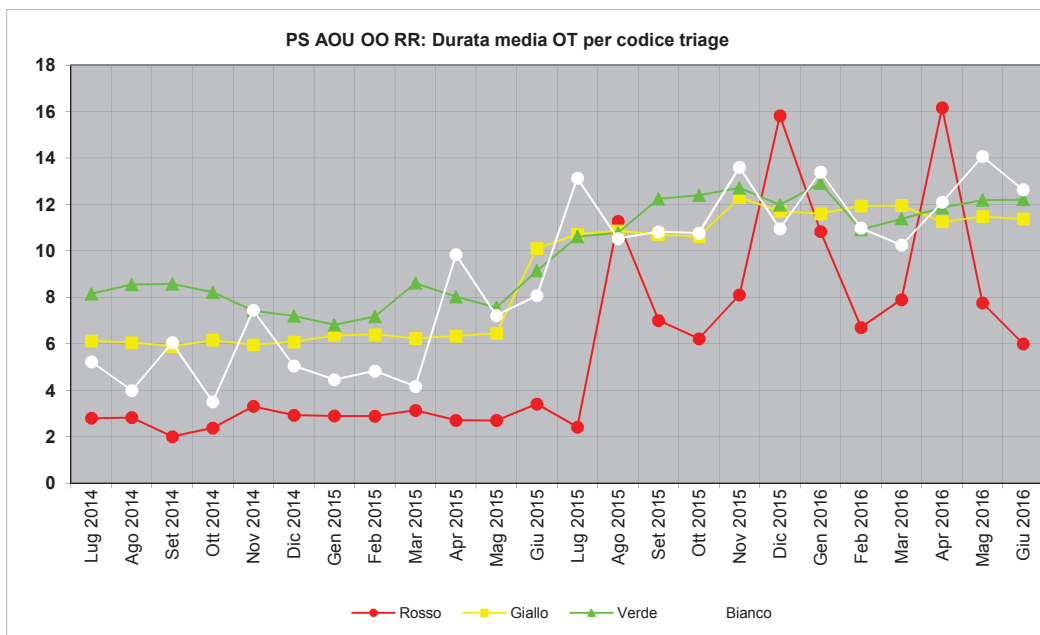


## Budget 2016 - Parte 1 - Sintesi dati ed indicatori di funzionalità per codice triage Pronto Soccorso (escluso CPC)

ACCESSI	Pazienti trattati in oss. temporanea				
	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta	delta %
Totale PS HC+HM (escl. CPC)	11.101	7.967	3.190	-4.777	-60,0
Rosso	478	452	34	-418	-92,5
Giallo	5.979	4.377	1.761	-2.616	-59,8
Verde	4.064	2.785	1.198	-1.587	-57,0
Bianco	577	351	197	-154	-43,9
Blu PSNET o Percorsi brevi SEI	0	0	0	0	--

Durata media oss. temporanea (ore)				
Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta	delta %
8,2	6,8	11,7	4,9	71,1
3,2	2,9	8,5	5,6	194,0
7,8	6,6	11,6	5,0	75,6
9,0	7,8	11,9	4,1	53,0
9,0	7,3	12,1	4,8	66,6
===	===	===		

Durata media oss. temporanea (ore) SOLO CATTINARA				
Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta	delta %
8,8	7,5	12,0	4,5	60,3
3,2	2,9	8,3	5,4	187,3
8,0	6,7	11,8	5,0	74,8
10,9	9,9	12,3	2,4	24,0
12,0	10,7	13,0	2,3	21,3
===	===	===		



Note: la durata media dell'osservazione temporanea è stata calcolata escludendo i casi con durata dell'osservazione inferiore a 15 minuti

L'identificazione dei percorsi brevi (ex blu) è stata sospesa da nov. 2014 a gen. 2015 in seguito alla sostituzione dei software. Da febbraio 2015 è ripresa. Pertanto i dati relativi a questa tipologia di casi non è perfettamente confrontabile nei due esercizi.



## Budget 2016 - Parte 1 - Dettaglio mensile dati ed indicatori di funzionalità Pronto Soccorso (escluso CPC)

ACCESSI PER TRIAGE	Totale pazienti transitati in PS																							
	Lug 2014	Ago 2014	Set 2014	Ott 2014	Nov 2014	Dic 2014	Gen 2015	Feb 2015	Mar 2015	Apr 2015	Mag 2015	Giu 2015	Lug 2015	Ago 2015	Set 2015	Ott 2015	Nov 2015	Dic 2015	Gen 2016	Feb 2016	Mar 2016	Apr 2016	Mag 2016	Giu 2016
Totale PS HC+HM (escl. CPC)	5.777	5.898	5.410	5.819	5.115	5.236	5.305	4.734	5.350	5.097	5.552	5.469	6.004	5.751	5.309	5.392	5.304	5.507	5.722	5.440	5.844	6.028	6.023	5.928
Rosso	71	84	54	82	88	96	124	91	99	86	77	90	98	106	74	89	75	121	127	120	97	107	124	91
Giallo	908	901	899	984	980	1.108	1.069	972	995	884	907	857	1.034	978	904	1.036	990	1.092	1.164	993	1.077	1.148	1.208	1.133
Verde	2.898	3.060	3.091	3.256	2.834	3.083	3.229	2.591	2.956	2.202	2.319	2.324	2.580	2.456	2.310	2.316	2.323	2.400	2.485	2.402	2.627	2.604	2.548	2.545
Bianco	1.261	1.218	815	908	1.044	948	880	591	714	1.346	1.587	1.547	1.629	1.504	1.328	1.319	1.269	1.263	1.251	1.283	1.312	1.448	1.392	1.455
Blu PSNET o Percorsi brevi SEI	639	635	550	589	168	0	3	489	586	575	661	651	663	706	693	632	647	629	695	642	731	719	750	703
Nero	0	0	1	0	1	1	0	0	0	4	1	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	2	1	1

ACCESSI PER REGIME	Totale pazienti transitati in PS																							
	Lug 2014	Ago 2014	Set 2014	Ott 2014	Nov 2014	Dic 2014	Gen 2015	Feb 2015	Mar 2015	Apr 2015	Mag 2015	Giu 2015	Lug 2015	Ago 2015	Set 2015	Ott 2015	Nov 2015	Dic 2015	Gen 2016	Feb 2016	Mar 2016	Apr 2016	Mag 2016	Giu 2016
Totale PS HC+HM (escl. CPC)	5.777	5.898	5.410	5.819	5.115	5.236	5.305	4.734	5.350	5.097	5.552	5.469	6.004	5.751	5.309	5.392	5.304	5.507	5.722	5.440	5.844	6.028	6.023	5.928
di cui succ. ricoverati	1.184	1.223	1.223	1.265	1.233	1.414	1.321	1.198	1.252	1.115	1.115	1.055	1.255	1.140	1.088	1.194	1.172	1.198	1.244	1.189	1.291	1.248	1.320	1.239
Ambulatoriali	4.204	4.334	3.894	4.141	3.667	3.725	3.738	3.324	3.846	3.725	4.098	4.809	5.422	5.216	4.832	4.869	4.799	4.995	5.183	4.933	5.304	5.511	5.470	5.394
di cui succ. ricoverati	536	559	583	574	578	691	620	534	608	569	536	928	1.145	1.050	995	1.085	1.048	1.099	1.145	1.078	1.183	1.134	1.196	1.122
Osservazione temporanea	1.573	1.564	1.516	1.678	1.448	1.511	1.567	1.410	1.504	1.372	1.454	660	582	535	477	523	505	512	539	507	540	517	553	534
di cui succ. ricoverati	648	664	640	691	655	723	701	664	644	546	579	127	110	90	93	109	124	99	99	111	108	114	124	117

TEMPI MEDI DI ATTESA	Tempi di attesa tra accesso e apertura caso																							
	Lug 2014	Ago 2014	Set 2014	Ott 2014	Nov 2014	Dic 2014	Gen 2015	Feb 2015	Mar 2015	Apr 2015	Mag 2015	Giu 2015	Lug 2015	Ago 2015	Set 2015	Ott 2015	Nov 2015	Dic 2015	Gen 2016	Feb 2016	Mar 2016	Apr 2016	Mag 2016	Giu 2016
Totale PS HC+HM (escl. CPC)	77,7	76,0	83,6	79,5	87,1	100,2	87,9	96,1	94,3	89,3	91,9	85,7	83,7	77,0	73,7	76,6	74,2	72,0	76,9	84,3	80,9	76,6	81,6	95,3
Rosso	3,8	4,5	4,5	6,1	8,3	9,5	10,7	6,4	10,6	5,6	8,5	5,4	6,3	6,2	5,6	5,8	5,3	5,0	6,4	4,8	4,4	6,0	5,4	6,1
Giallo	22,9	22,2	21,7	23,0	34,0	42,1	32,8	32,1	28,9	22,3	24,9	23,9	26,7	22,9	21,1	22,4	18,1	18,1	20,0	19,4	20,6	22,0	24,5	27,0
Verde	107,6	102,9	117,8	109,5	120,9	125,9	115,1	123,9	118,6	106,3	106,5	100,2	101,5	92,9	87,8	92,5	86,5	86,9	96,3	104,8	97,9	92,2	98,2	114,3
Bianco	93,7	93,1	90,1	95,2	74,3	103,2	73,0	106,9	104,4	113,0	115,1	104,6	98,4	92,2	89,4	97,8	100,5	98,9	100,6	105,7	104,2	99,3	109,8	125,8
Blu PSNET o Percorsi brevi SEI	1,7	1,5	2,0	1,3	1,1	===	===	5,0	===	3,0	===	===	===	===	78,0	===	===	1,0	===	===	===	===	3,0	4,0

L'identificazione dei percorsi brevi (ex blu) è stata sospesa da nov. 2014 a gen. 2015 in seguito alla sostituzione dei software. Da febbraio 2015 è ripresa. Pertanto i dati relativi a questa tipologia di casi non è perfettamente confrontabile nei due esercizi.



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
2-6	3.2.11. Emersione e prevenzione delle malattie	Registrazione incidenti domestici: avvio, dopo implementazione del modulo informatico specifico, della registrazione dei dati necessari a caratterizzare i pazienti vittime di incidente domestico Azioni Contribuire all'avvio del programma di prevenzione degli incidenti domestici regionale	TARGET: Il 100% degli incidenti domestici sono correttamente registrati nel modulo dell'applicativo gestionale di Pronto Soccorso (SEI) (Tempi: 01.07-31.12.2016)  Obiettivo subordinato alla disponibilità del modulo software	25	25	25
19-111	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Revisione istruzioni operative profilassi antitetanica: incremento dell'utilizzo della terapia vaccinale e contestuale diminuzione delle dosi di immunoglobuline utilizzate Azioni Avviare l'applicazione delle ISTRUZIONI OPERATIVE n° 137.16 PER LA PROFILASSI ANTITETANICA IN PS	TARGET: Numero di confezioni di vaccino somministrate nel II semestre del 2016 pari al numero di dosi di immunoglobuline somministrate nello stesso periodo dell'anno precedente	25	25	25
19-112	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Le buone pratiche cliniche (FSC): controllo dolore ed appropriatezza prescrittiva Azioni Aggiornare l'allegato delle linee guida di gestione dolore in PS (LG 135/14) Avviarne l'applicazione dal 28.5.2015 Applicare le indicazioni della Direzione sanitaria, protocollo DSC 0000335, dd. 02.02.2016	TARGET: Disponibilità del nuovo Allegato delle Linee guida di gestione del dolore (entro il 30.06.2016)  Diminuzione consumo KETOROLAC fiale 2016 versus 2015	20	20	20
21-124	3.4.8. Rischio clinico	Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede: 1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet) 2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%) 3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica	TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento  2) Risultato della survey >= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)  MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2	10	10	10



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
21-146	3.4.8. Rischio clinico	Farmacovigilanza come previsto dal DM del 30 aprile 2015 in GU n 143 del 23 giugno 2015 relativo al recepimento della normativa di farmacovigilanza  Azioni Completare la formazione del personale del Pronto soccorso ed incrementare la sensibilità all'individuazione e alla segnalazione di eventi collaterali ed avversi	TARGET: Incremento segnalazioni di ADR rispetto al 2015 (Periodo: 2016 versus 2015/2014)	20	20	20
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015 MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-174	Sviluppo delle politiche del personale	Definizione del Piano ferie nei tempi previsti e invio di un report mensile alla Direzione Infermieristica sulla situazione delle ferie fruito dal personale del Comparto	TARGET: Piano ferie prodotto nei tempi concordati
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-176	Sviluppo delle politiche del personale	Monitoraggio delle eccedenze orarie del personale del comparto al fine del contenimento delle liquidazioni entro il Budget assegnato.	TARGET: Produzione di una reportistica mensile sulle eccedenze orarie del personale del comparto con evidenza di: 1) credito orario liquidato 2) credito orario residuo
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura) secondo le scadenze concordate con la DS	TARGET: Vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
16-54	3.4.2. Emergenza urgenza	Incremento dell'attività OBG attraverso identificazione e correzione degli elementi interferenti esistenti e Riorganizzazione del punto di primo soccorso dell'Ospedale Maggiore  Indicazione comune per Pronto Soccorso, Geriatria 118 e Distretti	Incremento dell'attività OBG attraverso identificazione e correzione degli elementi interferenti esistenti e Riorganizzazione del punto di primo soccorso dell'Ospedale Maggiore  Indicazione comune per Pronto Soccorso, Geriatria 118 e Distretti
16-55	3.4.2. Emergenza urgenza	Rispetto degli standard regionali previsti per i tempi di attesa e permanenza dei codici verdi	
20-121	3.4.7. Tempi d'attesa	Appropriatezza delle prescrizioni di specialistica ORL e rispetto dei tempi d'attesa UBDP; definizione dei livelli omogenei di appropriata prescrizione tra specialisti ORL ospedalieri e territoriali in funzione dell'appropriatezza clinica nell'ambito dell'erogazione delle prestazioni e visite ORL  Azioni - Adottare un documento condiviso relativo ai criteri di priorità della visita ORL nel quale sono definiti anche i criteri di valutazione dell'appropriatezza - Organizzare un corso in/formativo clinico per medici di PS e per MMG sulle urgenze ORL in base al documento UBDP - Organizzare un corso in/formativo clinico per specialisti ORL territoriali (ex Sumaisti) sui protocolli clinico-diagnostici secondo linee guida internazionali e delle società scientifiche - Valutare l'appropriatezza prescrittiva di visita ORL da parte dei medici di Pronto soccorso e dei MMG	Appropriatezza delle prescrizioni di specialistica ORL e rispetto dei tempi d'attesa UBDP; definizione dei livelli omogenei di appropriata prescrizione tra specialisti ORL ospedalieri e territoriali in funzione dell'appropriatezza clinica nell'ambito dell'erogazione delle prestazioni e visite ORL  Azioni - Adottare un documento condiviso relativo ai criteri di priorità della visita ORL nel quale sono definiti anche i criteri di valutazione dell'appropriatezza - Organizzare un corso in/formativo clinico per medici di PS e per MMG sulle urgenze ORL in base al documento UBDP - Organizzare un corso in/formativo clinico per specialisti ORL territoriali (ex Sumaisti) sui protocolli clinico-diagnostici secondo linee guida internazionali e delle società scientifiche - Valutare l'appropriatezza prescrittiva di visita ORL da parte dei medici di Pronto soccorso e dei MMG



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Pronto soccorso**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	69,9	67,1	72,0	77,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	1,0	1,0	1,0	1,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	1,0	1,0	1,0	1,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	24,6	23,7	25,0	25,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	32,9	31,5	31,0	30,0
Tecnici non sanitari - op. tec. spec. serv. gen - BS	0,5	0,3	1,0	0,0
<b>Totale</b>	<b>129,9</b>	<b>124,5</b>	<b>131,0</b>	<b>134,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza. Ciò oltre all'assunzione di 6 ausiliari (a completamento della manovra che prevedeva nel suo complesso l'assunzione di 5 infermieri, 2 OSS e 6 ausiliari)

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").





## BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti

### SC Pronto soccorso

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico	24,4	24,0	25,0	25,0
<b>Totale</b>	<b>25,4</b>	<b>25,0</b>	<b>26,0</b>	<b>26,0</b>

#### Note sulla manovra dal 1 agosto 2016

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario, nonché la sostituzione di 1 maternità.

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.

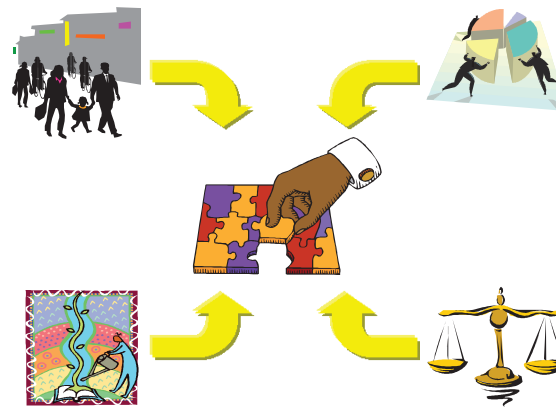


## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	102.229	0	102.229	99	16.745	182.001	0	0	301.074

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



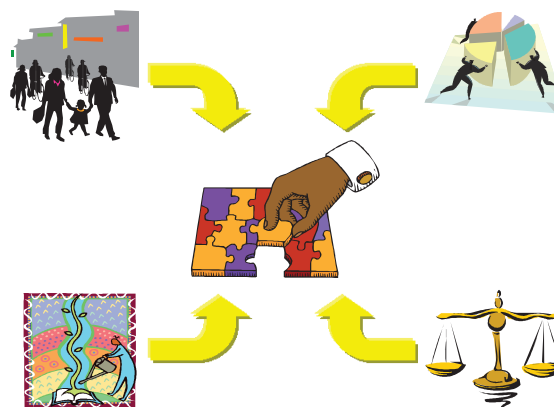
## BUDGET 2016

**CdR: SSD Technology Assessment**

**Responsabile: Dott.ssa Manuela Stroili**



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-252	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatelyzza, qualità ed efficienza dell'attività	<p>Definizione percorso diagnostico terapeutico di tipo educativo-divulgazionale rivolto alla popolazione per la diagnosi e la cura delle malattie del corpo vitreo e della retina</p> <p>Azioni            Coordinamento attività, costituzione Gruppo di lavoro            Rilevazione dati dei pazienti e bibliografia            Definizione di un Percorso con evidenziazione dei sintomi premonitori delle malattie del corpo vitreo e della retina.            Elaborazione poster elettronico rivolto alla Popolazione            Stesura Abstract sull'argomento ed invio ad Enti esterni per eventuale pubblicazione.            Trasmissione del Poster alla Direzione sanitaria aziendale per la sua valutazione.</p>	<p>TARGET: Evidenza dell'attività            Bibliografia e dati di attività entro il 2016.            Scrittura del PDT entro il 2016.            Poster elettronico in bozza elaborato entro il 2016.            Inoltro Abstract entro il 2016 per eventuale pubblicazione.            Mail d'invio del Poster entro il 2016.</p>			50
27-251	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	<p>Audit gestionale e censimento degli archivi direzionali con elaborazione di un titolario di classificazione degli atti di gestione per il servizio della Radiologia HM</p> <p>Azioni            Iniziativa, costituzione Gruppo di lavoro e coordinamento Audit gestionale per elaborazione Titolario degli Archivi            Acquisizione bibliografia            Rilevazione dati, analisi dell'attività svolta, Intervista degli Operatori professionali, sopralluoghi in Reparto            Integrazione dei dati acquisiti            Elaborazione Titolario finale di classificazione degli atti di gestione del Servizio di Radiologia</p>	<p>TARGET: Evidenza attività del gruppo di lavoro            Bibliografia. Entro il 2016.            Censimento completo dei molteplici archivi cartacei ed elettronici presenti nel Servizio di Radiologia – documento. Entro il 2016.            Classificazione scritta, documento entro il 2016.            Titolario completo della Radiologia- documento riassuntivo del lavoro svolto. Entro il 2016.</p>			50
<b>Peso totale</b>						<b>100</b>



## BUDGET 2016

**CdR: Direzione Sanitaria - altre funzioni**

**Direttore: Dott.ssa Emanuela Fragiacomò**



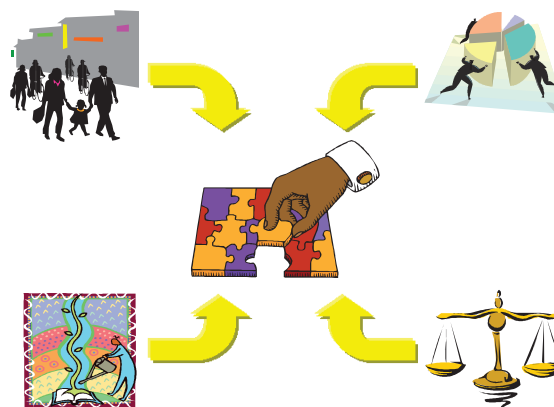
Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
26-260	Integrazione delle funzioni territoriali e ospedaliere	Supporto alla Direzione e partecipazione con la S.C. Medicina del Lavoro ed SPPA all'implementazione ed unificazione dei percorsi per il benessere dei dipendenti e/o le valutazioni stress lavoro correlato, le valutazioni di clima e gli interventi necessari conseguenti decisi in accordo con le tre strutture;	TARGET: Evidenza dell'attività svolta (relazione sulle azioni poste in essere e sui risultati conseguiti)		50	
33-261	Integrazione attività tra le strutture	Supporto alla Direzione per l'identificazione e valutazione dei bisogni di azioni e prestazioni di psicologia in relazione a specifiche patologie organiche nelle fasi di cura ed assistenza ospedaliera e di supporto alle equipe curanti	TARGET: Evidenza dell'attività svolta (relazione sulle azioni poste in essere e sui risultati conseguiti)		50	
<b>Peso totale</b>					<b>100</b>	



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-254	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatelyzza, qualità ed efficienza dell'attività	<p>Attivazione di due progetti per volontari del Servizio Civile Nazionale denominati</p> <p>1.UN AMICO AL PRONTO SOCCORSO 2.LA FORMAZIONE AL SERVIZIO DELLA SALUTE DEL CITTADINO</p> <p>Azioni</p> <p>Acquisire le domande di partecipazione ai progetti Selezionare i volontari e predisporre le graduatorie ( valutazione dei titoli e colloqui ) Predisporre le risorse aggiuntive destinate in modo specifico alla realizzazione del progetto Inserire i volontari nell'ambito dei progetti specifici Organizzare la formazione generale e specifica prevista dai progetti</p>	<p>TARGET: Inserimento in un data base dei dati relativi alle richieste di partecipazione numero di domande inserite sul numero di domande pervenute entro il 15 luglio 2016 Selezione dei volontari Numero di valutazioni effettuate Entro il 2 agosto 2016 Coordinamento con i vari uffici amministrativi e la direzione sanitaria N° di risorse aggiuntive attivate sul n° di quelle previste Entro il 30 settembre 2016</p> <p>Accompagnamento dei volontari nel processo di inserimento grado di soddisfazione dei volontari entro dicembre 2016 Organizzazione di 4 giornate di formazione generale e 40 ore di formazione specifica Somministrazione dei questionari di apprendimento e di gradimento Entro dicembre 2016</p>	50		
34-253	3.3.2. Programmazione degli interventi socio-sanitari - Riabilitazione	<p>Attività propedeutiche all'informatizzazione della scheda di valutazione multidimensionale (e relative scale) già in uso presso le due Aziende dal 2006</p> <p>Azioni</p> <p>1.Revisione della scheda multidimensionale in uso 2.Attività di benchmarking con Regione toscana sulla continuità nelle dimissioni complesse e LLGG Percorsi riabilitativi</p>	<p>TARGET: 1.Organizzazione nel primo semestre di un percorso di formazione sul campo (evidenza dell'attività) 2.Stesura di un documento finalizzato alla costruzione di un protocollo sulle dimissioni complesse (entro il 31.12.2016 / presenza del documento) 3.Individuazione degli indicatori di processo e di esito da monitorare nell'ambito dei percorsi riabilitativi (entro il 31.12.2016 / presenza del documento)</p>	50		
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>		

Servizio Sanitario Regionale

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA  
INTEGRATA DI TRIESTE



**BUDGET 2016**

**CdR: DAI Cardiovascolare**

**Direttore: Prof. Gianfranco Sinagra**





## Budget 2016 - Parte 1 - Attività DAI Cardiovascolare

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

### DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

#### Ricovero ordinario

Entrati	5.313	2.591	2.815	224	8,6
di cui accettati	4.643	2.248	2.465	217	9,7
di cui trasferiti	670	343	350	7	2,0
Usciti	5.324	2.594	2.801	207	8,0
Dimessi	3.907	1.902	2.135	233	12,3
di cui deceduti	227	108	127	19	17,6
Trasferiti	1.417	692	666	-26	-3,8
Casi trattati	5.214	2.585	2.809	224	8,7
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	32.681	16.524	17.928	1.404	8,5
Entrati usciti lo stesso giorno	246	114	120	6	5,3
Posti letto medi	114,3	113,0	119,0	6,0	5,3
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	78,9	81,3	83,3	2,0	2,5
% DRG Chirurgici	47,9	49,1	44,0	-5,1	-10,4
% DRG Medici	52,1	50,9	56,0	5,1	10,0
Peso DRG (dei dimessi)	7.333,7	3.660,9	3.839,8	179,0	4,9

#### Performance in ricovero ordinario

<i>Degenza media del caso netta</i>	6,5	6,6	6,7	0,0	0,3
<i>Deg. media preoperatoria su casi non urgenti con DRG chir.</i>	1,56	1,44	1,43	-0,01	-0,7
% dimessi outlier	1,9	1,9	1,9	0,0	0,0
Giornate di degenza outlier	1.615	801	897	96	12,0
% Giornate di degenza outlier	5,7	5,5	5,6	0,1	1,8
Giornate di degenza post dimissibilità	630	386	303	-83	-21,5
% Giornate di degenza post dimissibilità	0,4	0,4	0,4	0,0	0,0
% di ricoveri ripetuti in reparto entro 30 giorni (ric. ord.)	5,7	6,6	5,0	-1,6	-24,2

#### Ricoveri in DH

Accolti	211	118	144	26	22,0
Dimessi	211	109	129	20	18,3
Accessi	443	232	329	97	41,8
Posti letto medi	5,5	6,0	4,0	-2,0	-33,3
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	25,70	24,80	52,70	27,90	112,5
Accessi medi per caso	2,1	1,9	2,2	0,3	13,1
% DRG Chirurgici	74,40	78,90	63,60	-15,30	-19,4
% DRG medici	25,60	21,10	36,40	15,30	72,5
% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici	51,85	56,52	57,45	0,93	1,6
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	28	13	27	14	107,7
Peso DRG (dei dimessi)	221,4	106,9	128,7	21,8	20,4
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	1,050	0,980	1,000	0,020	2,0

#### Attività chirurgica

Interventi chirurgici in regime di ricovero	1.113	578	580	2	0,3
% di interventi urgenti	33,8	35,0	39,3	4,4	12,5
<i>Tasso operatorio (ric. ord. + dh)</i>	92,4	89,5	95,4	5,9	6,6



## Budget 2016 - Parte 1 - Attività DAI Cardiovascolare

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

% DRG chirurgici (ric. ord. + dh)	84,0	82,4	86,0	3,6	4,4
% Day surgery	18,5	17,2	18,5	1,3	7,6

### Caratteristiche della casistica trattata in ricovero

Peso medio DRG (ric. ord.)	1,880	1,920	1,800	-0,120	-6,2
Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)	2,880	2,920	2,850	-0,070	-2,4
Peso medio DRG Medici (ric. ord.)	0,960	0,970	0,970	0,000	0,0
% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)	37,0	35,4	36,5	1,1	3,1
% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)	24,0	25,5	25,0	-0,5	-2,0
% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)	39,0	39,1	38,5	-0,6	-1,5
% di attrazione extra Prov. Ts	31,2	32,0	31,2	-0,8	-2,5
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts	24,9	26,4	25,1	-1,2	-4,6
% di attrazione Extra Regionale	6,3	5,7	6,1	0,4	7,5

### Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)

Numero di prestazioni	34.640	17.674	18.519	845	4,8
di cui visite	2.931	1.585	1.701	116	7,3
di cui controlli	8.624	4.273	4.692	419	9,8
% di prime visite sul totale di visite e controlli	25,4	27,1	26,6	-0,5	-1,8
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)	12,2	12,4	12,3	-0,1	-0,8
% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)	7,6	7,7	7,9	0,2	2,6
% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	27,5	27,6	27,6	0,0	0,0

## DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI

### Compilazione cartella clinica

% compilazione della cartella clinica (escl. valutazione consenso trattamento dati e medici in formazione specialistica)	90,8	91,2	89,4	-1,7	-1,9
% di compilazione codice di dimissibilità	0,9	1,0	0,7	-0,3	-30,0

### Buon uso del sangue e degli emocomponenti

% mancate comunic. avvenuta trasf./utilizzo sul tot. unità cons.	3,59	4,00	2,12	-1,89	-47,2
% richieste inappropriate	1,48	1,36	1,13	-0,24	-17,4
% richieste incomplete	17,88	19,02	19,95	0,93	4,9

### Distribuzione diretta

Distribuzione diretta farmaci PHT (€)	8.965	4.746	4.849	103	2,2
Distribuzione primo ciclo: rapporto % cicli/dimessi	72	71	70	-1	-1,7

### Elogi/Segnalazioni/Reclami

Elogi	37	20	18	-2	-10,0
Segnalazioni/reclami	2	1	2	1	100,0



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
24-150	Governo delle risorse assegnate	Governo delle risorse correnti utilizzate dalle Strutture afferenti al Dipartimento	TARGET: Monitoraggio attivo del budget assegnato alle strutture del Dipartimento
31-174	Sviluppo delle politiche del personale	Definizione del Piano ferie nei tempi previsti e invio di un report mensile alla Direzione Infermieristica sulla situazione delle ferie fruito dal personale del Comparto	TARGET: Piano ferie prodotto nei tempi concordati
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-176	Sviluppo delle politiche del personale	Monitoraggio delle eccedenze orarie del personale del comparto al fine del contenimento delle liquidazioni entro il Budget assegnato.	TARGET: Produzione di una reportistica mensile sulle eccedenze orarie del personale del comparto con evidenza di: 1) credito orario liquidato 2) credito orario residuo
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) Verifica dell'adempimento da parte delle SC afferenti al DAI di quanto previsto a margine dei piani di rientro.	TARGET: Evidenza dell'invio dell'analisi e dei piani di rientro da parte delle SSCC.
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione

**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto****DAI Cardiovascolare**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo - B	0,0	0,0	1,0	2,0
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	3,0	3,0	3,0	3,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	173,7	165,4	179,0	183,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	5,0	4,8	5,0	5,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	8,2	7,8	7,0	7,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	49,9	46,4	52,0	52,0
Personale Riabilitazione - coll. prof. san. fisioterapista - D	3,7	3,0	3,0	4,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	7,0	6,7	7,0	7,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. neurofisiopat. - D	7,0	7,0	7,0	6,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. perfusione cardiovascolare - D	5,0	5,0	6,0	6,0
<b>Totale</b>	<b>262,6</b>	<b>249,2</b>	<b>270,0</b>	<b>275,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza. Saranno inoltre assegnati 2 ulteriori OSS

**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****DAI Cardiovascolare**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico universitario - direttore di SC	2,0	2,0	2,0	2,0
dirigente medico - direttore di SC	2,0	2,0	2,0	2,0
dirigente medico universitario	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico	55,6	54,6	56,0	56,0
<b>Totale</b>	<b>60,6</b>	<b>59,6</b>	<b>61,0</b>	<b>61,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.

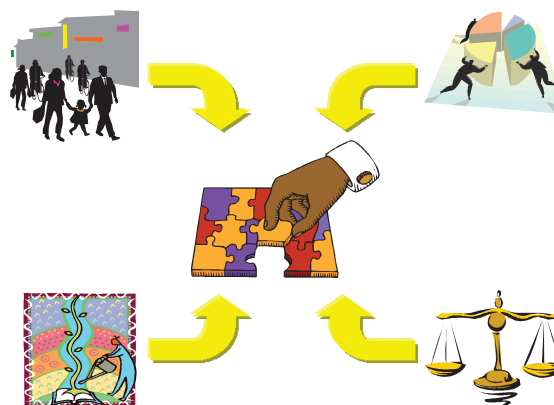


## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	925.356	0	925.356	11.572	163.594	3.498.471	4.817.465	12.446	<b>9.428.904</b>

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



## BUDGET 2016

**CdR: SC Chirurgia Vascolare (UCO)**

**Direttore: Prof. Roberto Adovasio**



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC Chirurgia Vascolare (UCO)**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Ricovero ordinario**

Entrati	583	299	298	-1	-0,3
di cui accettati	444	220	228	8	3,6
di cui trasferiti	139	79	70	-9	-11,4
Usciti	585	295	297	2	0,7
Dimessi	456	225	229	4	1,8
di cui deceduti	6	2	1	-1	-50,0
Trasferiti	129	70	68	-2	-2,9
Casi trattati	516	266	269	3	1,1
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	3.236	1.717	1.660	-57	-3,3
Entrati usciti lo stesso giorno	59	27	28	1	3,7
Posti letto medi	15,0	15,0	14,0	-1,0	-6,7
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	60,2	64,2	66,2	2,0	3,1
% DRG Chirurgici	82,7	81,8	86,5	4,7	5,7
% DRG Medici	17,3	18,2	13,5	-4,7	-25,8
Peso DRG (dei dimessi)	758,0	382,3	380,3	-2,0	-0,5

**Performance in ricovero ordinario**

<i>Indice comparativo di performance</i>	0,85	0,85	1,07	0,22	25,9
<i>Degenza media del caso netta</i>	6,7	6,8	6,7	-0,1	-2,0
<i>Deg. media preoperatoria su casi non urgenti con DRG chir.</i>	1,23	1,09	1,13	0,04	3,7
% dimessi outlier	0,2	0,0	1,3	1,3	===
Giornate di degenza outlier	9	0	14	14	===
% Giornate di degenza outlier	0,3	0,0	0,8	0,8	===
Giornate di degenza post dimissibilità	245	178	94	-84	-47,2
% Giornate di degenza post dimissibilità	1,5	1,9	2,0	0,1	5,3
% di ricoveri ripetuti in reparto entro 30 giorni (ric. ord.)	10,1	12,9	11,8	-1,1	-8,5

**Ricoveri in DH**

Accolti	97	60	58	-2	-3,3
Dimessi	97	60	58	-2	-3,3
Accessi	99	61	60	-1	-1,6
Posti letto medi	2,0	2,0	2,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	15,80	19,60	19,20	-0,40	-2,0
<i>Accessi medi per caso</i>	1,0	1,0	1,0	0,0	1,0
% DRG Chirurgici	94,80	95,00	91,40	-3,60	-3,8
% DRG medici	5,20	5,00	8,60	3,60	72,0
% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici	40,00	33,33	40,00	6,67	20,0
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	2	1	2	1	100,0
Peso DRG (dei dimessi)	78,6	49,9	44,9	-5,0	-10,0
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	0,810	0,830	0,770	-0,060	-7,2

**Attività chirurgica**

Interventi chirurgici in regime di ricovero	478	251	279	28	11,2
% di interventi urgenti	27,6	28,3	32,6	4,3	15,3





## Budget 2016 - Parte 1 - Attività SC Chirurgia Vascolare (UCO)

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
Tasso operatorio (ric. ord. + dh)	79,0	78,9	86,9	8,0	10,1
% DRG chirurgici (ric. ord. + dh)	84,8	84,6	87,5	2,9	3,4
% Day surgery	39,0	37,2	34,3	-2,9	-7,8

### Caratteristiche della casistica trattata in ricovero

Indice case mix (ric. ord.)	0,98	1,03	0,95	-0,1	-7,8
Peso medio DRG (ric. ord.)	1,660	1,700	1,660	-0,040	-2,4
Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)	1,860	1,920	1,820	-0,100	-5,2
Peso medio DRG Medici (ric. ord.)	0,710	0,710	0,630	-0,080	-11,3
% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)	23,9	22,7	23,6	0,9	4,0
% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)	28,3	29,8	36,7	6,9	23,2
% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)	47,8	47,6	39,7	-7,9	-16,6
% di attrazione extra Prov. Ts	18,3	17,9	19,9	2,0	11,0
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts	15,7	14,7	18,8	4,1	27,7
% di attrazione Extra Regionale	2,5	3,2	1,0	-2,1	-66,9

### Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)

Numero di prestazioni	2.217	1.115	1.330	215	19,3
di cui visite	1.008	522	681	159	30,5
di cui controlli	42	24	14	-10	-41,7
% di prime visite sul totale di visite e controlli	96,0	95,6	98,0	2,4	2,5
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)	10,2	10,1	11,4	1,3	12,9
% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)	1,8	1,7	2,1	0,4	23,5
% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	16,4	15,9	16,4	0,5	3,1

## DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI

### Compilazione cartella clinica

% compilazione della cartella clinica (escl. valutazione consenso trattamento dati e medici in formazione specialistica)	92,9	92,0	93,0	1,0	1,1
% di compilazione codice di dimissibilità	2,4	3,1	1,3	-1,8	-58,1

### Buon uso del sangue e degli emocomponenti

% mancate comunic. avvenuta trasf./utilizzo sul tot. unità cons.	8,40	10,00	14,49	4,49	44,9
% richieste inappropriate	2,36	2,61	0,81	-1,80	-68,8
% richieste incomplete	7,08	9,57	10,57	1,00	10,5

### Distribuzione diretta

Distribuzione primo ciclo: rapporto % cicli/dimessi	62	56	63	7	11,7
---	----	----	----	---	------

### Elogi/Segnalazioni/Reclami

Elogi	1	===	1	===	===
Segnalazioni/reclami	1	===	0	===	===



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
10-33	3.4.1 Insufficienze d' organo e trapianti - RENE	Miglioramento della gestione degli Accessi vascolari per emodialisi Azioni Formalizzare un piano di monitoraggio delle fistole artero-venose, del loro sviluppo e delle eventuali complicanze	TARGET: Miglioramento della distribuzione percentuale tra FAV e CVC per dialisi rispetto al 2015  Contenimento delle complicanze infettive rispetto al 2015	20	16	15
19-69	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre la degenza media preoperatoria per i pazienti chirurgici in elezione [nel 2015: 1,0 giorni a livello aziendale]	TARGET: Degenza media preoperatoria nei pazienti elettivi <1,2 gg	20	14	12
19-82	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Miglioramento della qualità delle cure – empowerment dei pazienti e familiari - Coinvolgimento dei familiari nel processo di cura.  Azioni Avviare un processo di educazione precoce da iniziare in anticipo rispetto alla dimissione prevista, al fine di rendere autosufficienti i pazienti e familiari che non rientrino in un percorso di assistenza territoriale e anticipare i tempi per la dimissione-autonomia per gli altri pazienti, inseribili nella continuità assistenziale.  Obiettivo del DAI cardiovascolare in collaborazione con Direzione infermieristica e Distretti	TARGET: Fase propedeutica/progettuale. Stesura di una procedura condivisa ospedale/territorio  Fase di applicazione. Avvio della procedura e incontri tra personale e familiari o loro care-giver	20		13
20-117	3.4.7. Tempi d'attesa	Al fine del rispetto dei tempi di attesa si richiede l'effettuazione nel II semestre 2016 di un numero di prestazioni pari a quello indicato nella sezione "indicatori".	TARGET: Visita chirurgia vascolare (89.7) 75 Brevi 45 Differite  MODALITA' DI VALUTAZIONE: In sede di valutazione, in caso di scostamento dal numero di prestazioni prestabilito, si terrà conto del rispetto dei tempi di attesa nella specifica categoria di prestazioni.		14	12
21-123	3.4.8. Rischio clinico	Mantenere gli standard di compilazione della cartella clinica definiti in fase di ri-accreditamento JCI	TARGET: >=90%	20	14	12



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
21-124	3.4.8. Rischio clinico	Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede: 1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet) 2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%) 3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica	TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento  2) Risultato della survey >= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)  MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2	20	14	12
21-191	3.4.8. Rischio clinico	Integrazione Lettera di dimissione con compilazione scheda fattori di rischio  Azioni Estensione dalla fase sperimentale a regime	TARGET: % adesione nel secondo semestre 2016 (target 100%)  La valutazione raggiungimento obiettivi sarà effettuata sulla base del report trasmesso dall'Amministrazione regionale		14	12
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	TARGET: Almeno l'80% dei referti su G2 e delle lettere di dimissione vengono firmati digitalmente  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Per quanto riguarda le lettere di dimissione l'obiettivo è subordinato alla fornitura ed installazione dello specifico applicativo		14	12
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
19-66	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Contribuire alla riduzione della percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG Medico a livello aziendale. Dato aziendale 2015 38% (nel I semestre 2015 31%)	TARGET: Adesione alle prescrizioni aziendali in materia (riduzione della percentuale e/o del numero assoluto di DH diagnostici rispetto al dato registrato nel 2015).
22-147	3.5 Assistenza farmaceutica	Mantenimento della distribuzione del primo ciclo Garantire il primo ciclo di cure conforme a quanto previsto dalla lettera di dimissione in particolare a tutti i pazienti trasferiti in RSA	TARGET: 1) Mantenere il rapporto % cicli/dimessi registrato nel 2015 2) Assenza di segnalazioni di mancata o non conforme consegna dei farmaci in primo ciclo ai pazienti trasferiti in RSA  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Sul punto 1 argine pari alla deviazione standard degli ultimi due anni
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015  MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
19-70	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

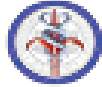
**SC Chirurgia Vascolare (UCO)**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	11,0	10,3	11,0	11,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	4,0	3,6	4,0	4,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	1,0	1,0	1,0	1,0
<b>Totale</b>	<b>16,0</b>	<b>14,9</b>	<b>16,0</b>	<b>16,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").



**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti**

**SC Chirurgia Vascolare (UCO)**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico universitario - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico	5,1	5,1	6,0	6,0
<b>Totale</b>	<b>6,1</b>	<b>6,1</b>	<b>7,0</b>	<b>7,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario, nonché l'assunzione di 1 medico

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.



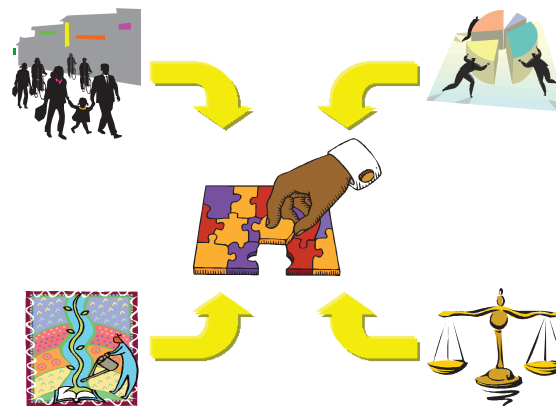


## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	65.331	0	65.331	565	1.051	158.788	867.828	0	1.093.563

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



## BUDGET 2016

**CdR: SC Cardiochirurgia**

**Direttore: Dott. Aniello Pappalardo**



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC Cardiochirurgia**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Ricovero ordinario**

Entrati	623	341	294	-47	-13,8
di cui accettati	386	213	166	-47	-22,1
di cui trasferiti	237	128	128	0	0,0
Usciti	625	339	294	-45	-13,3
Dimessi	575	311	276	-35	-11,3
di cui deceduti	15	9	9	0	0,0
Trasferiti	50	28	18	-10	-35,7
Casi trattati	633	361	315	-46	-12,7
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	9.277	4.732	4.891	159	3,4
Entrati usciti lo stesso giorno	8	4	2	-2	-50,0
Posti letto medi	34,0	34,0	34,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	74,8	77,0	79,1	2,1	2,7
% DRG Chirurgici	83,3	80,4	84,4	4,0	5,0
% DRG Medici	16,7	19,6	15,6	-4,0	-20,4
Peso DRG (dei dimessi)	2.292,2	1.218,6	1.135,9	-82,8	-6,8

**Performance in ricovero ordinario**

<i>Indice comparativo di performance</i>	0,88	0,89	0,92	0,03	3,4
<i>Degenza media del caso netta</i>	14,9	13,3	15,6	2,3	17,7
<i>Deg. media preoperatoria su casi non urgenti con DRG chir.</i>	1,85	1,82	1,81	-0,01	-0,5
% dimessi outlier	5,7	5,1	8,7	3,6	70,6
Giornate di degenza outlier	991	612	725	113	18,5
% Giornate di degenza outlier	9,5	10,9	12,6	1,7	15,6
Giornate di degenza post dimissibilità	135	59	92	33	55,9
% Giornate di degenza post dimissibilità	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0
% di ricoveri ripetuti in reparto entro 30 giorni (ric. ord.)	10,4	11,6	8,7	-2,9	-25,0

**Ricoveri in DH**

Accolti	0	0	0	0	===
Dimessi	0	0	0	0	===
Accessi	0	0	0	0	===
Posti letto medi	0,0	0,0	0,0	0,0	===

**Attività chirurgica**

Interventi chirurgici in regime di ricovero	635	327	301	-26	-8,0
% di interventi urgenti	38,4	40,1	45,5	5,5	13,6
<i>Tasso operatorio (ric. ord. + dh)</i>	104,8	97,9	104,2	6,3	6,4
% DRG chirurgici (ric. ord. + dh)	83,3	80,4	84,4	4,0	5,0
% Day surgery	0,2	0,4	0,0	-0,4	-100,0

**Caratteristiche della casistica trattata in ricovero**

<i>Indice case mix (ric. ord.)</i>	1,03	1,00	1,01	0,0	1,0
<i>Peso medio DRG (ric. ord.)</i>	3,990	3,920	4,120	0,200	5,1
<i>Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)</i>	4,630	4,690	4,730	0,040	0,9



## Budget 2016 - Parte 1 - Attività SC Cardiochirurgia

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
Peso medio DRG Medici (ric. ord.)	0,770	0,780	0,800	0,020	2,6
% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)	34,6	34,7	33,7	-1,0	-2,9
% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)	30,3	31,8	32,6	0,8	2,5
% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)	35,1	33,4	33,7	0,3	0,9
% di attrazione extra Prov. Ts	61,0	61,1	56,9	-4,2	-6,9
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts	53,9	54,7	52,5	-2,1	-3,9
% di attrazione Extra Regionale	7,1	6,4	4,3	-2,1	-32,4

### Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)

Numero di prestazioni	609	293	304	11	3,8
di cui visite	188	93	102	9	9,7
di cui controlli	49	22	11	-11	-50,0
% di prime visite sul totale di visite e controlli	79,3	80,9	90,3	9,4	11,6
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)	57,6	63,5	27,3	-36,2	-57,0
% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)	3,4	3,4	3,9	0,5	14,7
% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	54,3	58,1	61,8	3,7	6,4

## DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI

### Compilazione cartella clinica

% compilazione della cartella clinica (escl. valutazione consenso trattamento dati e medici in formazione specialistica)	94,6	95,3	88,4	-7,0	-7,3
% di compilazione codice di dimissibilità	1,2	1,3	1,4	0,1	7,7

### Buon uso del sangue e degli emocomponenti

% mancate comunic. avvenuta trasf./utilizzo sul tot. unità cons.	4,24	5,31	1,10	-4,21	-79,3
% richieste inappropriate	0,75	0,38	0,54	0,16	43,0
% richieste incomplete	26,08	28,36	30,81	2,46	8,7

### Distribuzione diretta

Distribuzione primo ciclo: rapporto % cicli/dimessi	58	53	57	4	7,6
---	----	----	----	---	-----

### Elogi/Segnalazioni/Reclami

Elogi	6	3	3	0	0,0
Segnalazioni/reclami	0	0	1	1	===



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
3-9	3.2.14 Miglioramento della sorveglianza e della prevenzione delle malattie infettive	<p>1) Stesura e applicazione di bundle per la prevenzione delle polmoniti correlate a ventilazione meccanica.</p> <p>Azioni: Dopo una fase di approfondita analisi delle procedure con miglior rapporto costo/beneficio, si procederà ad una stesura del "bundle" e successivamente ad una capillare formazione ed educazione degli operatori coinvolti. Contemporaneamente, proseguirà il lavoro di monitoraggio e registrazione dei dati</p> <p>2) Stesura e applicazione di bundle per la prevenzione delle infezioni da catetere venoso centrale Dopo una fase di approfondita analisi delle procedure con miglior rapporto costo/beneficio, si procederà ad una stesura del "bundle" e successivamente ad una capillare formazione ed educazione degli operatori coinvolti Contemporaneamente, proseguirà il lavoro di monitoraggio e registrazione dei dati</p>	<p>TARGET: 1) produzione e avvio applicazione del protocollo entro il 31/12. Evidenza del monitoraggio dell'incidenza delle vap mediante produzione di uno specifico report</p> <p>2) produzione e applicazione del protocollo entro 30/6/2016. Evidenza del monitoraggio dell'incidenza delle infezioni da cvc mediante produzione di uno specifico report</p>	17	15	14
14-44	3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti - PANCREAS. Miglioramento delle cure e avvio rete clinica dedicata al paziente diabetico (obiettivo in collaborazione con il referente aziendale della rete, dott. Riccardo Candido)	<p>Stesura e applicazione di un protocollo per la gestione del diabete nei pazienti sottoposti ad intervento cardiocirurgico</p> <p>Azioni A partire dal protocollo aziendale, verrà elaborato un protocollo mirato alla gestione del paziente nel peri-operatorio cardiocirurgico. Successivamente, il personale verrà formato all'applicazione del protocollo .</p>	TARGET: Produzione, diffusione e applicazione del protocollo e documentazione del suo utilizzo sul fut	17	15	14
19-69	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	Ridurre la degenza media preoperatoria per i pazienti chirurgici in elezione [nel 2015: 1,0 giorni a livello aziendale]	TARGET: Degenza media preoperatoria nei pazienti elettivi <2 gg	17	14	12



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-82	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Miglioramento della qualità delle cure – empowerment dei pazienti e familiari - Coinvolgimento dei familiari nel processo di cura.  Azioni Avviare un processo di educazione precoce da iniziare in anticipo rispetto alla dimissione prevista, al fine di rendere autosufficienti i pazienti e familiari che non rientrano in un percorso di assistenza territoriale e anticipare i tempi per la dimissione-autonomia per gli altri pazienti, inseribili nella continuità assistenziale.  Obiettivo del DAI cardiovascolare in collaborazione con Direzione infermieristica	TARGET: Fase propedeutica/progettuale. Stesura di una procedura condivisa ospedale/territorio  Fase di applicazione. Avvio della procedura e incontri tra personale e familiari o loro care-giver	17		12
21-123	3.4.8. Rischio clinico	Mantenere gli standard di compilazione della cartella clinica definiti in fase di ri-accreditamento JCI	TARGET: >=90%	16	14	12
21-124	3.4.8. Rischio clinico	Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede: 1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet) 2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%) 3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica	TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento 2) Risultato della survey >= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)  MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2	16	14	12
21-191	3.4.8. Rischio clinico	Integrazione Lettera di dimissione con compilazione scheda fattori di rischio  Azioni Estensione dalla fase sperimentale a regime	TARGET: % adesione nel secondo semestre 2016 (target 100%)  La valutazione raggiungimento obiettivo sarà effettuata sulla base del report trasmesso dall'Amministrazione regionale		14	12



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	TARGET: Almeno l'80% dei referti su G2 e delle lettere di dimissione vengono firmati digitalmente  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Per quanto riguarda le lettere di dimissione l'obiettivo è subordinato alla fornitura ed installazione dello specifico applicativo		14	12
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
22-147	3.5 Assistenza farmaceutica	Mantenimento della distribuzione del primo ciclo Garantire il primo ciclo di cure conforme a quanto previsto dalla lettera di dimissione in particolare a tutti i pazienti trasferiti in RSA	TARGET: 1) Mantenere il rapporto % cicli/dimessi registrato nel 2015 2) Assenza di segnalazioni di mancata o non conforme consegna dei farmaci in primo ciclo ai pazienti trasferiti in RSA  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Sul punto 1 argine pari alla deviazione standard degli ultimi due anni
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015  MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano





Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
19-70	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Cardiochirurgia**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	64,7	61,1	63,0	66,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	2,0	2,0	2,0	2,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	2,0	1,7	2,0	2,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	14,6	13,4	15,0	13,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	3,0	2,8	3,0	3,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. neurofisiopat. - D	1,0	1,0	1,0	1,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. perfusione cardiovascolare - D	5,0	5,0	5,0	5,0
<b>Totale</b>	<b>92,3</b>	<b>87,0</b>	<b>91,0</b>	<b>92,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").



**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti**

**SC Cardiochirurgia**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico	15,0	15,0	15,0	14,0
<b>Totale</b>	<b>16,0</b>	<b>16,0</b>	<b>16,0</b>	<b>15,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.



## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

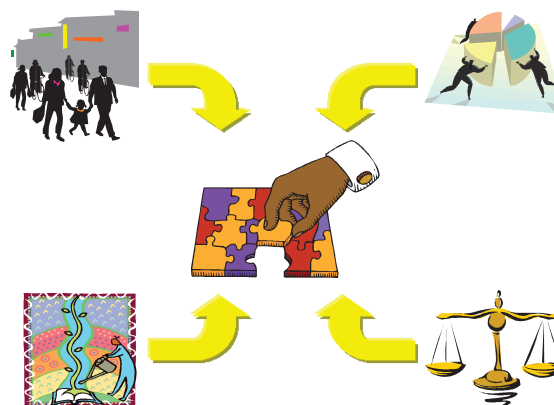
Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	343.783	0	343.783	6.593	95.098	1.564.000	1.068.976	6.297	<b>3.084.746</b>

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".

Servizio Sanitario Regionale

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA  
INTEGRATA DI TRIESTE



**BUDGET 2016**

**CdR: SC Cardiologia**

**Direttore: Prof. Gianfranco Sinagra**



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC Cardiologia**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Ricovero ordinario**

Entrati	2.427	1.210	1.285	75	6,2
di cui accettati	2.186	1.093	1.165	72	6,6
di cui trasferiti	241	117	120	3	2,6
Usciti	2.434	1.210	1.278	68	5,6
Dimessi	2.051	1.022	1.087	65	6,4
di cui deceduti	19	9	14	5	55,6
Trasferiti	383	188	191	3	1,6
Casi trattati	2.412	1.221	1.302	81	6,6
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	12.122	6.276	6.311	35	0,6
Entrati usciti lo stesso giorno	82	33	38	5	15,2
Posti letto medi	39,0	39,0	39,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>85,7</i>	<i>89,4</i>	<i>89,4</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>
% DRG Chirurgici	47,6	46,9	45,3	-1,6	-3,4
% DRG Medici	52,4	53,1	54,7	1,6	3,0
Peso DRG (dei dimessi)	3.446,9	1.690,9	1.796,2	105,2	6,2

**Performance in ricovero ordinario**

<i>Indice comparativo di performance</i>	<i>0,87</i>	<i>0,85</i>	<i>0,82</i>	<i>-0,03</i>	<i>-3,5</i>
<i>Degenza media del caso netta</i>	<i>5,2</i>	<i>5,3</i>	<i>5,0</i>	<i>-0,3</i>	<i>-5,1</i>
<i>% dimessi outlier</i>	<i>1,7</i>	<i>2,0</i>	<i>0,7</i>	<i>-1,3</i>	<i>-65,0</i>
Giornate di degenza outlier	291	171	66	-105	-61,4
<i>% Giornate di degenza outlier</i>	<i>2,7</i>	<i>3,0</i>	<i>1,2</i>	<i>-1,8</i>	<i>-60,0</i>
Giornate di degenza post dimissibilità	250	149	117	-32	-21,5
<i>% Giornate di degenza post dimissibilità</i>	<i>0,5</i>	<i>0,3</i>	<i>0,4</i>	<i>0,1</i>	<i>33,3</i>
<i>% di ricoveri ripetuti in reparto entro 30 giorni (ric. ord.)</i>	<i>4,7</i>	<i>5,1</i>	<i>3,9</i>	<i>-1,2</i>	<i>-23,5</i>

**Ricoveri in DH**

Accolti	108	53	79	26	49,1
Dimessi	108	46	69	23	50,0
Accessi	314	148	200	52	35,1
Posti letto medi	2,0	2,0	2,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>50,00</i>	<i>47,40</i>	<i>64,10</i>	<i>16,70</i>	<i>35,2</i>
<i>Accessi medi per caso</i>	<i>2,9</i>	<i>2,8</i>	<i>2,5</i>	<i>-0,3</i>	<i>-9,3</i>
% DRG Chirurgici	60,20	63,00	42,00	-21,00	-33,3
% DRG medici	39,80	37,00	58,00	21,00	56,8
<i>% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici</i>	<i>48,84</i>	<i>52,94</i>	<i>62,50</i>	<i>9,56</i>	<i>18,1</i>
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	21	9	25	16	177,8
Peso DRG (dei dimessi)	138,9	55,1	81,1	26,0	47,2
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	<i>1,290</i>	<i>1,200</i>	<i>1,180</i>	<i>-0,020</i>	<i>-1,7</i>

**Caratteristiche della casistica trattata in ricovero**

<i>Indice case mix (ric. ord.)</i>	<i>1,08</i>	<i>1,07</i>	<i>1,08</i>	<i>0,0</i>	<i>0,9</i>
<i>Peso medio DRG (ric. ord.)</i>	<i>1,680</i>	<i>1,650</i>	<i>1,650</i>	<i>0,000</i>	<i>0,0</i>
<i>Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)</i>	<i>2,420</i>	<i>2,380</i>	<i>2,390</i>	<i>0,010</i>	<i>0,4</i>



## Budget 2016 - Parte 1 - Attività SC Cardiologia

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
Peso medio DRG Medici (ric. ord.)	1,010	1,010	1,040	0,030	3,0
% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)	39,8	38,3	37,0	-1,3	-3,4
% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)	25,8	27,1	26,6	-0,5	-1,8
% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)	34,3	34,6	36,4	1,8	5,2
% di attrazione extra Prov. Ts	35,2	34,8	37,4	2,5	7,3
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts	27,6	28,5	29,6	1,1	3,9
% di attrazione Extra Regionale	7,6	6,4	7,8	1,4	22,3

### Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)

Numero di prestazioni	31.804	16.259	16.885	626	3,9
di cui visite	1.731	968	918	-50	-5,2
di cui controlli	8.531	4.225	4.667	442	10,5
% di prime visite sul totale di visite e controlli	16,9	18,6	16,4	-2,2	-11,8
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)	11,4	11,7	12,1	0,4	3,4
% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)	8,1	8,2	8,4	0,2	2,4
% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	31,1	31,0	32,1	1,1	3,5

### DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI

#### Compilazione cartella clinica

% compilazione della cartella clinica (escl. valutazione consenso trattamento dati e medici in formazione specialistica)	92,5	92,8	90,4	-2,4	-2,5
% di compilazione codice di dimissibilità	0,8	0,8	0,6	-0,2	-25,0

#### Buon uso del sangue e degli emocomponenti

% mancate comunic. avvenuta trasf./utilizzo sul tot. unità cons.	2,18	0,68	3,23	2,54	371,0
% richieste inappropriate	0,63	0,74	0,00	-0,74	-100,0
% richieste incomplete	8,35	8,52	6,48	-2,04	-23,9

#### Distribuzione diretta

Distribuzione diretta farmaci PHT (€)	8.506	4.596	4.314	-282	-6,1
Distribuzione primo ciclo: rapporto % cicli/dimessi	84	85	83	-2	-2,5

#### Elogi/Segnalazioni/Reclami

Elogi	15	6	10	4	66,7
Segnalazioni/reclami	0	0	0	0	===





Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
13-42	3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti - CUORE	<p>Studio di fattibilità per l'introduzione nel 2017 di un protocollo specifico per i portatori di devices cardiologici impiantabili (CIED) che devono sottoporsi a Radioterapia</p> <p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promuovere la costituzione di un gruppo di lavoro nazionale AIFM (fisici medici), AMNCO, AIAC (cardiologi) e AIRO (radioterapisti oncologici)</li> <li>- Definire un protocollo da adottare a Trieste</li> </ul> <p>Obiettivo comune per Radioterapia, Cardiologia e Fisica Sanitaria</p>	TARGET: Stesura di un protocollo operativo entro il 31.10.2016 (da adottare eventualmente nel 2017)		7	7
14-43	3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti - PANCREAS. Miglioramento delle cure e avvio rete clinica dedicata al paziente diabetico (obiettivo in collaborazione con il referente aziendale della rete, dott. Riccardo Candido)	<p>Gestione Diabete in UTIC e Degenza Cardiologia coerente con il PDTA regionale (DGR 1676 del 28.08.2015) per il paziente diabetico</p> <p>Azioni</p> <p>Formalizzazione di un Protocollo in accordo con le Linee Guida Regionali ed Internazionali con indicatori di processo e risultato</p>	TARGET: Stesura del Protocollo integrato con il PDTA regionale e la rete di cura alla persona diabetica e individuazione degli Indicatori di processo e di esito rilevanti per il protocollo	12	9	9
16-53	3.4.2. Emergenza urgenza	<p>Implementazione del PDTA delle fratture del femore: Disponibilità di un protocollo condiviso aziendale per il trattamento del paziente con frattura di femore in terapia antiaggregante e anticoagulante</p> <p>Azioni</p> <p>Integrare il PDTA delle fratture di femore mediante stesura di un documento condiviso fra ortopedici, cardiologi ed anestesisti per la gestione della terapia antiaggregante e anticoagulante dei pazienti con frattura di femore</p> <p>Obiettivo comune a Clinica ort, ARTA, Cardiologia</p>	<p>TARGET: Evidenza del protocollo.</p> <p>Produzione di Istruzioni operative sulla gestione della terapia antiaggregante e anticoagulante perioperatoria per integrare il PDTA</p>		7	7



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-71	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Miglioramento delle cure - Qualità percepita dai pazienti sottoposti a monitoraggio remoto device di elettrostimolazione</p> <p>Azioni Somministrare un questionario telefonico alla coorte dei pazienti che accedono ai servizi ambulatoriali Analizzare i dati relativi alle risposte telefoniche del secondo semestre 2016</p> <p>Obiettivo in comune tra SC Cardiologia e CCV</p>	<p>TARGET: Formulazione Progetto e Scheda rilevazione. Rilevazione di almeno 500 questionari telefonici Analisi dati e diffusione di una relazione sui principali risultati entro il 31.12.2016</p>	14	7	7
19-72	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Organizzazione ed integrazione dei servizi di cura: Miglioramento dell'organizzazione e delle cure-Realizzazione di un modello integrato per la Cardioversione Elettrica per pazienti esterni.</p> <p>Azioni Organizzare l'attività di Cardioversione Elettrica per pazienti esterni secondo un modello integrato che include personale Medico ed Infermieristico di varie strutture ospedaliere e territoriali</p> <p>Obiettivo in comune tra SC Cardiologia e CCV</p>	<p>TARGET: Definizione e condivisione del Protocollo delle attività integrate e individuazione di un unico piano di programmazione e lavoro coerente con il protocollo di integrazione</p> <p>MODALITA' DI VALUTAZIONE: Relazione a fine Progetto entro il 31.12.2016</p>	12	7	7
19-82	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Miglioramento della qualità delle cure – empowerment dei pazienti e familiari - Coinvolgimento dei familiari nel processo di cura.</p> <p>Azioni Avviare un processo di educazione precoce da iniziare in anticipo rispetto alla dimissione prevista, al fine di rendere autosufficienti i pazienti e familiari che non rientrano in un percorso di assistenza territoriale e anticipare i tempi per la dimissione-autonomia per gli altri pazienti, inseribili nella continuità assistenziale.</p> <p>Obiettivo del DAI cardiovascolare in collaborazione con Direzione infermieristica</p>	<p>TARGET: Fase propedeutica/progettuale. Stesura di una procedura condivisa ospedale/territorio Fase di applicazione. Avvio della procedura e incontri tra personale e familiari o loro care-giver</p>	14	7	7



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-84	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Gestione delle dislipidemie familiari ed acquisite resistenti alle terapie farmacologiche convenzionali</p> <p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definire un protocollo condiviso con le strutture cardiologiche ospedaliere e territoriali per la gestione dei pazienti intolleranti alle statine e per la corretta indicazione d'uso dei nuovi farmaci anti-PCSK9 nell'ipercolesterolemia familiare</li> <li>- Gestire i pazienti con intolleranza alle statine e utilizzare in modo appropriato i nuovi farmaci anti-PCSK9 nell'ipercolesterolemia familiare</li> </ul> <p>Obiettivo comune a SC Clin Med, SC Cardiologia, SC Farmacia, SC Centro Cardiovascolare</p>	TARGET: Definizione di un PDTA condiviso ASUITs per l'intolleranza alle statine e dei nuovi farmaci		7	7
19-85	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Rete per il trattamento delle patologie emorragiche e trombotiche, emostasi.</p> <p>Azioni</p> <p>Predisporre un progetto di fattibilità della rete provinciale per la cura delle MALATTIE EMORRAGICHE E TROMBOTICHE anche al fine di incrementare l'attrazione.</p> <p>Obiettivo in collaborazione con il Dipartimento di Medicina Trasfusionale, Ematologia, Clinica medica, III Medica, Medicina d'Urgenza, Pneumologia, Utc e Cardiologia e le strutture territoriali</p>	TARGET: Lo studio di fattibilità è disponibile presso la Direzione sanitaria aziendale entro il 31/12/2016		7	7
20-117	3.4.7. Tempi d'attesa	Al fine del rispetto dei tempi di attesa si richiede l'effettuazione nel II semestre 2016 di un numero di prestazioni pari a quello indicato nella sezione "indicatori".	<p>TARGET: Holter (89.50) 25 Brevi 90 Differite</p> <p>MODALITA' DI VALUTAZIONE: In sede di valutazione, in caso di scostamento dal numero di prestazioni prestabilito, si terrà conto del rispetto dei tempi di attesa nella specifica categoria di prestazioni.</p>	12	7	7
21-123	3.4.8. Rischio clinico	Mantenere gli standard di compilazione della cartella clinica definiti in fase di ri-accreditamento JCI	TARGET: >=90%	12	7	7



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
21-124	3.4.8. Rischio clinico	Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede: 1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet) 2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%) 3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica	TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento 2) Risultato della survey >= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%) MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2	12	7	7
21-191	3.4.8. Rischio clinico	Integrazione Lettera di dimissione con compilazione scheda fattori di rischio  Azioni Estensione dalla fase sperimentale a regime	TARGET: % adesione nel secondo semestre 2016 (target 100%)  La valutazione raggiungimento obiettivi sarà effettuata sulla base del report trasmesso dall'Amministrazione regionale		7	7
27-166	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	Miglioramento dell'organizzazione e delle cure-Organizzazione attività delle Sale di Emodinamica ed Elettrofisiologia e relativi magazzini  Azioni Definire un Regolamento interno delle attività di Sala (Emodinamica ed Elettrofisiologia) con specifica delle funzioni, ruoli, responsabilità, standard	TARGET: Documento congiunto con condivisione multidisciplinare	12	7	7
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	TARGET: Almeno l'80% dei referti su CARDIONET e delle lettere di dimissione vengono firmati digitalmente  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Per quanto riguarda le lettere di dimissione l'obiettivo è subordinato alla fornitura ed installazione dello specifico applicativo		7	7
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
19-66	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Contribuire alla riduzione della percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG Medico a livello aziendale. Dato aziendale 2015 38% (nel I semestre 2015 31%)	TARGET: Formulare proposte di pacchetti prestazionali per specifiche tipologie di pazienti
22-147	3.5 Assistenza farmaceutica	Mantenimento della distribuzione del primo ciclo Garantire il primo ciclo di cure conforme a quanto previsto dalla lettera di dimissione in particolare a tutti i pazienti trasferiti in RSA	TARGET: 1) Mantenere il rapporto % cicli/dimessi registrato nel 2015 2) Assenza di segnalazioni di mancata o non conforme consegna dei farmaci in primo ciclo ai pazienti trasferiti in RSA  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Sul punto 1 argine pari alla deviazione standard degli ultimi due anni
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015  MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
19-70	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Cardiologia**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo - B	0,0	0,0	1,0	0,0
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	3,0	3,0	3,0	3,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	71,8	69,0	74,0	76,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	2,0	2,0	2,0	2,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	4,5	4,4	4,0	4,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	19,5	17,8	18,0	19,0
Personale Riabilitazione - coll. prof. san. fisioterapista - D	3,7	3,0	3,0	4,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	1,0	0,8	1,0	1,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. neurofisiopat. - D	6,0	6,0	6,0	5,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. perfusione cardiovascolare - D	0,0	0,0	1,0	1,0
<b>Totale</b>	<b>111,6</b>	<b>106,2</b>	<b>113,0</b>	<b>115,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").



**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****SC Cardiologia**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico universitario - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico universitario	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico	24,7	23,9	24,0	25,0
<b>Totale</b>	<b>26,7</b>	<b>25,9</b>	<b>26,0</b>	<b>27,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.

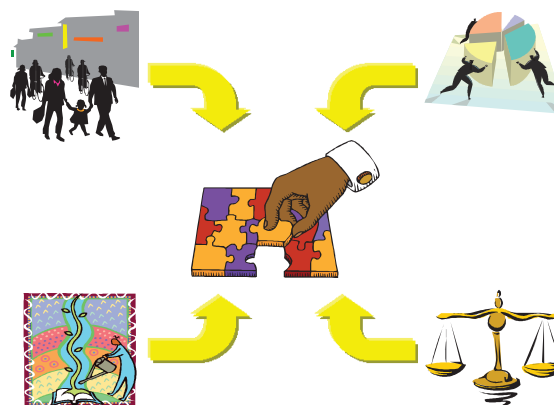


## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	340.113	0	340.113	1.069	47.347	1.622.246	2.880.662	6.149	<b>4.897.585</b>

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



## BUDGET 2016

**CdR: SC Medicina d'urgenza**

**Direttore: Dott.ssa Laura Stabile**



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività**  
**SC Medicina d'urgenza**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Ricovero ordinario**

Entrati	2.015	916	1.124	208	22,7
di cui accettati	1.627	722	906	184	25,5
di cui trasferiti	388	194	218	24	12,4
Usciti	2.015	925	1.118	193	20,9
Dimessi	825	344	543	199	57,8
di cui deceduti	187	88	103	15	17,0
Trasferiti	1.190	581	575	-6	-1,0
Casi trattati	1.976	906	1.119	213	23,5
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	8.046	3.799	5.066	1.267	33,4
Entrati usciti lo stesso giorno	126	61	69	8	13,1
Posti letto medi	26,3	25,0	32,0	7,0	28,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>85,1</i>	<i>85,3</i>	<i>88,2</i>	<i>2,9</i>	<i>3,4</i>
% DRG Chirurgici	4,7	5,8	2,9	-2,9	-50,0
% DRG Medici	95,3	94,2	97,1	2,9	3,1
Peso DRG (dei dimessi)	836,5	369,1	527,6	158,5	43,0

**Performance in ricovero ordinario**

<i>Indice comparativo di performance</i>	<i>1,16</i>	<i>0,98</i>	<i>1,14</i>	<i>0,16</i>	<i>16,3</i>
<i>Degenza media del caso netta</i>	<i>4,4</i>	<i>4,5</i>	<i>4,8</i>	<i>0,4</i>	<i>7,8</i>
<i>% dimessi outlier</i>	<i>0,6</i>	<i>0,3</i>	<i>1,1</i>	<i>0,8</i>	<i>266,7</i>
<i>Giornate di degenza outlier</i>	<i>324</i>	<i>18</i>	<i>92</i>	<i>74</i>	<i>411,1</i>
<i>% Giornate di degenza outlier</i>	<i>7,7</i>	<i>1,0</i>	<i>3,0</i>	<i>2,0</i>	<i>200,0</i>
<i>% di ricoveri ripetuti in reparto entro 30 giorni (ric. ord.)</i>	<i>2,7</i>	<i>2,3</i>	<i>2,6</i>	<i>0,3</i>	<i>13,0</i>

**Ricoveri in DH**

Accolti	6	5	7	2	40,0
Dimessi	6	3	2	-1	-33,3
Accessi	30	23	69	46	200,0
Posti letto medi	1,5	2,0	0,0	-2,0	-100,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>6,40</i>	<i>7,40</i>	<i>===</i>	<i>===</i>	<i>===</i>
<i>Accessi medi per caso</i>	<i>3,2</i>	<i>3,2</i>	<i>7,3</i>	<i>4,1</i>	<i>127,8</i>
% DRG Chirurgici	0,00	0,00	0,00	0,00	===
% DRG medici	100,00	100,00	100,00	0,00	0,0
<i>% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici</i>	<i>83,33</i>	<i>100,00</i>	<i>0,00</i>	<i>-100,00</i>	<i>-100,0</i>
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	5	3	0	-3	-100,0
Peso DRG (dei dimessi)	3,9	1,9	2,7	0,8	42,5
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	<i>0,660</i>	<i>0,620</i>	<i>1,330</i>	<i>0,710</i>	<i>114,5</i>

**Caratteristiche della casistica trattata in ricovero**

<i>Indice case mix (ric. ord.)</i>	<i>1,02</i>	<i>1,04</i>	<i>1,09</i>	<i>0,1</i>	<i>4,8</i>
<i>Peso medio DRG (ric. ord.)</i>	<i>1,010</i>	<i>1,070</i>	<i>0,970</i>	<i>-0,100</i>	<i>-9,3</i>
<i>Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)</i>	<i>2,710</i>	<i>2,890</i>	<i>2,500</i>	<i>-0,390</i>	<i>-13,5</i>
<i>Peso medio DRG Medici (ric. ord.)</i>	<i>0,930</i>	<i>0,960</i>	<i>0,930</i>	<i>-0,030</i>	<i>-3,1</i>
<i>% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)</i>	<i>38,9</i>	<i>36,0</i>	<i>42,5</i>	<i>6,5</i>	<i>18,1</i>



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC Medicina d'urgenza**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)	12,5	12,2	12,9	0,7	5,7
% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)	48,6	51,7	44,6	-7,1	-13,7
% di attrazione extra Prov. Ts	8,9	8,9	11,2	2,3	25,3
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts	4,2	4,0	5,1	1,1	27,3
% di attrazione Extra Regionale	4,7	4,9	6,1	1,2	23,6

**Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)**

Numero di prestazioni	10	7	===	===	===
di cui visite	4	2	===	===	===
di cui controlli	2	2	===	===	===
% di prime visite sul totale di visite e controlli	66,7	50,0	===	===	===
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)	0,0	0,0	===	===	===
% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)	0,0	0,0	===	===	===
% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	0,0	0,0	===	===	===

**DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI**

**Compilazione cartella clinica**

% compilazione della cartella clinica (escl. valutazione consenso trattamento dati e medici in formazione specialistica)	84,0	81,4	84,5	3,0	3,7
% di compilazione codice di dimissibilità	0,0	0,0	0,0	0,0	===

**Buon uso del sangue e degli emocomponenti**

% mancate comunic. avvenuta trasf./utilizzo sul tot. unità cons.	1,99	1,52	1,66	0,14	8,9
% richieste inappropriate	3,93	4,32	3,47	-0,85	-19,6
% richieste incomplete	13,27	13,51	12,36	-1,16	-8,6

**Distribuzione diretta**

Distribuzione diretta farmaci PHT (€)	459	150	535	385	256,4
Distribuzione primo ciclo: rapporto % cicli/dimessi	52	52	49	-2	-4,7

**Elogi/Segnalazioni/Reclami**

Elogi	14	11	4	-7	-63,6
Segnalazioni/reclami	1	1	1	0	0,0



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-76	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Implementazione percorso cure palliative: supporto ed accompagnamento dei familiari dei pazienti terminali</p> <p>Azioni Formazione del personale medico e infermieristico della SC in congiuntamente agli operatori territoriali interessati Costruzione di percorsi di supporto/collaborazione con psicologi e infermieri afferenti all'area territoriale (incontri cadenzati con i familiari dei degenti prossimi alla morte) Allestimento di due stanze di degenza dove il familiare possa stare con il proprio congiunto durante tutta la giornata in modo "dignitoso" (presenza di poltrone, divano letto, ecc ecc).</p> <p>Obiettivo comune a SC ARTA e SC Med urg in collaborazione con dott.ssa Ceccherini referente aziendale per le cure palliative</p>	<p>TARGET: 1) Progettazione/avvio, entro il 2016, di corsi di aggiornamento rivolto a tutto il personale</p> <p>2) Definizione di una procedura scritta entro il 2016</p>	15	7	15
19-78	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Miglioramento della qualità delle cure - Cura e assistenza dei degenti con problemi di salute mentale: Evitare il più possibile il ricorso alla contenzione, e avviare la persona ad una dimissione precoce.</p> <p>Azioni 1) Progettare ed avviare un percorso di formazione per il personale medico e infermieristico afferente alla SC Medicina d'Urgenza. 2) Costruire una rete di collaborazione/ supporto con percorsi di consulenza e incontri cadenzati con i colleghi afferenti ai CSM territoriali.</p>	<p>TARGET: 1) Progettazione/avvio, entro il 2016, di corsi di aggiornamento rivolti a tutto il personale in collaborazione con il DSM.</p> <p>2) Evidenza di una procedura condivisa con il DSM.</p>	19	7	15



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-82	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Miglioramento della qualità delle cure – empowerment dei pazienti e familiari - Coinvolgimento dei familiari nel processo di cura.</p> <p>Azioni Avviare un processo di educazione precoce da iniziare in anticipo rispetto alla dimissione prevista, al fine di rendere autosufficienti i pazienti e familiari che non rientrano in un percorso di assistenza territoriale e anticipare i tempi per la dimissione-autonomia per gli altri pazienti, inseribili nella continuità assistenziale.</p> <p>Obiettivo del DAI cardiovascolare in collaborazione con Direzione infermieristica</p>	<p>TARGET: Fase propedeutica/progettuale. Stesura di una procedura condivisa ospedale/territorio</p> <p>Fase di applicazione. Avvio della procedura e incontri tra personale e familiari o loro care-giver</p>	18	12	10
19-85	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Rete per il trattamento delle patologie emorragiche e trombotiche, emostasi.</p> <p>Azioni Predisporre un progetto di fattibilità della rete provinciale per la cura delle MALATTIE EMORRAGICHE E TROMBOTICHE anche al fine di incrementare l'attrazione.</p> <p>Obiettivo in collaborazione con il Dipartimento di Medicina Trasfusionale, Ematologia, Clinica medica, III Medica, Medicina d'Urgenza, Pneumologia, Uric e Cardiologia e le strutture territoriali</p>	<p>TARGET: Lo studio di fattibilità è disponibile presso la Direzione sanitaria aziendale entro il 31/12/2016</p>		11	10



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-90	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure: Implementazione nell'Ospedale di Cattinara di un protocollo specifico per il trattamento delle varici esofagee</p> <p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definire e condividere entro il primo semestre dell'anno, un protocollo intra-ospedaliero sulla "legatura varici esofagee in pazienti con ipertensione portale"</li> <li>- Applicare nel secondo semestre del 2016 il protocollo di trattamento</li> </ul> <p>Obiettivo assegnato a SC Clinica Patologie del Fegato (UCO), SC Medicina d'urgenza e SC Gastroenterologia</p>	<p>TARGET: Condivisione protocollo tra le strutture coinvolte nel programma entro il 30 giugno 2016 e adozione sperimentale del protocollo</p> <p>Valutazione intermedia ed individuazione delle criticità entro 31.10.2016</p>	18	11	10
21-123	3.4.8. Rischio clinico	Mantenere gli standard di compilazione della cartella clinica definiti in fase di ri-accreditamento JCI	TARGET: >=90%	10	10	10
21-124	3.4.8. Rischio clinico	<p>Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet)</li> <li>2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)</li> <li>3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica</li> </ol>	<p>TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento</p> <p>2) Risultato della survey &gt;= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)</p> <p>MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2</p>	20	20	10
21-191	3.4.8. Rischio clinico	<p>Integrazione Lettera di dimissione con compilazione scheda fattori di rischio</p> <p>Azioni</p> <p>Estensione dalla fase sperimentale a regime</p>	<p>TARGET: % adesione nel secondo semestre 2016 (target 100%)</p> <p>La valutazione raggiungimento obiettivi sarà effettuata sulla base del report trasmesso dall'Amministrazione regionale</p>		11	10





Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	TARGET: Almeno l'80% dei referti su G2 e delle lettere di dimissione vengono firmati digitalmente  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Per quanto riguarda le lettere di dimissione l'obiettivo è subordinato alla fornitura ed installazione dello specifico applicativo		11	10
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
19-66	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Contribuire alla riduzione della percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG Medico a livello aziendale. Dato aziendale 2015 38% (nel I semestre 2015 31%)	TARGET: Adesione alle prescrizioni aziendali in materia (riduzione della percentuale e/o del numero assoluto di DH diagnostici rispetto al dato registrato nel 2015).
22-147	3.5 Assistenza farmaceutica	Mantenimento della distribuzione del primo ciclo Garantire il primo ciclo di cure conforme a quanto previsto dalla lettera di dimissione in particolare a tutti i pazienti trasferiti in RSA	TARGET: 1) Mantenere il rapporto % cicli/dimessi registrato nel 2015 2) Assenza di segnalazioni di mancata o non conforme consegna dei farmaci in primo ciclo ai pazienti trasferiti in RSA  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Sul punto 1 argine pari alla deviazione standard degli ultimi due anni
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015  MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
19-70	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Medicina d'urgenza**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	26,2	25,0	31,0	30,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	1,0	0,8	1,0	1,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	1,7	1,7	1,0	1,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	11,9	11,6	15,0	16,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	2,0	2,0	2,0	2,0
<b>Totale</b>	<b>42,8</b>	<b>41,2</b>	<b>50,0</b>	<b>50,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****SC Medicina d'urgenza**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico	10,8	10,6	11,0	11,0
<b>Totale</b>	<b>11,8</b>	<b>11,6</b>	<b>12,0</b>	<b>12,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.

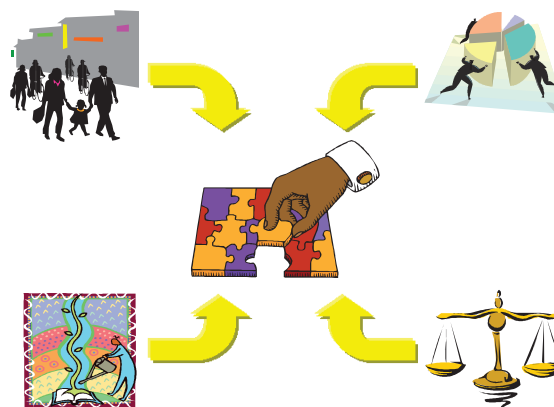


## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	176.129	0	176.129	3.346	20.097	153.437	0	0	353.010

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



## BUDGET 2016

**CdR: DAI Chirurgia Generale e Toracica**

**Direttore: Prof. Nicolò De Manzini**





**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
DAI Chirurgia Generale e Toracica**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Ricovero ordinario**

Entrati	3.094	1.578	1.449	-129	-8,2
di cui accettati	2.663	1.378	1.240	-138	-10,0
di cui trasferiti	431	200	209	9	4,5
Usciti	3.111	1.565	1.434	-131	-8,4
Dimessi	2.673	1.363	1.207	-156	-11,4
di cui deceduti	32	17	19	2	11,8
Trasferiti	438	202	227	25	12,4
Casi trattati	2.906	1.513	1.353	-160	-10,6
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	17.199	9.059	7.697	-1.362	-15,0
Entrati usciti lo stesso giorno	201	79	102	23	29,1
Posti letto medi	72,4	76,0	64,0	-12,0	-15,8
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	65,8	66,4	67,0	0,6	0,9
% DRG Chirurgici	75,8	77,5	75,1	-2,4	-3,1
% DRG Medici	24,2	22,5	24,9	2,4	10,7
Peso DRG (dei dimessi)	3.736,5	1.889,4	1.709,0	-180,4	-9,5

**Performance in ricovero ordinario**

<i>Degenza media del caso netta</i>	6,2	6,2	6,0	-0,3	-4,3
<i>Deg. media preoperatoria su casi non urgenti con DRG chir.</i>	1,07	1,13	0,94	-0,19	-16,8
% dimessi outlier	1,2	1,2	0,8	-0,4	-33,3
Giornate di degenza outlier	282	137	98	-39	-28,5
% Giornate di degenza outlier	1,6	1,5	1,3	-0,2	-13,3
Giornate di degenza post dimissibilità	736	552	382	-170	-30,8
% Giornate di degenza post dimissibilità	1,4	2,0	1,4	-0,6	-30,0
% di ricoveri ripetuti in reparto entro 30 giorni (ric. ord.)	8,4	7,5	5,9	-1,6	-21,3

**Ricoveri in DH**

Accolti	296	152	146	-6	-3,9
Dimessi	296	152	145	-7	-4,6
Accessi	299	152	146	-6	-3,9
Posti letto medi	8,0	8,0	7,0	-1,0	-12,5
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	11,90	12,20	13,40	1,20	9,8
Accessi medi per caso	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0
% DRG Chirurgici	86,50	84,20	82,80	-1,40	-1,7
% DRG medici	13,50	15,80	17,20	1,40	8,9
% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici	62,50	66,67	64,00	-2,67	-4,0
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	25	16	16	0	0,0
Peso DRG (dei dimessi)	238,1	121,6	113,0	-8,6	-7,0
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	0,800	0,800	0,780	-0,020	-2,5

**Attività chirurgica**

Interventi chirurgici in regime di ricovero	2.569	1.333	1.171	-162	-12,2
% di interventi urgenti	22,4	20,9	26,6	5,7	27,3
<i>Tasso operatorio (ric. ord. + dh)</i>	81,4	82,3	79,6	-2,7	-3,3



## Budget 2016 - Parte 1 - Attività DAI Chirurgia Generale e Toracica

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

% DRG chirurgici (ric. ord. + dh)	76,9	78,2	76,0	-2,2	-2,8
% Day surgery	22,7	20,8	27,2	6,4	30,8

### Caratteristiche della casistica trattata in ricovero

Peso medio DRG (ric. ord.)	1,400	1,390	1,420	0,030	2,2
Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)	1,580	1,560	1,620	0,060	3,8
Peso medio DRG Medici (ric. ord.)	0,820	0,780	0,790	0,010	1,3
% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)	51,7	52,2	51,3	-0,9	-1,7
% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)	21,7	21,9	22,4	0,5	2,3
% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)	26,7	25,9	26,3	0,4	1,5
% di attrazione extra Prov. Ts	12,0	10,5	10,3	-0,2	-2,0
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts	7,8	6,5	6,7	0,2	2,9
% di attrazione Extra Regionale	4,2	4,0	3,6	-0,4	-10,0

### Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)

Numero di prestazioni	12.967	7.050	6.421	-629	-8,9
di cui visite	4.754	2.345	2.242	-103	-4,4
di cui controlli	1.439	830	737	-93	-11,2
% di prime visite sul totale di visite e controlli	76,8	73,9	75,3	1,4	1,9
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)	5,2	3,9	4,5	0,6	15,4
% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)	2,3	2,5	1,8	-0,7	-28,0
% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	9,7	7,5	9,5	2,0	26,7

## DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI

### Compilazione cartella clinica

% compilazione della cartella clinica (escl. valutazione consenso trattamento dati e medici in formazione specialistica)	92,5	94,0	90,5	-3,5	-3,7
% di compilazione codice di dimissibilità	1,0	1,4	1,2	-0,2	-14,3

### Buon uso del sangue e degli emocomponenti

% mancate comunic. avvenuta trasf./utilizzo sul tot. unità cons.	21,38	22,85	27,59	4,74	20,7
% richieste inappropriate	3,28	2,21	1,85	-0,37	-16,5
% richieste incomplete	14,29	14,94	11,91	-3,03	-20,3

### Distribuzione diretta

Distribuzione diretta farmaci PHT (€)	47	42	===	===	===
Distribuzione primo ciclo: rapporto % cicli/dimessi	64	63	53	-10	-16,4

### Elogi/Segnalazioni/Reclami

Elogi	24	15	21	6	40,0
Segnalazioni/reclami	8	7	3	-4	-57,1



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-174	Sviluppo delle politiche del personale	Definizione del Piano ferie nei tempi previsti e invio di un report mensile alla Direzione Infermieristica sulla situazione delle ferie fruito dal personale del Comparto	TARGET: Piano ferie prodotto nei tempi concordati
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-176	Sviluppo delle politiche del personale	Monitoraggio delle eccedenze orarie del personale del comparto al fine del contenimento delle liquidazioni entro il Budget assegnato.	TARGET: Produzione di una reportistica mensile sulle eccedenze orarie del personale del comparto con evidenza di: 1) credito orario liquidato 2) credito orario residuo
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**DAI Chirurgia Generale e Toracica**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	2,0	2,0	2,0	2,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	52,7	47,7	47,0	51,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	1,0	0,8	1,0	1,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	7,2	5,4	5,0	4,0
Ota-Oss - op. tec. add. assistenza (ota) - B	2,0	1,8	2,0	2,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	28,7	27,0	25,0	26,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	2,0	2,0	2,0	2,0
<b>Totale</b>	<b>95,5</b>	<b>86,7</b>	<b>84,0</b>	<b>88,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****DAI Chirurgia Generale e Toracica**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico universitario - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico - direttore di SC	1,7	1,7	1,0	1,0
dirigente medico universitario	3,2	3,2	3,0	3,0
dirigente medico	28,0	26,5	28,0	27,0
<b>Totale</b>	<b>33,9</b>	<b>32,4</b>	<b>33,0</b>	<b>32,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato omnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.

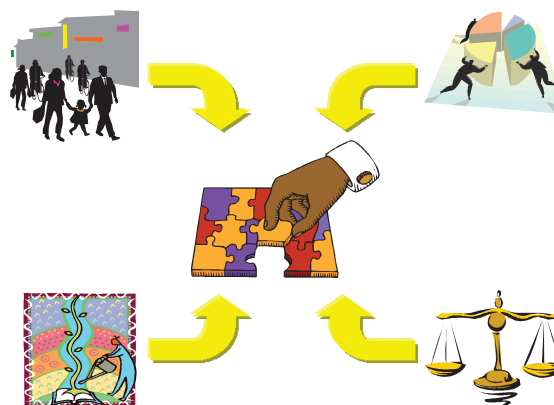


Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	259.841	0	259.841	3.603	5.460	1.483.122	4.301	0	1.756.327

Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



## BUDGET 2016

**CdR: SC Chirurgia Generale (UCO)**

**Direttore: Prof. Nicolò De Manzini**



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC Chirurgia Generale (UCO)**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Ricovero ordinario**

Entrati	2.681	1.370	1.262	-108	-7,9
di cui accettati	2.305	1.192	1.079	-113	-9,5
di cui trasferiti	376	178	183	5	2,8
Usciti	2.698	1.359	1.251	-108	-7,9
Dimessi	2.304	1.175	1.042	-133	-11,3
di cui deceduti	31	17	18	1	5,9
Trasferiti	394	184	209	25	13,6
Casi trattati	2.517	1.314	1.174	-140	-10,7
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	15.530	8.265	6.864	-1.401	-17,0
Entrati usciti lo stesso giorno	187	77	98	21	27,3
Posti letto medi	65,4	69,0	57,0	-12,0	-17,4
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	65,8	66,8	67,1	0,3	0,4
% DRG Chirurgici	76,0	77,9	74,9	-3,0	-3,9
% DRG Medici	24,0	22,1	25,1	3,0	13,6
Peso DRG (dei dimessi)	3.042,9	1.539,3	1.395,6	-143,7	-9,3

**Performance in ricovero ordinario**

<i>Indice comparativo di performance</i>	0,90	0,90	0,81	-0,09	-10,0
<i>Degenza media del caso netta</i>	6,5	6,6	6,1	-0,4	-6,3
<i>Deg. media preoperatoria su casi non urgenti con DRG chir.</i>	1,06	1,13	0,91	-0,22	-19,5
% dimessi outlier	1,4	1,4	1,0	-0,4	-28,6
Giornate di degenza outlier	282	137	98	-39	-28,5
% Giornate di degenza outlier	1,8	1,6	1,4	-0,2	-12,5
Giornate di degenza post dimissibilità	736	552	382	-170	-30,8
% Giornate di degenza post dimissibilità	1,5	2,2	1,6	-0,6	-27,3
% di ricoveri ripetuti in reparto entro 30 giorni (ric. ord.)	7,3	6,6	4,8	-1,8	-27,3

**Ricoveri in DH**

Accolti	265	132	129	-3	-2,3
Dimessi	265	132	128	-4	-3,0
Accessi	268	132	129	-3	-2,3
Posti letto medi	6,0	6,0	6,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	14,20	14,10	13,80	-0,30	-2,1
<i>Accessi medi per caso</i>	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0
% DRG Chirurgici	95,10	94,70	92,20	-2,50	-2,6
% DRG medici	4,90	5,30	7,80	2,50	47,2
% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici	23,08	0,00	10,00	10,00	===
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	3	0	1	1	===
Peso DRG (dei dimessi)	200,2	96,8	92,6	-4,2	-4,3
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	0,760	0,730	0,720	-0,010	-1,4

**Attività chirurgica**

Interventi chirurgici in regime di ricovero	2.258	1.174	1.038	-136	-11,6
% di interventi urgenti	24,4	22,6	29,5	6,9	30,6





**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC Chirurgia Generale (UCO)**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

Tasso operatorio (ric. ord. + dh)	82,4	83,6	81,2	-2,4	-2,9
% DRG chirurgici (ric. ord. + dh)	78,0	79,6	76,8	-2,8	-3,5
% Day surgery	25,5	23,0	30,5	7,5	32,6

**Caratteristiche della casistica trattata in ricovero**

Indice case mix (ric. ord.)	1,14	1,11	1,19	0,1	7,2
Peso medio DRG (ric. ord.)	1,320	1,310	1,340	0,030	2,3
Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)	1,490	1,470	1,530	0,060	4,1
Peso medio DRG Medici (ric. ord.)	0,780	0,750	0,760	0,010	1,3
% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)	52,5	52,5	52,7	0,2	0,4
% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)	20,7	21,4	20,5	-0,9	-4,2
% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)	26,8	26,1	26,8	0,7	2,7
% di attrazione extra Prov. Ts	8,8	8,3	7,9	-0,3	-3,8
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts	4,9	4,4	4,5	0,1	2,1
% di attrazione Extra Regionale	3,9	3,8	3,4	-0,4	-10,6

**Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)**

Numero di prestazioni	12.510	6.806	6.232	-574	-8,4
di cui visite	4.402	2.175	2.085	-90	-4,1
di cui controlli	1.366	788	707	-81	-10,3
% di prime visite sul totale di visite e controlli	76,3	73,4	74,7	1,3	1,8
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)	4,4	3,3	3,6	0,3	9,1
% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)	2,3	2,4	1,7	-0,7	-29,2
% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	7,5	5,9	7,1	1,2	20,3

**DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI**

**Compilazione cartella clinica**

% compilazione della cartella clinica (escl. valutazione consenso trattamento dati e medici in formazione specialistica)	92,6	93,8	90,1	-3,8	-4,0
% di compilazione codice di dimissibilità	1,2	1,6	1,4	-0,2	-12,5

**Buon uso del sangue e degli emocomponenti**

% mancate comunic. avvenuta trasf./utilizzo sul tot. unità cons.	16,58	16,00	26,43	10,43	65,2
% richieste inappropriate	4,05	2,50	2,03	-0,47	-18,8
% richieste incomplete	15,65	16,50	14,20	-2,30	-13,9

**Distribuzione diretta**

Distribuzione diretta farmaci PHT (€)	47	42	===	===	===
Distribuzione primo ciclo: rapporto % cicli/dimessi	60	58	48	-10	-17,3

**Elogi/Segnalazioni/Reclami**

Elogi	20	12	18	6	50,0
Segnalazioni/reclami	8	7	3	-4	-57,1



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
5-16	3.2.2 Screening Oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia - K della MAMMELLA	Implementazione percorso alto rischio attraverso selezione pazienti in corso di esame radiologico e/o visita senologica e/o oncologica mediante utilizzo apposita tabella di fattori di rischio che definiscano l'eleggibilità a counselling genetico, eventuale test e/o screening personalizzato  Obiettivo assegnato alle strutture afferenti alla Breast Unit	TARGET: Definire un protocollo condiviso (anche con IRCCS Burlo) e avviarne l'implementazione  Adottare un protocollo provinciale coerente con i principi di accreditamento EUSOMA per la definizione del profilo di rischio eredo-familiare del cancro della mammella (protocollo coerente con i principi di accreditamento EUSOMA inviata alla DCS per l'adozione formale)	8	7	7
5-17	3.2.2 Screening Oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia - K della MAMMELLA	Portare a termine accreditamento EUSOMA della BREAST UNIT	TARGET: Accreditamento ottenuto entro l'anno.	12	16	14
5-18	3.2.2 Screening Oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia - K della MAMMELLA	Aggiornamento PTDA ca mammella elaborato nel novembre 2014  Sono coinvolte nell'obiettivo tutte le strutture afferenti alla Breast Unit	TARGET: Aggiornare il contenuto ed i processi descritti nel documento di PTDA già condiviso nel 2014 - secondo le ultime evidenze scientifiche - definendo le tempistiche delle varie fasi del percorso	8	7	7
19-69	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	Ridurre la degenza media preoperatoria per i pazienti chirurgici in elezione [nel 2015: 1,0 giorni a livello aziendale]	TARGET: Degenza media preoperatoria nei pazienti elettivi <0,9 gg	8	7	7
19-73	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	Miglioramento della gestione del paziente sottoposto ad intervento per cancro colo-rettale e condivisione di un comune protocollo di cura.  Azioni Produrre uno schema di follow-up per le neoplasie del colon retto operate radicalmente, condiviso con la SC Oncologia Garantire l'introduzione del protocollo doi follow-up con indicazioni, tempistiche delle visite, degli esami strumentali o ematochimici da richiedere in funzione del rischio di ricaduta e dello stadio iniziale  Obiettivo condiviso tra SC Chir Gen e SC Oncologia	TARGET: Evidenza di un documento di follow up condiviso ed applicazione pratica nel 100% dei casi	8	7	7



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-79	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	Costruzione del Percorso preventivo-diagnostico-terapeutico e assistenziale per il paziente affetto da Melanoma.  Azioni Costruire il percorso di cura intraospedaliero condiviso nel trattamento del melanoma cutaneo. Obiettivo assegnato a SC Chirurgia Plastica SC Chirurgia Generale SC Clinica Dermatologica SC Oncologia SC Anatomia patologica. Capofila SC Chirurgia Plastica	TARGET: Pubblicazione del percorso di cura INTRAOSPEDALIERO sul sito Internet ASUITs entro il 31.12.2016	8	7	7
20-117	3.4.7. Tempi d'attesa	Mantenimento dell'offerta relativa a ecodoppler	2 mattine alla settimana		7	7
21-123	3.4.8. Rischio clinico	Mantenere gli standard di compilazione della cartella clinica definiti in fase di ri-accreditamento JCI.	TARGET: 1) >=90%	8	7	6
21-124	3.4.8. Rischio clinico	Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede: 1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet) 2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%) 3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica	TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento 2) Risultato della survey >= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)  MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2	8	7	6
21-126	3.4.8. Rischio clinico	Miglioramento della qualità di compilazione della documentazione clinica Implementare l'area di compilazione relativamente alla pianificazione infermieristica.  Obiettivo comune del DAI di Ch Generale e Toracica	TARGET: Il semestre 2016 conformità >= 80%	8	7	6
21-191	3.4.8. Rischio clinico	Integrazione Lettera di dimissione con compilazione scheda fattori di rischio  Azioni Estensione dalla fase sperimentale a regime	TARGET: % adesione nel secondo semestre 2016 (target 100%)  La valutazione raggiungimento obiettivi sarà effettuata sulla base del report trasmesso dall'Amministrazione regionale		7	6



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
26-153	Integrazione delle funzioni territoriali e ospedaliere	<p>Processo di integrazione ospedale-territorio: Miglioramento degli esiti del sistema di continuità assistenziale e presa in carico congiunta ospedale/territorio.</p> <p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- In/formare il personale sull'utilizzo degli strumenti di valutazione PAM e PHE</li> <li>- Definire nei pazienti dimessi dal DAI il personale livello di attivazione ed engagement</li> <li>- Formazione di = 6 infermieri sull'utilizzo degli strumenti.</li> </ul> <p>Obiettivo comune del DAI di Ch Generale e Toracica</p>	TARGET: Somministrazione di PAM e PHE ad almeno 20 in continuità assistenziale e alle persone inserite nel percorso bariatrico	16		7
27-165	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	Definire un piano di organizzazione dell'ambulatorio prime visite senologiche con accesso delle pazienti direttamente da CUP, o da screening, Radiologia OM e OC, CSO e SC Oncologia	TARGET: Incremento attività clinica (> 30% 2015) nel II semestre 2016	8	7	7
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	<p>TARGET: Almeno l'80% dei referti su G2 e delle lettere di dimissione vengono firmati digitalmente</p> <p>MODALITA' DI VALUTAZIONE: Per quanto riguarda le lettere di dimissione l'obiettivo è subordinato alla fornitura ed installazione dello specifico applicativo</p>		7	6
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
19-66	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Contribuire alla riduzione della percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG Medico a livello aziendale. Dato aziendale 2015 38% (nel I semestre 2015 31%)	TARGET: Adesione alle prescrizioni aziendali in materia (riduzione della percentuale e/o del numero assoluto di DH diagnostici rispetto al dato registrato nel 2015).
22-147	3.5 Assistenza farmaceutica	Mantenimento della distribuzione del primo ciclo Garantire il primo ciclo di cure conforme a quanto previsto dalla lettera di dimissione in particolare a tutti i pazienti trasferiti in RSA	TARGET: 1) Mantenere il rapporto % cicli/dimessi registrato nel 2015 2) Assenza di segnalazioni di mancata o non conforme consegna dei farmaci in primo ciclo ai pazienti trasferiti in RSA  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Sul punto 1 argine pari alla deviazione standard degli ultimi due anni
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015  MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
19-68	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre il rapporto tra ricoveri ad altro rischio di inappropriatezza e ricoveri appropriati	Ridurre il rapporto tra ricoveri ad altro rischio di inappropriatezza e ricoveri appropriati
19-70	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC (UCO) Chirurgia Generale**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	2,0	2,0	2,0	2,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	49,3	44,4	44,0	48,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	1,0	0,8	1,0	1,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	7,2	5,4	5,0	4,0
Ota-Oss - op. tec. add. assistenza (ota) - B	2,0	1,8	2,0	2,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	26,7	25,0	23,0	24,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	2,0	2,0	2,0	2,0
<b>Totale</b>	<b>90,2</b>	<b>81,5</b>	<b>79,0</b>	<b>83,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").



**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****SC (UCO) Chirurgia Generale**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico universitario - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico - direttore di SC	0,7	0,7	0,0	
dirigente medico universitario	3,2	3,2	3,0	3,0
dirigente medico	24,7	23,3	24,0	23,0
<b>Totale</b>	<b>29,6</b>	<b>28,2</b>	<b>28,0</b>	<b>27,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato omnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.

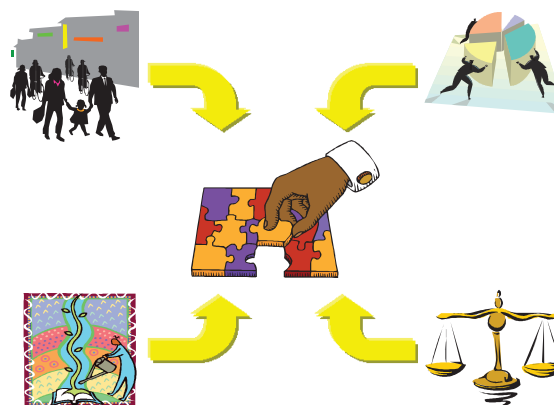


## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	231.261	0	231.261	3.133	4.912	1.092.583	2.822	0	1.334.711

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



## BUDGET 2016

**CdR: SC Chirurgia toracica**

**Direttore: Dott. Maurizio Cortale**



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC Chirurgia toracica**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Ricovero ordinario**

Entrati	413	208	187	-21	-10,1
di cui accettati	358	186	161	-25	-13,4
di cui trasferiti	55	22	26	4	18,2
Usciti	413	206	183	-23	-11,2
Dimessi	369	188	165	-23	-12,2
di cui deceduti	1	0	1	1	===
Trasferiti	44	18	18	0	0,0
Casi trattati	392	199	179	-20	-10,1
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	1.669	794	833	39	4,9
Entrati usciti lo stesso giorno	14	2	4	2	100,0
Posti letto medi	7,0	7,0	7,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	65,9	62,8	65,7	2,9	4,6
% DRG Chirurgici	74,5	75,5	77,0	1,5	2,0
% DRG Medici	25,5	24,5	23,0	-1,5	-6,1
Peso DRG (dei dimessi)	693,6	350,1	313,4	-36,7	-10,5

**Performance in ricovero ordinario**

<i>Indice comparativo di performance</i>	1,00	1,00	1,00	0,00	0,0
<i>Degenza media del caso netta</i>	4,4	4,1	4,7	0,6	15,1
<i>Deg. media preoperatoria su casi non urgenti con DRG chir.</i>	1,12	1,13	1,08	-0,05	-4,4
<i>% di ricoveri ripetuti in reparto entro 30 giorni (ric. ord.)</i>	15,2	13,3	12,7	-0,6	-4,5

**Ricoveri in DH**

Accolti	31	20	17	-3	-15,0
Dimessi	31	20	17	-3	-15,0
Accessi	31	20	17	-3	-15,0
Posti letto medi	2,0	2,0	1,0	-1,0	-50,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	4,90	6,40	10,90	4,50	70,3
<i>Accessi medi per caso</i>	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0
% DRG Chirurgici	12,90	15,00	11,80	-3,20	-21,3
% DRG medici	87,10	85,00	88,20	3,20	3,8
<i>% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici</i>	81,48	94,12	100,00	5,88	6,2
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	22	16	15	-1	-6,3
Peso DRG (dei dimessi)	37,9	24,8	20,4	-4,4	-17,5
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	1,220	1,240	1,200	-0,040	-3,2

**Attività chirurgica**

Interventi chirurgici in regime di ricovero	311	159	133	-26	-16,4
<i>% di interventi urgenti</i>	7,7	8,8	4,5	-4,3	-48,8
<i>Tasso operatorio (ric. ord. + dh)</i>	74,0	73,6	68,9	-4,7	-6,4
<i>% DRG chirurgici (ric. ord. + dh)</i>	69,8	69,7	70,9	1,2	1,7
<i>% Day surgery</i>	3,2	4,8	4,7	-0,1	-2,1

**Caratteristiche della casistica trattata in ricovero**



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività**  
**SC Chirurgia toracica**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
Indice case mix (ric. ord.)	1,00	1,00	1,00	0,0	0,0
Peso medio DRG (ric. ord.)	1,880	1,860	1,900	0,040	2,2
Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)	2,170	2,140	2,180	0,040	1,9
Peso medio DRG Medici (ric. ord.)	1,020	0,990	0,970	-0,020	-2,0
% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)	46,3	50,5	42,4	-8,1	-16,0
% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)	27,9	25,0	33,9	8,9	35,6
% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)	25,7	24,5	23,6	-0,9	-3,7
% di attrazione extra Prov. Ts	32,5	24,5	25,3	0,8	3,1
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts	26,8	19,2	20,3	1,1	5,7
% di attrazione Extra Regionale	5,8	5,3	4,9	-0,3	-6,5

**Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)**

Numero di prestazioni	457	244	189	-55	-22,5
di cui visite	352	170	157	-13	-7,6
di cui controlli	73	42	30	-12	-28,6
% di prime visite sul totale di visite e controlli	82,8	80,2	84,0	3,8	4,7
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)	28,7	20,5	34,4	13,9	67,8
% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)	2,8	2,9	3,2	0,3	10,3
% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	36,4	28,2	40,8	12,6	44,7

**DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI**

**Compilazione cartella clinica**

% compilazione della cartella clinica (escl. valutazione consenso trattamento dati e medici in formazione specialistica)	92,2	94,8	92,3	-2,5	-2,6
% di compilazione codice di dimissibilità	0,0	0,0	0,0	0,0	===

**Buon uso del sangue e degli emocomponenti**

% mancate comunic. avvenuta trasf./utilizzo sul tot. unità cons.	57,14	70,21	35,29	-34,92	-49,7
% richieste inappropriate	1,36	1,41	1,41	0,00	0,0
% richieste incomplete	10,85	10,56	6,34	-4,23	-40,0

**Distribuzione diretta**

Distribuzione primo ciclo: rapporto % cicli/dimessi	92	94	83	-11	-11,9
---	----	----	----	-----	-------

**Elogi/Segnalazioni/Reclami**

Elogi	4	3	3	0	0,0
Segnalazioni/reclami	0	0	0	0	===



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
14-45	3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti - PANCREAS. Miglioramento delle cure e avvio rete clinica dedicata al paziente diabetico (obiettivo in collaborazione con il referente aziendale della rete, dott. Riccardo Candido)	Implementazione del PDTA regionale (DGR 1676 del 28.08.2015) per il paziente diabetico e Diminuzione scompensi diabetici perioperatori, diminuzione complicanze correlate.  Azioni Applicazione del PDTA diabete nelle Chirurgie  Obiettivo assegnato alla Clinica medica ed alle chirurgie	TARGET: 1) Evidenza dell'applicazione dei protocolli ospedalieri coerenti con il PDTA regionale e la rete di cura ASUITs nel 100% dei casi (controllo a campione del 20% delle cartelle) 2) Aumento delle consulenze perioperatorie rispetto al 2015 3) Diminuzione degenza pre e postoperatoria nei pazienti con comorbilità diabetica rispetto al 2015	14	12	10
19-69	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre la degenza media preoperatoria per i pazienti chirurgici in elezione [nel 2015: 1,0 giorni a livello aziendale]	TARGET: Degenza media preoperatoria nei pazienti elettivi <=alla degenza media registrata nel 2015 (1,1 gg)	12	12	11
19-74	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Inserimento schede pazienti PAM (Patient Activation Measure) in database aziendale.  Azioni Stesura progetto da condividere con SC Informatica e Telecomunicazioni (Obiettivo assegnato a SC Chir Toracica). Avvio registrazioni	TARGET: Disponibilità dello studio di fattibilità per l'integrazione in G2 clinico della scala PAM e definizione criteri informatici e di sicurezza per inserire le schede pazienti PAM in G2 (3mesi)  Entro l'anno 20 pazienti operati hanno inserito nella lettera di dimissione lo score PAM	25	12	21
19-75	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Supporto alla Direzione medica di Presidio nella verifica delle segnalazioni di "ricoveri ripetuti" nell'ambito del programma di controllo di questi indicatori.  Azioni Messa a disposizione della Direzione medica di Presidio di una valutazione dei casi segnalati come "reingressi" ma ricadenti in normali percorsi di gestione del paziente (e quindi da considerarsi comunque appropriati).	TARGET: Relazione sulla casistica analizzata e sui risultati della stessa da inviare alla DMP.	13	12	11
21-123	3.4.8. Rischio clinico	Mantenere gli standard di compilazione della cartella clinica definiti in fase di ri-accreditamento JCI	TARGET: >=90%	13	12	11



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
21-124	3.4.8. Rischio clinico	Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede: 1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet) 2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%) 3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica	TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento  2) Risultato della survey >= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)  MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2	12	10	9
21-126	3.4.8. Rischio clinico	Miglioramento della qualità di compilazione della documentazione clinica Implementare l'area di compilazione relativamente alla pianificazione infermieristica.  Obiettivo comune del DAI di Ch Generale e Toracica	TARGET: Il semestre 2016 conformità >= 80%	11	10	9
21-191	3.4.8. Rischio clinico	Integrazione Lettera di dimissione con compilazione scheda fattori di rischio  Azioni Estensione dalla fase sperimentale a regime	TARGET: % adesione nel secondo semestre 2016 (target 100%)  La valutazione raggiungimento obiettivi sarà effettuata sulla base del report trasmesso dall'Amministrazione regionale		10	9
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	TARGET: Almeno l'80% dei referti su G2 e delle lettere di dimissione vengono firmati digitalmente  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Per quanto riguarda le lettere di dimissione l'obiettivo è subordinato alla fornitura ed installazione dello specifico applicativo		10	9
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
22-147	3.5 Assistenza farmaceutica	Mantenimento della distribuzione del primo ciclo Garantire il primo ciclo di cure conforme a quanto previsto dalla lettera di dimissione in particolare a tutti i pazienti trasferiti in RSA	TARGET: 1) Mantenere il rapporto % cicli/dimessi registrato nel 2015 2) Assenza di segnalazioni di mancata o non conforme consegna dei farmaci in primo ciclo ai pazienti trasferiti in RSA  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Sul punto 1 argine pari alla deviazione standard degli ultimi due anni
19-66	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Contribuire alla riduzione della percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG Medico a livello aziendale. Dato aziendale 2015 38% (nel I semestre 2015 31%).  Azioni Trasformare l'attività di ricovero diurno utilizzata per eseguire procedure diagnostiche in attività ambulatoriale  Organizzare l'attività ambulatoriale per eseguire procedure di tipo diagnostico (non chirurgiche) – broncoscopie diagnostiche	TARGET: 1) Evidenza delle riorganizzazione effettuata 2) Riduzione della percentuale e/o del numero assoluto di DH diagnostici rispetto al dato registrato nel 2015
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015  MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.





Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
19-70	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Chirurgia toracica**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	3,3	3,3	3,0	3,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	2,0	2,0	2,0	2,0
<b>Totale</b>	<b>5,3</b>	<b>5,3</b>	<b>5,0</b>	<b>5,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza. Inoltre, è prevista l'assegnazione di ulteriori 4 infermieri e 2 OSS come da comunicazioni della Direzione Infermieristica del 20/7/2016

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").



**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti**

**SC Chirurgia toracica**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico	3,3	3,3	4,0	4,0
<b>Totale</b>	<b>4,3</b>	<b>4,3</b>	<b>5,0</b>	<b>5,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario, nonché l'assunzione di un medico

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato omnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.



## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

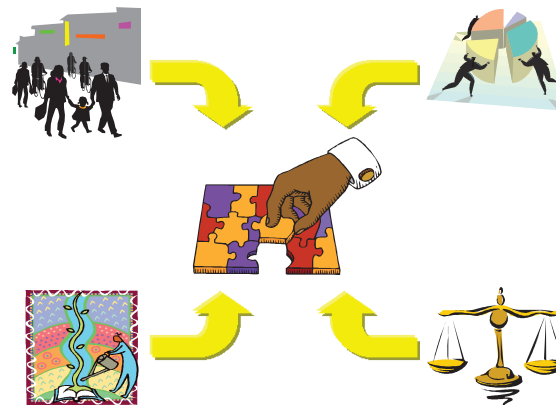
Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	28.579	0	28.579	471	548	390.539	1.479	0	421.616

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".

Servizio Sanitario Regionale

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA  
INTEGRATA DI TRIESTE



**BUDGET 2016**

**CdR: SSD Chirurgia senologica**

**Responsabile: Prof.ssa Marina Bortul**

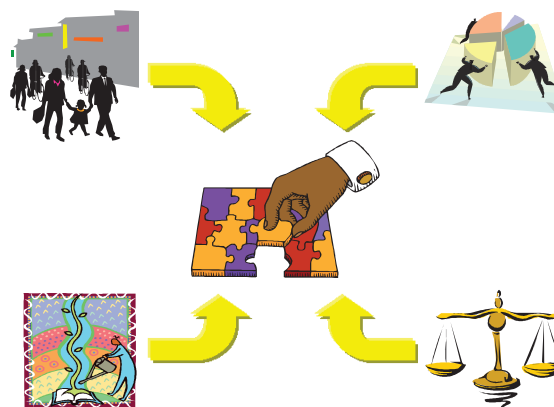


Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
5-16	3.2.2 Screening Oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia - K della MAMMELLA	Implementazione percorso alto rischio attraverso selezione pazienti in corso di esame radiologico e/o visita senologica e/o oncologica mediante utilizzo apposita tabella di fattori di rischio che definiscano l'eleggibilità a counselling genetico, eventuale test e/o screening personalizzato  Obiettivo assegnato alle strutture afferenti alla Breast Unit	TARGET: Definire un protocollo condiviso (anche con IRCCS Burlo) e avviarne l'implementazione  Adottare un protocollo provinciale coerente con i principi di accreditamento EUSOMA per la definizione del profilo di rischio eredo-familiare del cancro della mammella (protocollo coerente con i principi di accreditamento EUSOMA inviata alla DCS per l'adozione formale)	20		20
5-17	3.2.2 Screening Oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia - K della MAMMELLA	Portare a termine accreditamento EUSOMA della BREAST UNIT	TARGET: Accreditamento ottenuto entro l'anno.	20		20
5-18	3.2.2 Screening Oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia - K della MAMMELLA	Aggiornamento PTDA ca mammella elaborato nel novembre 2014  Sono coinvolte nell'obiettivo tutte le strutture afferenti alla Breast Unit	TARGET: Aggiornare il contenuto ed i processi descritti nel documento di PTDA già condiviso nel 2014 - secondo le ultime evidenze scientifiche - definendo le tempistiche delle varie fasi del percorso	20		20
5-19	3.2.2 Screening Oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia - K della MAMMELLA	Percorso breve. Ottimizzazione del percorso diagnostico nelle pazienti con elevato sospetto di ca mammario finalizzato a potenziare le sedute di agoaspirati sotto guida ecografica per esame citologico al fine di avere un percorso diagnostico rapido nelle pazienti con elevato sospetto clinico/strumentale di ca mammario.  Obiettivo comune a Chi. Sen., Ana pat, Radiologia HM	TARGET: Disponibilità del protocollo intraospedaliero entro il 30.09.2016  Tempo trascorso (in giorni) tra la data in cui è stato effettuato l'esame radiologico (mx, ecografia) e la data in cui è stato eseguito l'agoaspirato eco guidato (l'85% dei casi è sottoposto a procedura entro 5 giorni)	20		20
27-165	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	Definire un piano di organizzazione dell'ambulatorio prime visite senologiche con accesso delle pazienti direttamente da CUP, o da screening, Radiologia OM e OC, CSO e SC Oncologia	TARGET: Incremento attività clinica (> 30% 2015) nel II semestre 2016	20		20
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>		<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione





## BUDGET 2016

**CdR: DAI di Chirurgie Specialistiche**

**Direttore : Prof. Roberto Di Lenarda**



## Budget 2016 - Parte 1 - Attività DAI di Chirurgie Specialistiche

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

### DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

#### Ricovero ordinario

Entrati	2.003	963	1.091	128	13,3
di cui accettati	1.754	838	934	96	11,5
di cui trasferiti	249	125	157	32	25,6
Usciti	2.007	969	1.091	122	12,6
Dimessi	1.835	890	991	101	11,3
di cui deceduti	9	4	3	-1	-25,0
Trasferiti	172	79	100	21	26,6
Casi trattati	1.933	943	1.066	123	13,0
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	10.281	5.034	5.283	249	4,9
Entrati usciti lo stesso giorno	143	73	93	20	27,4
Posti letto medi	46,0	46,0	46,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	62,1	61,3	64,2	2,9	4,7
% DRG Chirurgici	65,5	67,3	68,2	0,9	1,3
% DRG Medici	34,5	32,7	31,8	-0,9	-2,8
Peso DRG (dei dimessi)	1.859,9	924,6	978,6	54,0	5,8

#### Performance in ricovero ordinario

<i>Degenza media del caso netta</i>	5,7	5,7	5,3	-0,4	-6,7
<i>Deg. media preoperatoria su casi non urgenti con DRG chir.</i>	0,85	0,84	0,81	-0,03	-3,6
% dimessi outlier	1,4	1,3	0,6	-0,7	-53,8
Giornate di degenza outlier	262	52	65	13	25,0
% Giornate di degenza outlier	2,4	1,0	1,2	0,2	20,0
Giornate di degenza post dimissibilità	73	===	===	===	===
% Giornate di degenza post dimissibilità	0,2	0,0	0,0	0,0	===
% di ricoveri ripetuti in reparto entro 30 giorni (ric. ord.)	8,2	8,2	7,0	-1,2	-14,6

#### Ricoveri in DH

Accolti	485	257	244	-13	-5,1
Dimessi	485	226	205	-21	-9,3
Accessi	763	368	409	41	11,1
Posti letto medi	11,0	11,0	11,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	22,10	21,40	23,80	2,40	11,2
Accessi medi per caso	1,6	1,4	1,7	0,3	17,9
% DRG Chirurgici	54,60	65,00	57,10	-7,90	-12,2
% DRG medici	45,40	35,00	42,90	7,90	22,6
% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici	9,55	7,59	12,50	4,91	64,7
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	21	6	11	5	83,3
Peso DRG (dei dimessi)	349,8	168,7	144,4	-24,3	-14,4
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	0,720	0,750	0,700	-0,050	-6,7

#### Attività chirurgica

Interventi chirurgici in regime di ricovero	1.638	828	892	64	7,7
% di interventi urgenti	18,4	19,6	17,2	-2,4	-12,4
<i>Tasso operatorio (ric. ord. + dh)</i>	68,6	70,8	69,5	-1,3	-1,8



## Budget 2016 - Parte 1 - Attività DAI di Chirurgie Specialistiche

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

% DRG chirurgici (ric. ord. + dh)	63,2	66,8	66,3	-0,5	-0,7
% Day surgery	35,7	37,1	30,9	-6,2	-16,7

### Caratteristiche della casistica trattata in ricovero

Peso medio DRG (ric. ord.)	1,010	1,040	0,990	-0,050	-4,8
Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)	1,230	1,240	1,170	-0,070	-5,6
Peso medio DRG Medici (ric. ord.)	0,610	0,620	0,610	-0,010	-1,6
% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)	47,9	51,1	46,4	-4,7	-9,2
% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)	20,7	20,2	21,4	1,2	5,9
% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)	31,4	28,7	32,2	3,5	12,2
% di attrazione extra Prov. Ts	18,8	19,3	16,7	-2,6	-13,6
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts	9,6	9,5	9,1	-0,4	-4,0
% di attrazione Extra Regionale	9,3	9,8	7,5	-2,2	-22,9

### Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)

Numero di prestazioni	93.409	50.749	45.859	-4.890	-9,6
di cui visite	11.195	5.770	5.696	-74	-1,3
di cui controlli	9.621	5.256	4.585	-671	-12,8
% di prime visite sul totale di visite e controlli	53,8	52,3	55,4	3,1	5,9
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)	6,0	6,2	6,1	-0,1	-1,6
% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)	1,9	1,7	2,0	0,3	17,6
% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	9,0	9,3	8,4	-0,9	-9,7

## DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI

### Compilazione cartella clinica

% compilazione della cartella clinica (escl. valutazione consenso trattamento dati e medici in formazione specialistica)	94,1	94,5	92,9	-1,6	-1,7
% di compilazione codice di dimissibilità	0,1	0,0	0,0	0,0	===

### Buon uso del sangue e degli emocomponenti

% mancate comunic. avvenuta trasf./utilizzo sul tot. unità cons.	12,05	9,23	9,78	0,55	5,9
% richieste inappropriate	2,18	1,91	5,00	3,09	161,3
% richieste incomplete	16,02	14,35	23,18	8,83	61,5

### Distribuzione diretta

Distribuzione diretta farmaci PHT (€)	108.515	56.943	48.180	-8.763	-15,4
Distribuzione primo ciclo: rapporto % cicli/dimessi	181	198	162	-36	-18,1

### Elogi/Segnalazioni/Reclami

Elogi	29	7	27	20	285,7
Segnalazioni/reclami	16	11	5	-6	-54,5



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
24-150	Governo delle risorse assegnate	Governo delle risorse correnti utilizzate dalle Strutture afferenti al Dipartimento	TARGET: Monitoraggio attivo del budget assegnato alle strutture del Dipartimento
25-152	Integrazione con l'Università	Obiettivi individuati dal protocollo d'intesa Università-Regione FVG. Evidenziare l'attività di didattica tutoriale svolta nell'ambito delle strutture afferenti al DAI Implementare l'attività di ricerca del personale afferente al DAI	TARGET: Report trimestrale a partire da terzo trimestre 2016 sulle attività didattiche tutoriali svolte nei rispettivi reparti con quantificazione dell'impegno del personale strutturato e del numero di soggetti in formazione coinvolti Attività scientifica e pubblicistica con caratteri di impatto almeno pari al 2015
31-174	Sviluppo delle politiche del personale	Definizione del Piano ferie nei tempi previsti e invio di un report mensile alla Direzione Infermieristica sulla situazione delle ferie fruito dal personale del Comparto	TARGET: Piano ferie prodotto nei tempi concordati
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-176	Sviluppo delle politiche del personale	Monitoraggio delle eccedenze orarie del personale del comparto al fine del contenimento delle liquidazioni entro il Budget assegnato.	TARGET: Produzione di una reportistica mensile sulle eccedenze orarie del personale del comparto con evidenza di: 1) credito orario liquidato 2) credito orario residuo
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione

**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto****DAI di Chirurgie Specialistiche**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	2,0	1,9	2,0	2,0
Amministrativi - ass. amm.vo - C	2,0	2,0	2,0	2,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	52,8	50,2	59,0	59,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	2,0	2,0	2,0	2,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	12,6	12,1	14,0	13,0
Ota-Oss - op. tec. add. assistenza (ota) - B	2,0	1,8	2,0	2,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	15,8	15,4	20,0	21,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	3,0	3,0	3,0	3,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. odontotec. - D	2,0	2,0	2,0	2,0
<b>Totale</b>	<b>94,3</b>	<b>90,5</b>	<b>106,0</b>	<b>106,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

Si prevede il trasferimento di 3 Infermieri e 2 OSS alla chirurgia toracica. Per il restante personale è prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza.

**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****DAI di Chirurgie Specialistiche**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico universitario - direttore di SC	3,0	3,0	3,0	2,0
dirigente medico universitario	9,0	8,9	8,0	8,0
dirigente medico	20,0	19,8	20,0	20,0
<b>Totale</b>	<b>32,0</b>	<b>31,7</b>	<b>31,0</b>	<b>30,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.



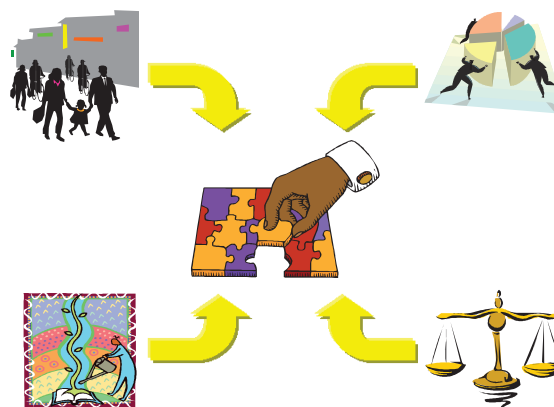
## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	179.525	0	179.525	2.899	9.167	998.857	329.698	0	1.520.146

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".





## BUDGET 2016

**CdR: SC Clinica Urologica (UCO)**

**Direttore: Prof. Carlo Trombetta**



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC Clinica Urologica (UCO)**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Ricovero ordinario**

Entrati	1.512	719	780	61	8,5
di cui accettati	1.405	662	725	63	9,5
di cui trasferiti	107	57	55	-2	-3,5
Usciti	1.517	722	782	60	8,3
Dimessi	1.409	676	726	50	7,4
di cui deceduti	9	4	3	-1	-25,0
Trasferiti	108	46	56	10	21,7
Casi trattati	1.473	713	770	57	8,0
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	7.607	3.761	3.567	-194	-5,2
Entrati usciti lo stesso giorno	87	42	57	15	35,7
Posti letto medi	29,0	29,0	29,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	72,7	72,5	68,7	-3,8	-5,2
% DRG Chirurgici	58,6	61,2	59,5	-1,7	-2,8
% DRG Medici	41,4	38,8	40,5	1,7	4,4
Peso DRG (dei dimessi)	1.367,9	682,9	674,4	-8,6	-1,3

**Performance in ricovero ordinario**

Indice comparativo di performance	1,22	1,25	1,15	-0,10	-8,0
Degenza media del caso netta	5,4	5,6	4,9	-0,6	-11,0
Deg. media preoperatoria su casi non urgenti con DRG chir.	0,82	0,80	0,75	-0,05	-6,3
% dimessi outlier	0,9	0,9	0,3	-0,6	-66,7
Giornate di degenza outlier	56	21	8	-13	-61,9
% Giornate di degenza outlier	0,7	0,5	0,2	-0,3	-60,0
Giornate di degenza post dimissibilità	39	===	===	===	===
% di ricoveri ripetuti in reparto entro 30 giorni (ric. ord.)	9,2	9,3	8,0	-1,3	-14,0

**Ricoveri in DH**

Accolti	362	183	192	9	4,9
Dimessi	362	153	156	3	2,0
Accessi	588	272	318	46	16,9
Posti letto medi	6,0	6,0	6,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	31,20	29,10	34,00	4,90	16,8
Accessi medi per caso	1,6	1,5	1,7	0,2	11,4
% DRG Chirurgici	39,80	48,40	43,60	-4,80	-9,9
% DRG medici	60,20	51,60	56,40	4,80	9,3
% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici	9,63	7,59	12,50	4,91	64,7
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	21	6	11	5	83,3
Peso DRG (dei dimessi)	223,7	97,4	96,3	-1,1	-1,2
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	0,620	0,640	0,620	-0,020	-3,1

**Attività chirurgica**

Interventi chirurgici in regime di ricovero	1.107	545	604	59	10,8
<i>% di interventi urgenti</i>	19,9	20,9	19,9	-1,1	-5,0
<i>Tasso operatorio (ric. ord. + dh)</i>	61,1	62,4	64,0	1,6	2,6



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC Clinica Urologica (UCO)**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

% DRG chirurgici (ric. ord. + dh)	54,7	58,9	56,7	-2,2	-3,7
% Day surgery	32,3	30,5	27,8	-2,7	-8,9

**Caratteristiche della casistica trattata in ricovero**

Indice case mix (ric. ord.)	1,10	1,14	1,03	-0,1	-9,6
Peso medio DRG (ric. ord.)	0,970	1,010	0,930	-0,080	-7,9
Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)	1,230	1,260	1,150	-0,110	-8,7
Peso medio DRG Medici (ric. ord.)	0,600	0,610	0,610	0,000	0,0
% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)	44,1	46,3	42,3	-4,0	-8,6
% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)	23,1	23,7	23,6	-0,1	-0,4
% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)	32,8	30,0	34,2	4,2	14,0
% di attrazione extra Prov. Ts	19,4	20,4	17,2	-3,2	-15,5
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts	9,3	9,3	8,8	-0,4	-4,8
% di attrazione Extra Regionale	10,2	11,1	8,4	-2,7	-24,4

**Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)**

Numero di prestazioni	12.993	6.889	6.005	-884	-12,8
di cui visite	2.429	1.239	1.097	-142	-11,5
di cui controlli	2.853	1.503	1.301	-202	-13,4
% di prime visite sul totale di visite e controlli	46,0	45,2	45,7	0,5	1,1
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)	7,4	8,7	7,3	-1,4	-16,1
% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)	1,8	1,7	1,6	-0,1	-5,9
% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	11,7	12,7	10,3	-2,4	-18,9

**DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI**

**Compilazione cartella clinica**

% compilazione della cartella clinica (escl. valutazione consenso trattamento dati e medici in formazione specialistica)	95,3	97,0	91,8	-5,2	-5,3
% di compilazione codice di dimissibilità	0,1	0,0	0,0	0,0	===

**Buon uso del sangue e degli emocomponenti**

% mancate comunic. avvenuta trasf./utilizzo sul tot. unità cons.	8,99	7,78	7,69	-0,09	-1,1
% richieste inappropriate	1,87	1,60	4,19	2,59	162,5
% richieste incomplete	16,84	15,43	25,13	9,71	62,9

**Distribuzione diretta**

Distribuzione diretta farmaci PHT (€)	108.448	56.936	48.087	-8.849	-15,5
Distribuzione primo ciclo: rapporto % cicli/dimessi	40	43	41	-2	-4,6

**Elogi/Segnalazioni/Reclami**

Elogi	17	3	14	11	366,7
Segnalazioni/reclami	9	6	3	-3	-50,0



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
10-34	3.4.1 Insufficienze d' organo e trapianti RENE	Allestire un PDTA per il paziente con calcolosi renale "attiva" che consenta la rapida rimozione della ostruzione urinaria e riduca il rischio di recidive calcolotiche dopo bonifica urologica.  Obiettivo comune a SC Nefro, SC Clin Urol, SC pat Clinica	TARGET: Formalizzazione ed avvio di un percorso che consenta al paziente uno studio metabolico adeguato ed un programma di prevenzione delle recidive	29	12	12
10-35	3.4.1 Insufficienze d' organo e trapianti RENE	Miglioramento del percorso del paziente portatore di trapianto con problemi urologici.  Azioni Definire un accordo per la costruzione di un percorso dedicato al trattamento chirurgico delle problematiche urologiche presenti nei pazienti portatori di trapianto.  Obiettivo comune a SC Nefro, SC Clin Uro	TARGET: Formalizzazione di un percorso facilitato per il trattamento chirurgico di tali pazienti (lista d'attesa chirurgica)	29	11	11
19-69	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre la degenza media preoperatoria per i pazienti chirurgici in elezione [nel 2015: 1,0 giorni a livello aziendale]	TARGET: Degenza media preoperatoria nei pazienti elettivi <0,9 gg	20	11	11
20-117	3.4.7. Tempi d'attesa	Al fine del rispetto dei tempi di attesa si richiede l'effettuazione nel II semestre 2016 di un numero di prestazioni pari a quello indicato nella sezione "indicatori".	TARGET: Visita urologica (89.7) 200 Brevi 50 Differite  MODALITA' DI VALUTAZIONE: In sede di valutazione, in caso di scostamento dal numero di prestazioni prestabilito, si terrà conto del rispetto dei tempi di attesa nella specifica categoria di prestazioni.		11	11
21-123	3.4.8. Rischio clinico	1) Mantenere gli standard di compilazione della cartella clinica definiti in fase di ri-accreditamento JCI  2) Miglioramento della valutazione del dolore nel paziente ospedalizzato presso l'Ospedale di Cattinara (Incrementare, rispetto al 2015, la % di rivalutazione del dolore dopo somministrazione del farmaco)	TARGET: 1) >=90% 2) >46%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Il peso dei due punti è il 50% del peso complessivo dell'obiettivo	11	11	11



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
21-124	3.4.8. Rischio clinico	<p>Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede:</p> <p>1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet)</p> <p>2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)</p> <p>3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica</p>	<p>TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento</p> <p>2) Risultato della survey &gt;= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)</p> <p>MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2</p>	11	11	11
21-127	3.4.8. Rischio clinico	<p>Supervisione e/o controllo, da parte del Medico strutturato universitario e/o ospedaliero, dell'attività svolta dagli Specializzandi iscritti alle Scuole di specializzazione afferenti al Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche e della Salute (Università degli Studi di Trieste) e che svolgono attività formativa presso l'Ospedale Cattinara-Maggiore Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste.</p> <p>Azioni Certificare le attività svolte dallo specializzando nell'ambito dei vari gradi di autonomia e valutare la loro aderenza agli standard qualitativi inclusi i goal IPSPG Utilizzare il timbro personale da parte dello specializzando da apporre su ogni firma. Obiettivo comune del DAI di ch Specialistiche</p>	<p>TARGET: Almeno il 60% di conformità allo standard misurato attraverso campione di cartelle cliniche (dimensione "Medici in formazione specialistica", item "Supervisione attività dei medici in formazione specialistica") nel 2° semestre 2016</p>		11	11
21-191	3.4.8. Rischio clinico	<p>Integrazione Lettera di dimissione con compilazione scheda fattori di rischio</p> <p>Azioni Estensione dalla fase sperimentale a regime</p>	<p>TARGET: % adesione nel secondo semestre 2016 (target 100%)</p> <p>La valutazione raggiungimento obiettivo sarà effettuata sulla base del report trasmesso dall'Amministrazione regionale</p>		11	11



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	TARGET: Almeno l'80% dei referti su G2 e delle lettere di dimissione vengono firmati digitalmente  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Per quanto riguarda le lettere di dimissione l'obiettivo è subordinato alla fornitura ed installazione dello specifico applicativo		11	11
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
19-66	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Contribuire alla riduzione della percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG Medico a livello aziendale. Dato aziendale 2015 38% (nel I semestre 2015 31%)	TARGET: Adesione alle prescrizioni aziendali in materia (riduzione della percentuale e/o del numero assoluto di DH diagnostici rispetto al dato registrato nel 2015).
22-147	3.5 Assistenza farmaceutica	Mantenimento della distribuzione del primo ciclo Garantire il primo ciclo di cure conforme a quanto previsto dalla lettera di dimissione in particolare a tutti i pazienti trasferiti in RSA	TARGET: 1) Mantenere il rapporto % cicli/dimessi registrato nel 2015 2) Assenza di segnalazioni di mancata o non conforme consegna dei farmaci in primo ciclo ai pazienti trasferiti in RSA  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Sul punto 1 argine pari alla deviazione standard degli ultimi due anni
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015  MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
25-152	Integrazione con l'Università	Obiettivi individuati dal protocollo d'intesa Università-Regione FVG. Evidenziare l'attività di didattica tutoriale svolta nell'ambito delle strutture afferenti al DAI Implementare l'attività di ricerca del personale afferente al DAI	TARGET: Report trimestrale a partire da terzo trimestre 2016 sulle attività didattiche tutoriali svolte nei rispettivi reparti con quantificazione dell'impegno del personale strutturato e del numero di soggetti in formazione coinvolti Attività scientifica e pubblicistica con caratteri di impatto almeno pari al 2015
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione





Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
19-70	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Clinica Urologica (UCO)**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	1,0	0,9	1,0	1,0
Amministrativi - ass. amm.vo - C	1,0	1,0	1,0	1,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	20,3	19,0	20,0	22,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	1,0	1,0	1,0	1,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	6,0	5,7	6,0	5,0
Ota-Oss - op. tec. add. assistenza (ota) - B	1,0	0,9	1,0	1,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	7,0	7,0	7,0	7,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	2,0	2,0	2,0	2,0
<b>Totale</b>	<b>39,3</b>	<b>37,6</b>	<b>39,0</b>	<b>40,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****SC Clinica Urologica (UCO)**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico universitario - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	
dirigente medico universitario	1,8	1,8	1,0	1,0
dirigente medico	11,0	11,0	11,0	11,0
<b>Totale</b>	<b>13,8</b>	<b>13,8</b>	<b>13,0</b>	<b>12,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario, nonché l'assunzione di un ulteriore medico. Si è inoltre in attesa dell'autorizzazione da parte dell'Amministrazione Regionale per l'assunzione di un'ulteriore figura.

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.

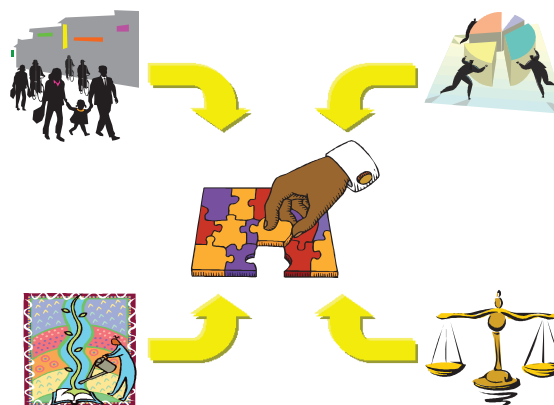


## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	128.451	0	128.451	1.007	3.891	544.053	99.253	0	776.655

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



## BUDGET 2016

**CdR: SC Clinica odontoiatrica e stomatologica (UCO)**

**Direttore: Prof. Roberto Di Lenarda**



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività**  
**SC Clinica odontoiatrica e stomatologica (UCO)**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Ricovero ordinario**

Entrati	172	96	100	4	4,2
di cui accettati	130	74	77	3	4,1
di cui trasferiti	42	22	23	1	4,5
Usciti	172	95	100	5	5,3
Dimessi	137	75	80	5	6,7
Trasferiti	35	20	20	0	0,0
Casi trattati	147	80	84	4	5,0
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	261	150	138	-12	-8,0
Entrati usciti lo stesso giorno	44	25	28	3	12,0
Posti letto medi	4,0	4,0	4,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	20,9	24,2	22,8	-1,4	-5,8
% DRG Chirurgici	78,8	77,3	83,8	6,5	8,4
% DRG Medici	21,2	22,7	16,3	-6,4	-28,2
Peso DRG (dei dimessi)	136,5	73,5	79,2	5,7	7,7

**Performance in ricovero ordinario**

<i>Indice comparativo di performance</i>	0,85	0,87	0,94	0,07	8,0
<i>Degenza media del caso netta</i>	2,3	2,5	2,2	-0,3	-12,2
<i>Deg. media preoperatoria su casi non urgenti con DRG chir.</i>	0,92	1,00	0,69	-0,31	-31,0
% dimessi outlier	0,7	1,3	0,0	-1,3	-100,0
Giornate di degenza outlier	4	4	0	-4	-100,0
% Giornate di degenza outlier	1,2	2,2	0,0	-2,2	-100,0
% di ricoveri ripetuti in reparto entro 30 giorni (ric. ord.)	4,4	4,0	1,3	-2,7	-67,5

**Ricoveri in DH**

Accolti	8	4	5	1	25,0
Dimessi	8	3	4	1	33,3
Accessi	48	20	35	15	75,0
Posti letto medi	2,0	2,0	2,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	7,60	6,40	11,20	4,80	75,0
<i>Accessi medi per caso</i>	4,4	3,0	5,6	2,6	86,7
% DRG Chirurgici	75,00	100,00	100,00	0,00	0,0
% DRG medici	25,00	0,00	0,00	0,00	===
% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici	0,00	===	===	===	===
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	0	===	===	===	===
Peso DRG (dei dimessi)	11,3	2,7	3,6	0,9	33,7
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	1,410	0,900	0,900	0,000	0,0

**Attività chirurgica**

Interventi chirurgici in regime di ricovero	151	85	80	-5	-5,9
% di interventi urgenti	33,8	30,6	17,5	-13,1	-42,8
<i>Tasso operatorio (ric. ord. + dh)</i>	97,4	101,2	89,9	-11,3	-11,2
% DRG chirurgici (ric. ord. + dh)	78,6	78,2	84,5	6,3	8,1
% Day surgery	58,8	65,6	57,7	-7,9	-12,0



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività**  
**SC Clinica odontoiatrica e stomatologica (UCO)**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**Caratteristiche della casistica trattata in ricovero**

Indice case mix (ric. ord.)	0,89	0,89	0,84	-0,1	-5,6
Peso medio DRG (ric. ord.)	1,000	0,980	0,990	0,010	1,0
Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)	1,100	1,090	1,070	-0,020	-1,8
Peso medio DRG Medici (ric. ord.)	0,600	0,590	0,580	-0,010	-1,7
% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)	65,7	64,0	67,5	3,5	5,5
% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)	13,1	13,3	13,8	0,5	3,8
% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)	21,2	22,7	18,8	-3,9	-17,2
% di attrazione extra Prov. Ts	17,9	15,4	19,0	3,7	23,8
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts	12,4	11,5	11,9	0,4	3,2
% di attrazione Extra Regionale	5,5	3,8	7,1	3,3	85,7

**Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)**

Numero di prestazioni	68.071	37.090	34.376	-2.714	-7,3
di cui visite	6.983	3.595	3.616	21	0,6
di cui controlli	4.802	2.639	2.612	-27	-1,0
% di prime visite sul totale di visite e controlli	59,3	57,7	58,1	0,4	0,7
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)	5,4	5,4	5,8	0,4	7,4
% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)	1,8	1,6	2,0	0,4	25,0
% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	7,4	7,0	7,1	0,1	1,4

**DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI**

**Compilazione cartella clinica**

% compilazione della cartella clinica (escl. valutazione consenso trattamento dati e medici in formazione specialistica)	96,0	98,2	80,0	-18,2	-18,5
% di compilazione codice di dimissibilità	0,0	0,0	0,0	0,0	===

**Distribuzione diretta**

Distribuzione primo ciclo: rapporto % cicli/dimessi	2.139	2.061	1.696	-365	-17,7
---	-------	-------	-------	------	-------

**Elogi/Segnalazioni/Reclami**

Elogi	4	1	4	3	300,0
Segnalazioni/reclami	5	3	2	-1	-33,3



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
11-37	3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti	Miglioramento del percorso di cura odontostomatologico per il paziente trapiantato.  Azioni Definire e comunicare un percorso di presa in carico per il trattamento odontostomatologico dei pazienti trapiantati d'organo (circa 300 pazienti prevalenti)	TARGET: Applicazione del percorso di presa in carico del paziente trapiantato da sottoporre ad intervento Odontostomatologico con relazione al 31/12/2016 dei protocolli applicati e dei risultati ottenuti	38	14	14
19-69	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre la degenza media preoperatoria per i pazienti chirurgici in elezione [nel 2015: 1,0 giorni a livello aziendale]	TARGET: Degenza media preoperatoria nei pazienti elettivi <0,9 gg		12	12
21-123	3.4.8. Rischio clinico	Mantenere gli standard di compilazione della cartella clinica definiti in fase di ri-accreditamento JCI	TARGET: >=90%	12	12	12
21-124	3.4.8. Rischio clinico	Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede: 1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet) 2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%) 3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica	TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento  2) Risultato della survey >= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)  MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2	12	12	12





Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
21-127	3.4.8. Rischio clinico	Supervisione e/o controllo, da parte del Medico strutturato universitario e/o ospedaliero, dell'attività svolta dagli Specializzandi iscritti alle Scuole di specializzazione afferenti al Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche e della Salute (Università degli Studi di Trieste) e che svolgono attività formativa presso l'Ospedale Cattinara-Maggiore Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste.  Azioni Certificare le attività svolte dallo specializzando nell'ambito dei vari gradi di autonomia e valutare la loro aderenza agli standard qualitativi inclusi i goal IPSPG Utilizzare il timbro personale da parte dello specializzando da apporre su ogni firma. Obiettivo comune del DAI di ch Specialistiche	TARGET: Almeno il 60% di conformità allo standard misurato attraverso campione di cartelle cliniche (dimensione "Medici in formazione specialistica", item "Supervisione attività dei medici in formazione specialistica") nel 2° semestre 2016		12	12
21-191	3.4.8. Rischio clinico	Integrazione Lettera di dimissione con compilazione scheda fattori di rischio  Azioni Estensione dalla fase sperimentale a regime	TARGET: % adesione nel secondo semestre 2016 (target 100%)  La valutazione raggiungimento obiettivo sarà effettuata sulla base del report trasmesso dall'Amministrazione regionale		12	12
28-169	Rete dei servizi	Condivisione dei percorsi diagnostici/terapeutici in campo Odontostomatologico con definizione del relativo documento.  Azioni Definire un programma di integrazione tra S.C Clinica Odontoiatrica e Stomatologica ASUITS e Odontoiatria IRCCS Burlo Garofolo	TARGET: Disponibilità del programma entro il 31.12.2016	38	14	14
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	TARGET: Almeno l'80% dei referti su G2 e delle lettere di dimissione vengono firmati digitalmente  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Per quanto riguarda le lettere di dimissione l'obiettivo è subordinato alla fornitura ed installazione dello specifico applicativo		12	12
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
22-147	3.5 Assistenza farmaceutica	Mantenimento della distribuzione del primo ciclo Garantire il primo ciclo di cure conforme a quanto previsto dalla lettera di dimissione in particolare a tutti i pazienti trasferiti in RSA	TARGET: 1) Mantenere il rapporto % cicli/dimessi registrato nel 2015 2) Assenza di segnalazioni di mancata o non conforme consegna dei farmaci in primo ciclo ai pazienti trasferiti in RSA  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Sul punto 1 argine pari alla deviazione standard degli ultimi due anni
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015  MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
25-152	Integrazione con l'Università	Obiettivi individuati dal protocollo d'intesa Università-Regione FVG. Evidenziare l'attività di didattica tutoriale svolta nell'ambito delle strutture afferenti al DAI Implementare l'attività di ricerca del personale afferente al DAI	TARGET: Report trimestrale a partire da terzo trimestre 2016 sulle attività didattiche tutoriali svolte nei rispettivi reparti con quantificazione dell'impegno del personale strutturato e del numero di soggetti in formazione coinvolti Attività scientifica e pubblicistica con caratteri di impatto almeno pari al 2015
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.</p>	<p>TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.</p>
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe</p>	<p>TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione</p>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
19-68	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre il rapporto tra ricoveri ad altro rischio di inappropriatezza e ricoveri appropriati	Ridurre il rapporto tra ricoveri ad altro rischio di inappropriatezza e ricoveri appropriati
19-70	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Clinica odontoiatrica e stomatologica (UCO)**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - ass. amm.vo - C	1,0	1,0	1,0	1,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	17,1	16,1	18,0	17,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	1,0	1,0	1,0	1,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	3,0	2,8	3,0	3,0
Ota-Oss - op. tec. add. assistenza (ota) - B	1,0	0,9	1,0	1,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	5,5	5,4	6,0	6,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. odontotec. - D	2,0	2,0	2,0	2,0
<b>Totale</b>	<b>30,6</b>	<b>29,2</b>	<b>32,0</b>	<b>31,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza. Sarà sostituita un'assenza lunga (1 Infermiere). Sarà assunta una figura di igienista nell'ambito del progetto di odontoiatria sociale

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").



**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti**

**SC Clinica odontoiatrica e stomatologica (UCO)**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico universitario - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico universitario	7,2	7,0	7,0	7,0
dirigente medico	3,0	2,8	3,0	3,0
<b>Totale</b>	<b>11,2</b>	<b>10,9</b>	<b>11,0</b>	<b>11,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario. Il Direttore del CdR evidenzia che nei primi mesi del 2015 la dotazione prevedeva 2 dirigenti medici universitari convenzionati e chiede il ripristino al più presto anche in relazione all'avvio del progetto di odontoiatria sociale. Chiede inoltre la stabilizzazione di un posto ora occupato da un TD nell'ex area territoriale

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato omnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.

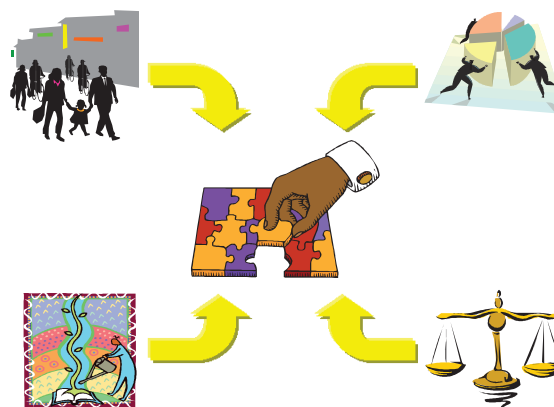


## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	17.533	0	17.533	187	3.837	182.252	161.009	0	<b>364.818</b>

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate". La valutazione dovrà tener conto anche dei rimborsi dei costi per protesica e libera professione



## BUDGET 2016

**CdR: SC Chirurgia Plastica (UCO)**

**Direttore: Dott. Zoran Arnez**





**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC Chirurgia Plastica (UCO)**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Ricovero ordinario**

Entrati	319	148	211	63	42,6
di cui accettati	219	102	132	30	29,4
di cui trasferiti	100	46	79	33	71,7
Usciti	318	152	209	57	37,5
Dimessi	289	139	185	46	33,1
Trasferiti	29	13	24	11	84,6
Casi trattati	313	150	212	62	41,3
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	2.413	1.123	1.578	455	40,5
Entrati usciti lo stesso giorno	12	6	8	2	33,3
Posti letto medi	13,0	13,0	13,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>51,1</i>	<i>48,0</i>	<i>67,0</i>	<i>19,0</i>	<i>39,6</i>
% DRG Chirurgici	93,1	91,4	95,7	4,3	4,7
% DRG Medici	6,9	8,6	4,3	-4,3	-50,0
Peso DRG (dei dimessi)	355,5	168,2	225,1	56,9	33,8

**Performance in ricovero ordinario**

<i>Indice comparativo di performance</i>	<i>1,08</i>	<i>0,95</i>	<i>1,25</i>	<i>0,30</i>	<i>31,6</i>
<i>Degenza media del caso netta</i>	<i>7,9</i>	<i>7,8</i>	<i>7,6</i>	<i>-0,1</i>	<i>-1,7</i>
<i>Deg. media preoperatoria su casi non urgenti con DRG chir.</i>	<i>0,93</i>	<i>0,96</i>	<i>1,00</i>	<i>0,04</i>	<i>4,2</i>
% dimessi outlier	4,2	3,6	2,2	-1,4	-38,9
Giornate di degenza outlier	202	27	57	30	111,1
% Giornate di degenza outlier	7,4	2,2	3,5	1,3	59,1
Giornate di degenza post dimissibilità	34	===	===	===	===
% Giornate di degenza post dimissibilità	0,7	0,0	0,0	0,0	===
% di ricoveri ripetuti in reparto entro 30 giorni (ric. ord.)	5,2	5,0	5,4	0,4	8,0

**Ricoveri in DH**

Accolti	115	70	47	-23	-32,9
Dimessi	115	70	45	-25	-35,7
Accessi	127	76	56	-20	-26,3
Posti letto medi	3,0	3,0	3,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>13,50</i>	<i>16,20</i>	<i>12,00</i>	<i>-4,20</i>	<i>-25,9</i>
<i>Accessi medi per caso</i>	<i>1,1</i>	<i>1,1</i>	<i>1,2</i>	<i>0,1</i>	<i>9,2</i>
% DRG Chirurgici	100,00	100,00	100,00	0,00	0,0
% DRG medici	0,00	0,00	0,00	0,00	===
Peso DRG (dei dimessi)	114,8	68,6	44,5	-24,1	-35,1
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	<i>1,000</i>	<i>0,980</i>	<i>0,990</i>	<i>0,010</i>	<i>1,0</i>

**Attività chirurgica**

Interventi chirurgici in regime di ricovero	380	198	208	10	5,1
% di interventi urgenti	8,2	11,1	9,1	-2,0	-17,8
<i>Tasso operatorio (ric. ord. + dh)</i>	<i>90,3</i>	<i>93,0</i>	<i>82,9</i>	<i>-10,1</i>	<i>-10,9</i>
% DRG chirurgici (ric. ord. + dh)	95,0	94,3	96,5	2,2	2,3
% Day surgery	37,2	44,7	29,4	-15,3	-34,2



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC Chirurgia Plastica (UCO)**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**Caratteristiche della casistica trattata in ricovero**

Indice case mix (ric. ord.)	1,12	1,18	1,17	0,0	-0,8
Peso medio DRG (ric. ord.)	1,230	1,210	1,220	0,010	0,8
Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)	1,260	1,240	1,240	0,000	0,0
Peso medio DRG Medici (ric. ord.)	0,770	0,840	0,760	-0,080	-9,5
% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)	57,8	67,6	53,3	-14,3	-21,2
% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)	12,5	7,2	16,3	9,1	126,4
% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)	29,8	25,2	30,4	5,2	20,6
% di attrazione extra Prov. Ts	16,6	16,3	13,5	-2,7	-16,8
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts	9,9	9,6	9,2	-0,4	-4,2
% di attrazione Extra Regionale	6,7	6,7	4,4	-2,3	-34,8

**Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)**

Numero di prestazioni	12.345	6.770	5.478	-1.292	-19,1
di cui visite	1.783	936	983	47	5,0
di cui controlli	1.966	1.114	672	-442	-39,7
% di prime visite sul totale di visite e controlli	47,6	45,7	59,4	13,7	30,0
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)	7,5	8,5	6,4	-2,1	-24,7
% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)	2,6	2,6	2,2	-0,4	-15,4
% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	11,6	13,2	11,1	-2,1	-15,9

**DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI**

**Compilazione cartella clinica**

% compilazione della cartella clinica (escl. valutazione consenso trattamento dati e medici in formazione specialistica)	92,8	92,3	93,9	1,6	1,7
% di compilazione codice di dimissibilità	0,3	0,0	0,0	0,0	===

**Buon uso del sangue e degli emocomponenti**

% mancate comunic. avvenuta trasf./utilizzo sul tot. unità cons.	44,12	26,67	23,33	-3,33	-12,5
% richieste inappropriate	5,26	4,76	10,34	5,58	117,2
% richieste incomplete	7,89	4,76	10,34	5,58	117,2

**Distribuzione diretta**

Distribuzione diretta farmaci PHT (€)	67	7	93	85	1.193,3
Distribuzione primo ciclo: rapporto % cicli/dimessi	61	66	62	-4	-5,4

**Elogi/Segnalazioni/Reclami**

Elogi	8	3	9	6	200,0
Segnalazioni/reclami	2	2	0	-2	-100,0



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
5-16	3.2.2 Screening Oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia - K della MAMMELLA	Implementazione percorso alto rischio attraverso selezione pazienti in corso di esame radiologico e/o visita senologica e/o oncologica mediante utilizzo apposita tabella di fattori di rischio che definiscano l'eleggibilità a counselling genetico, eventuale test e/o screening personalizzato  Obiettivo assegnato alle strutture afferenti alla Breast Unit	TARGET: Definire un protocollo condiviso (anche con IRCCS Burlo) e avviarne l'implementazione  Adottare un protocollo provinciale coerente con i principi di accreditamento EUSOMA per la definizione del profilo di rischio eredo-familiare del cancro della mammella (protocollo coerente con i principi di accreditamento EUSOMA inviata alla DCS per l'adozione formale)	9	7	7
5-17	3.2.2 Screening Oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia - K della MAMMELLA	Portare a termine accreditamento EUSOMA della BREAST UNIT	TARGET: Accreditamento ottenuto entro l'anno.	10	9	9
5-18	3.2.2 Screening Oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia - K della MAMMELLA	Aggiornamento PTDA ca mammella elaborato nel novembre 2014  Sono coinvolte nell'obiettivo tutte le strutture afferenti alla Breast Unit	TARGET: Aggiornare il contenuto ed i processi descritti nel documento di PTDA già condiviso nel 2014 - secondo le ultime evidenze scientifiche - definendo le tempistiche delle varie fasi del percorso	9	7	7
5-20	3.2.2 Screening Oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia - K della MAMMELLA	Appropriato trattamento delle ulcere croniche nel paziente diabetico e contributo alla riduzione del tasso di amputazioni maggiori.  Azioni Implementare il PDTA regionale (DGR 1676 del 28.08.2015) per il paziente diabetico	TARGET: Formalizzazione del protocollo INTRAOSPEDALIERO  Variazione 2016-2015 positiva della % di n° arti inferiori rivascularizzati dalla Radiologia interventistica  Almeno il 95% dei pazienti diabetici che accedono in PS con diagnosi di piede diabetico acuto "infetto" viene sottoposto ad intervento chirurgico entro 72 ore	9	7	7
14-45	3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti - PANCREAS. Miglioramento delle cure e avvio rete clinica dedicata al paziente diabetico (obiettivo in collaborazione con il referente aziendale della rete, dott. Riccardo Candido)	Implementazione del PDTA regionale (DGR 1676 del 28.08.2015) per il paziente diabetico e Diminuzione scompensi diabetici perioperatori, diminuzione complicanze correlate.  Azioni Applicazione del PDTA diabete nelle Chirurgie  Obiettivo assegnato alla Clinica medica ed alle chirurgie	TARGET: 1) Evidenza dell'applicazione dei protocolli ospedalieri coerenti con il PDTA regionale e la rete di cura ASUITs nel 100% dei casi (controllo a campione del 20% delle cartelle) 2) Aumento delle consulenze perioperatorie rispetto al 2015 3) Diminuzione degenza pre e postoperatoria nei pazienti con comorbidità diabetica rispetto al 2015	9	7	7
19-69	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	Ridurre la degenza media preoperatoria per i pazienti chirurgici in elezione [nel 2015: 1,0 giorni a livello aziendale]	TARGET: Degenza media preoperatoria nei pazienti elettivi <0,9 gg	9	7	7



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-79	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	Costruzione del Percorso preventivo-diagnostico-terapeutico e assistenziale per il paziente affetto da Melanoma.  Azioni Costruire il percorso di cura intraospedaliero condiviso nel trattamento del melanoma cutaneo. Obiettivo assegnato a SC Chirurgia Plastica SC Chirurgia Generale SC Clinica Dermatologica SC Oncologia SC Anatomia patologica. Capofila SC Chirurgia Plastica	TARGET: Pubblicazione del percorso di cura INTRAOSPEDALIERO sul sito Internet ASUITs entro il 31.12.2016	9	7	7
19-80	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	Semplificazione del monitoraggio dei lembi microchirurgici: incremento dell'efficienza nel monitoraggio degli interventi in microchirurgia.  Azioni Introdurre nuove tecniche di monitoraggio sui pazienti trattati in ORL e per chirurgia mammaria	TARGET: Riduzione della durata del monitoraggio semi-intensivo del 50% nel 2° semestre 2016 rispetto al 2015	9	7	7
21-123	3.4.8. Rischio clinico	Mantenere gli standard di compilazione della cartella clinica definiti in fase di ri-accreditamento JCI	TARGET: >=90%	9	7	7
21-124	3.4.8. Rischio clinico	Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede: 1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet) 2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%) 3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica	TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento 2) Risultato della survey >= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)  MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2	9	7	7



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
21-127	3.4.8. Rischio clinico	Supervisione e/o controllo, da parte del Medico strutturato universitario e/o ospedaliero, dell'attività svolta dagli Specializzandi iscritti alle Scuole di specializzazione afferenti al Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche e della Salute (Università degli Studi di Trieste) e che svolgono attività formativa presso l'Ospedale Cattinara-Maggiore Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste.  Azioni Certificare le attività svolte dallo specializzando nell'ambito dei vari gradi di autonomia e valutare la loro aderenza agli standard qualitativi inclusi i goal IPSPG Utilizzare il timbro personale da parte dello specializzando da apporre su ogni firma. Obiettivo comune del DAI di ch Specialistiche	TARGET: Almeno il 60% di conformità allo standard misurato attraverso campione di cartelle cliniche (dimensione "Medici in formazione specialistica", item "Supervisione attività dei medici in formazione specialistica") nel 2° semestre 2016		7	7
21-191	3.4.8. Rischio clinico	Integrazione Lettera di dimissione con compilazione scheda fattori di rischio  Azioni Estensione dalla fase sperimentale a regime	TARGET: % adesione nel secondo semestre 2016 (target 100%)  La valutazione raggiungimento obiettivo sarà effettuata sulla base del report trasmesso dall'Amministrazione regionale		7	7
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	TARGET: Almeno l'80% dei referti su G2 e delle lettere di dimissione vengono firmati digitalmente  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Per quanto riguarda le lettere di dimissione l'obiettivo è subordinato alla fornitura ed installazione dello specifico applicativo		7	7
30-172	Sviluppo del sistema informativo	Archiviazione della documentazione fotografica clinica: le immagini fotografiche relative alle attività di chirurgia plastica sono archiviate nel sistema aziendale  Azioni Adeguare il software alle esigenze del reparto Definire le caratteristiche di catalogazione (categorie e sottocategorie) per l'archiviazione delle immagini Archiviare le immagini di nuova acquisizione	TARGET: Inserimento nel sistema tutte le immagini acquisite dal mese di giugno 2016	9	7	7
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
19-66	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Contribuire alla riduzione della percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG Medico a livello aziendale. Dato aziendale 2015 38% (nel I semestre 2015 31%)	TARGET: Adesione alle prescrizioni aziendali in materia (riduzione della percentuale e/o del numero assoluto di DH diagnostici rispetto al dato registrato nel 2015).
22-147	3.5 Assistenza farmaceutica	Mantenimento della distribuzione del primo ciclo Garantire il primo ciclo di cure conforme a quanto previsto dalla lettera di dimissione in particolare a tutti i pazienti trasferiti in RSA	TARGET: 1) Mantenere il rapporto % cicli/dimessi registrato nel 2015 2) Assenza di segnalazioni di mancata o non conforme consegna dei farmaci in primo ciclo ai pazienti trasferiti in RSA  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Sul punto 1 argine pari alla deviazione standard degli ultimi due anni
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015  MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
25-152	Integrazione con l'Università	Obiettivi individuati dal protocollo d'intesa Università-Regione FVG. Evidenziare l'attività di didattica tutoriale svolta nell'ambito delle strutture afferenti al DAI Implementare l'attività di ricerca del personale afferente al DAI	TARGET: Report trimestrale a partire da terzo trimestre 2016 sulle attività didattiche tutoriali svolte nei rispettivi reparti con quantificazione dell'impegno del personale strutturato e del numero di soggetti in formazione coinvolti Attività scientifica e pubblicistica con caratteri di impatto almeno pari al 2015
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
19-68	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre il rapporto tra ricoveri ad altro rischio di inappropriatezza e ricoveri appropriati	Ridurre il rapporto tra ricoveri ad altro rischio di inappropriatezza e ricoveri appropriati
19-70	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]





**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Chirurgia Plastica (UCO)**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	1,0	1,0	1,0	1,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	15,4	15,1	21,0	20,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	3,6	3,5	5,0	5,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	3,3	3,0	7,0	8,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	1,0	1,0	1,0	1,0
<b>Totale</b>	<b>24,4</b>	<b>23,6</b>	<b>35,0</b>	<b>35,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

Si prevede il trasferimento di 3 Infermieri e 2 OSS alla chirurgia toracica. Per il restante personale è prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza.

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****SC Chirurgia Plastica (UCO)**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico universitario - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico	6,0	6,0	6,0	6,0
<b>Totale</b>	<b>7,0</b>	<b>7,0</b>	<b>7,0</b>	<b>7,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario. La SC segnala la probabile scadenza di due assegni di ricerca verso fine anno. La situazione sarà valutata in fase di definizione della manovra 2017.

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato omnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.

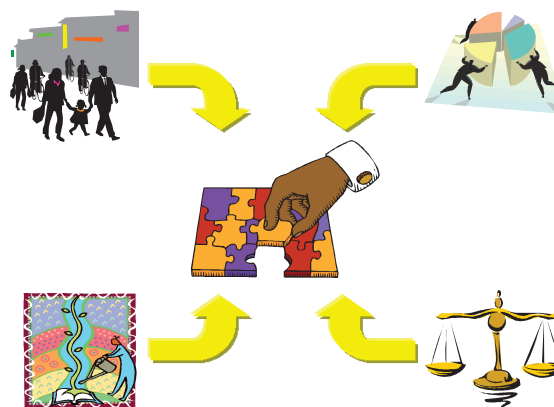


## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	33.540	0	33.540	1.705	1.439	272.552	69.436	0	378.673

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



## BUDGET 2016

**CdR: DAI di Ortopedia Riabilitazione e Medicina del Lavoro**

**Direttore: Prof. Massimo Bovenzi**



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività**  
**DAI di Ortopedia Riabilitazione e Medicina del Lavoro**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Ricovero ordinario**

Entrati	2.031	1.001	1.039	38	3,8
di cui accettati	1.885	931	983	52	5,6
di cui trasferiti	146	70	56	-14	-20,0
Usciti	2.043	1.013	1.045	32	3,2
Dimessi	1.886	943	980	37	3,9
di cui deceduti	9	5	3	-2	-40,0
Trasferiti	157	70	65	-5	-7,1
Casi trattati	2.032	1.041	1.079	38	3,7
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	24.542	12.889	10.880	-2.009	-15,6
Entrati usciti lo stesso giorno	77	30	70	40	133,3
Posti letto medi	88,6	88,2	84,0	-4,2	-4,8
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	76,1	80,9	71,6	-9,3	-11,5
% DRG Chirurgici	81,5	81,9	84,6	2,7	3,3
% DRG Medici	18,5	18,1	15,4	-2,7	-14,9
Peso DRG (dei dimessi)	2.619,5	1.299,8	1.316,9	17,1	1,3

**Performance in ricovero ordinario**

<i>Degenza media del caso netta</i>	12,4	12,6	10,7	-1,9	-15,1
<i>Deg. media preoperatoria su casi non urgenti con DRG chir.</i>	0,99	0,98	0,97	-0,01	-1,0
% dimessi outlier	5,2	5,4	4,9	-0,5	-9,3
Giornate di degenza outlier	2.618	1.492	1.102	-390	-26,1
% Giornate di degenza outlier	10,8	11,7	10,3	-1,4	-12,0
Giornate di degenza post dimissibilità	11.917	6.803	4.089	-2.714	-39,9
% Giornate di degenza post dimissibilità	8,2	7,9	7,8	-0,1	-1,3
% di ricoveri ripetuti in reparto entro 30 giorni (ric. ord.)	2,1	1,9	1,0	-0,9	-47,4

**Ricoveri in DH**

Accolti	94	53	63	10	18,9
Dimessi	94	53	61	8	15,1
Accessi	156	72	164	92	127,8
Posti letto medi	16,0	16,0	16,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	3,10	2,90	6,60	3,70	127,6
Accessi medi per caso	1,3	1,2	1,9	0,7	56,3
% DRG Chirurgici	78,70	81,10	78,70	-2,40	-3,0
% DRG medici	21,30	18,90	21,30	2,40	12,7
% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici	33,33	50,00	0,00	-50,00	-100,0
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	1	1	0	-1	-100,0
Peso DRG (dei dimessi)	73,0	42,4	45,0	2,6	6,2
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	0,780	0,800	0,740	-0,060	-7,5

**Attività chirurgica**

Interventi chirurgici in regime di ricovero	1.723	860	942	82	9,5
% di interventi urgenti	17,0	14,4	16,8	2,4	16,3
<i>Tasso operatorio (ric. ord. + dh)</i>	95,1	94,5	98,2	3,7	3,9



## Budget 2016 - Parte 1 - Attività

### DAI di Ortopedia Riabilitazione e Medicina del Lavoro

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

% DRG chirurgici (ric. ord. + dh)	92,6	92,1	95,6	3,5	3,8
% Day surgery	20,2	18,7	25,0	6,3	33,7

#### Caratteristiche della casistica trattata in ricovero

Peso medio DRG (ric. ord.)	1,390	1,380	1,340	-0,040	-2,9
Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)	1,520	1,510	1,430	-0,080	-5,3
Peso medio DRG Medici (ric. ord.)	0,790	0,790	0,850	0,060	7,6
% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)	36,3	36,7	40,2	3,5	9,5
% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)	18,3	18,5	16,0	-2,5	-13,5
% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)	45,4	44,9	43,8	-1,1	-2,4
% di attrazione extra Prov. Ts	6,1	5,5	5,7	0,1	2,6
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts	2,6	2,8	2,0	-0,8	-28,2
% di attrazione Extra Regionale	3,5	2,7	3,7	0,9	34,7

#### Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)

Numero di prestazioni	60.409	31.978	33.793	1.815	5,7
di cui visite	9.172	4.783	5.192	409	8,6
di cui controlli	8.257	4.062	4.798	736	18,1
% di prime visite sul totale di visite e controlli	52,6	54,1	52,0	-2,1	-3,9
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)	4,8	4,9	5,1	0,2	4,1
% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)	5,1	4,7	4,9	0,2	4,3
% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	15,2	16,2	16,3	0,1	0,6

### DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI

#### Compilazione cartella clinica

% compilazione della cartella clinica (escl. valutazione consenso trattamento dati e medici in formazione specialistica)	89,8	89,2	90,6	1,4	1,6
% di compilazione codice di dimissibilità	60,6	61,7	47,9	-13,8	-22,4

#### Buon uso del sangue e degli emocomponenti

% mancate comunic. avvenuta trasf./utilizzo sul tot. unità cons.	1,35	0,86	1,78	0,91	105,6
% richieste inappropriate	2,36	1,14	2,35	1,21	105,9
% richieste incomplete	30,06	31,77	26,98	-4,79	-15,1

#### Distribuzione diretta

Distribuzione primo ciclo: rapporto % cicli/dimessi	143	141	124	-16	-11,7
---	-----	-----	-----	-----	-------

#### Elogi/Segnalazioni/Reclami

Elogi	24	13	14	1	7,7
Segnalazioni/reclami	8	3	3	0	0,0



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
24-150	Governo delle risorse assegnate	Governo delle risorse correnti utilizzate dalle Strutture afferenti al Dipartimento	TARGET: Monitoraggio attivo del budget assegnato alle strutture del Dipartimento
31-174	Sviluppo delle politiche del personale	Definizione del Piano ferie nei tempi previsti e invio di un report mensile alla Direzione Infermieristica sulla situazione delle ferie fruito dal personale del Comparto	TARGET: Piano ferie prodotto nei tempi concordati
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-176	Sviluppo delle politiche del personale	Monitoraggio delle eccedenze orarie del personale del comparto al fine del contenimento delle liquidazioni entro il Budget assegnato.	TARGET: Produzione di una reportistica mensile sulle eccedenze orarie del personale del comparto con evidenza di: 1) credito orario liquidato 2) credito orario residuo
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione

**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto****DAI di Ortopedia Riabilitazione e Medicina del Lavoro**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	0,2	0,2	1,0	1,0
Amministrativi - ass. amm.vo - C	1,9	1,9	1,0	1,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	72,2	70,3	72,0	81,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	2,4	2,4	2,0	2,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	8,5	8,1	8,0	9,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	39,5	35,2	39,0	45,0
Personale Riabilitazione - coll. prof. san. massaggiatore non vedente - D	1,0	1,0	1,0	1,0
Personale Riabilitazione - coll. prof. san. logopedista - D	2,0	2,0	2,0	2,0
Personale Riabilitazione - coll. prof. san. fisioterapista - D	40,8	38,9	40,0	40,0
Personale Riabilitazione - coll. prof. san. terapeuta occupaz. - D	2,0	2,0	2,0	2,0
Personale Riabilitazione - coll. prof. san. esperto fisioterapista - DS	2,0	2,0	2,0	2,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	3,2	2,4	3,0	3,0
Tecnici non sanitari - op. tec. spec. serv. gen - BS	0,6	0,4	1,0	1,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. neurofisiopat. - D	1,0	0,7	1,0	1,0
<b>Totale</b>	<b>177,3</b>	<b>167,3</b>	<b>175,0</b>	<b>191,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza





**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti**

**DAI di Ortopedia Riabilitazione e Medicina del Lavoro**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico universitario - direttore di SC	2,0	2,0	2,0	2,0
dirigente medico - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico universitario	3,0	3,0	3,0	3,0
dirigente medico	27,5	26,9	28,0	28,0
dirigente psicologo	3,0	2,9	3,0	3,0
<b>Totale</b>	<b>36,5</b>	<b>35,8</b>	<b>37,0</b>	<b>37,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato omnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.

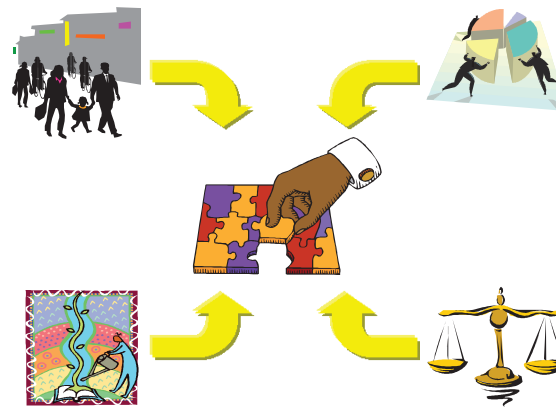


## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	141.627	0	141.627	9.757	7.850	1.130.797	569.993	0	1.860.025

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



## BUDGET 2016

**CdR: SC Clinica Ortopedica e traumatologica (UCO)**

**Direttore: Prof. Luigi Murena**



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività**  
**SC Clinica Ortopedica e traumatologica (UCO)**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Ricovero ordinario**

Entrati	1.804	896	929	33	3,7
di cui accettati	1.658	826	873	47	5,7
di cui trasferiti	146	70	56	-14	-20,0
Usciti	1.817	909	933	24	2,6
Dimessi	1.660	839	868	29	3,5
di cui deceduti	9	5	3	-2	-40,0
Trasferiti	157	70	65	-5	-7,1
Casi trattati	1.783	914	946	32	3,5
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	16.264	8.722	6.638	-2.084	-23,9
Entrati usciti lo stesso giorno	77	30	70	40	133,3
Posti letto medi	64,6	64,2	60,0	-4,2	-6,5
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	69,3	75,3	61,4	-13,9	-18,5
% DRG Chirurgici	92,5	91,9	95,5	3,6	3,9
% DRG Medici	7,5	8,1	4,5	-3,6	-44,4
Peso DRG (dei dimessi)	2.410,4	1.202,0	1.213,3	11,3	0,9

**Performance in ricovero ordinario**

<i>Indice comparativo di performance</i>	1,34	1,48	1,04	-0,44	-29,7
<i>Degenza media del caso netta</i>	9,4	9,7	7,5	-2,2	-22,8
<i>Deg. media preoperatoria su casi non urgenti con DRG chir.</i>	0,99	0,98	0,97	-0,01	-1,0
% dimessi outlier	2,2	2,5	1,8	-0,7	-28,0
Giornate di degenza outlier	542	342	185	-157	-45,9
% Giornate di degenza outlier	3,4	3,9	2,8	-1,1	-28,2
Giornate di degenza post dimissibilità	11.917	6.803	4.089	-2.714	-39,9
% Giornate di degenza post dimissibilità	12,4	11,5	12,6	1,1	9,6
% di ricoveri ripetuti in reparto entro 30 giorni (ric. ord.)	2,0	2,0	0,7	-1,3	-65,0

**Ricoveri in DH**

Accolti	77	45	49	4	8,9
Dimessi	77	45	49	4	8,9
Accessi	78	46	49	3	6,5
Posti letto medi	4,0	4,0	4,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	6,20	7,40	7,90	0,50	6,8
<i>Accessi medi per caso</i>	1,0	1,0	1,0	0,0	-2,0
% DRG Chirurgici	96,10	95,60	98,00	2,40	2,5
% DRG medici	3,90	4,40	2,00	-2,40	-54,5
% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici	33,33	50,00	0,00	-50,00	-100,0
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	1	1	0	-1	-100,0
Peso DRG (dei dimessi)	61,6	37,1	37,0	-0,2	-0,4
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	0,800	0,820	0,750	-0,070	-8,5

**Attività chirurgica**

Interventi chirurgici in regime di ricovero	1.723	860	942	82	9,5
% di interventi urgenti	17,0	14,4	16,8	2,4	16,3



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività**  
**SC Clinica Ortopedica e traumatologica (UCO)**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
Tasso operatorio (ric. ord. + dh)	95,1	94,5	98,2	3,7	3,9
% DRG chirurgici (ric. ord. + dh)	92,6	92,1	95,6	3,5	3,8
% Day surgery	20,2	18,8	25,0	6,2	33,0

**Caratteristiche della casistica trattata in ricovero**

Indice case mix (ric. ord.)	1,24	1,28	1,16	-0,1	-9,4
Peso medio DRG (ric. ord.)	1,450	1,430	1,400	-0,030	-2,1
Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)	1,520	1,510	1,430	-0,080	-5,3
Peso medio DRG Medici (ric. ord.)	0,570	0,570	0,630	0,060	10,5
% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)	36,8	36,6	41,2	4,6	12,6
% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)	16,4	17,3	14,6	-2,7	-15,6
% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)	46,8	46,1	44,1	-2,0	-4,3
% di attrazione extra Prov. Ts	6,3	5,8	5,7	-0,1	-1,7
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts	2,6	2,8	2,0	-0,9	-30,6
% di attrazione Extra Regionale	3,6	2,9	3,7	0,8	26,1

**Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)**

Numero di prestazioni	18.380	9.218	10.329	1.111	12,1
di cui visite	3.867	1.814	2.108	294	16,2
di cui controlli	7.855	3.858	4.638	780	20,2
% di prime visite sul totale di visite e controlli	33,0	32,0	31,2	-0,8	-2,5
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)	1,8	1,7	1,4	-0,3	-17,6
% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)	2,0	1,7	2,0	0,3	17,6
% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	3,7	3,6	2,6	-1,0	-27,8

**DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI**

**Compilazione cartella clinica**

% compilazione della cartella clinica (escl. valutazione consenso trattamento dati e medici in formazione specialistica)	89,2	87,7	89,2	1,5	1,7
% di compilazione codice di dimissibilità	68,9	69,4	54,0	-15,4	-22,2

**Buon uso del sangue e degli emocomponenti**

% mancate comunic. avvenuta trasf./utilizzo sul tot. unità cons.	1,37	0,88	1,57	0,69	78,1
% richieste inappropriate	2,38	1,15	2,35	1,20	104,7
% richieste incomplete	29,77	31,42	26,91	-4,51	-14,3

**Distribuzione diretta**

Distribuzione primo ciclo: rapporto % cicli/dimessi	153	149	133	-16	-10,6
---	-----	-----	-----	-----	-------

**Elogi/Segnalazioni/Reclami**

Elogi	10	6	6	0	0,0
Segnalazioni/reclami	7	3	1	-2	-66,7



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
16-52	3.4.2. Emergenza urgenza	Implementazione del PDTA delle fratture del femore: integrazione dell'attività di ortogeriatría.  Azioni Implementare la parte di ortogeriatría del PDTA delle fratture di femore mediante stesura di un documento condiviso che descriva il processo di accoglimento e gestione del paziente fratturato da parte del reparto di ortopedia con la collaborazione del geriatra comprendente gli aspetti medici ed infermieristici	TARGET: Integrazione del PDTA delle fratture del femore con istruzioni operative di orto geriatría e adozione di una modalità di valutazione del paziente orto geriatrico comune (cartella clinica ortopedica)  Aggiornamento del documento condiviso nel 2014 e sua pubblicazione su sito web aziendale	17	10	10
16-53	3.4.2. Emergenza urgenza	Implementazione del PDTA delle fratture del femore: Disponibilità di un protocollo condiviso aziendale per il trattamento del paziente con frattura di femore in terapia antiaggregante e anticoagulante  Azioni Integrare il PDTA delle fratture di femore mediante stesura di un documento condiviso fra ortopedici, cardiologi ed anestesisti per la gestione della terapia antiaggregante e anticoagulante dei pazienti con frattura di femore  Obiettivo comune a Clinica ort, ARTA, Cardiologia	TARGET: Evidenza del protocollo.  Produzione di Istruzioni operative sulla gestione della terapia antiaggregante e anticoagulante perioperatoria per integrare il PDTA		10	10
19-69	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	Ridurre la degenza media preoperatoria per i pazienti chirurgici in elezione [nel 2015: 1,0 giorni a livello aziendale]	TARGET: Degenza media preoperatoria nei pazienti elettivi <1 gg	17	10	10
19-81	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	Avvio del "Patient Blood Management" presso l'Ospedale di Cattinara.  Condividere un progetto sul Patient Blood Management con le Strutture di Anestesia e Rianimazione e di Clinica ortopedica dell'Ospedale di Cattinara per i pazienti candidati a interventi ortopedici in elezione	TARGET: 1) Evidenza del progetto  2) Evidenza avvio richieste tramite emonetweb	23	10	10



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-109	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	Miglioramento della guardia ortopedica h24 e riduzione dell'utilizzo della sala gessi per attività sui pazienti ricoverati  Azioni Decongestionare l'attività della sala gessi mediante l'istituzione di un ambulatorio per piano di degenza ove eseguire le medicazioni e il confezionamento degli apparecchi gessati dei pazienti degenti nei reparti di ortopedia	TARGET: Il 90% dei ricoverati nelle due degenze delle ortopedie che prima della dimissione necessitano un gesso, trovano esecuzione al piano di degenza (fonte registro interno)	23	10	10
20-117	3.4.7. Tempi d'attesa	Al fine del rispetto dei tempi di attesa si richiede l'effettuazione nel II semestre 2016 di un numero di prestazioni pari a quello indicato nella sezione "indicatori".	TARGET: Visita ortopedica (89.7) 350 Brevi 200 Differite  MODALITA' DI VALUTAZIONE: In sede di valutazione, in caso di scostamento dal numero di prestazioni prestabilito, si terrà conto del rispetto dei tempi di attesa nella specifica categoria di prestazioni.		10	10
21-123	3.4.8. Rischio clinico	Mantenere gli standard di compilazione della cartella clinica definiti in fase di ri-accreditamento JCI	TARGET: >=90%	10	10	10
21-124	3.4.8. Rischio clinico	Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede: 1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet) 2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%) 3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica	TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento 2) Risultato della survey >= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)  MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2	10	10	10
21-191	3.4.8. Rischio clinico	Integrazione Lettera di dimissione con compilazione scheda fattori di rischio  Azioni Estensione dalla fase sperimentale a regime	TARGET: % adesione nel secondo semestre 2016 (target 100%)  La valutazione raggiungimento obiettivi sarà effettuata sulla base del report trasmesso dall'Amministrazione regionale		10	10



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	TARGET: Almeno l'80% dei referti su G2 e delle lettere di dimissione vengono firmati digitalmente  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Per quanto riguarda le lettere di dimissione l'obiettivo è subordinato alla fornitura ed installazione dello specifico applicativo		10	10
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>





Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
19-66	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Contribuire alla riduzione della percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG Medico a livello aziendale. Dato aziendale 2015 38% (nel I semestre 2015 31%)	TARGET: Adesione alle prescrizioni aziendali in materia (riduzione della percentuale e/o del numero assoluto di DH diagnostici rispetto al dato registrato nel 2015).
22-147	3.5 Assistenza farmaceutica	Mantenimento della distribuzione del primo ciclo Garantire il primo ciclo di cure conforme a quanto previsto dalla lettera di dimissione in particolare a tutti i pazienti trasferiti in RSA	TARGET: 1) Mantenere il rapporto % cicli/dimessi registrato nel 2015 2) Assenza di segnalazioni di mancata o non conforme consegna dei farmaci in primo ciclo ai pazienti trasferiti in RSA  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Sul punto 1 argine pari alla deviazione standard degli ultimi due anni
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015  MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
19-68	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre il rapporto tra ricoveri ad altro rischio di inappropriatezza e ricoveri appropriati	Ridurre il rapporto tra ricoveri ad altro rischio di inappropriatezza e ricoveri appropriati
19-70	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Clinica Ortopedica e traumatologica (UCO)**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	49,3	48,0	49,0	57,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	1,4	1,4	1,0	1,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	6,4	6,0	6,0	7,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	32,5	28,3	32,0	38,0
Tecnici non sanitari - op. tec. spec. serv. gen - BS	0,6	0,4	1,0	0,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio- assist. - A	2,4	1,7	2,0	2,0
<b>Totale</b>	<b>92,6</b>	<b>85,8</b>	<b>91,0</b>	<b>105,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").



**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti**

**SC Clinica Ortopedica e traumatologica (UCO)**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico universitario - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico universitario	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico	18,2	18,1	19,0	19,0
<b>Totale</b>	<b>20,2</b>	<b>20,1</b>	<b>21,0</b>	<b>21,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario. E' prevista la copertura di un posto per il quale è stato già bandito un concorso, nonché la stabilizzazione di un posto ora coperto da un TD.

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato omnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.

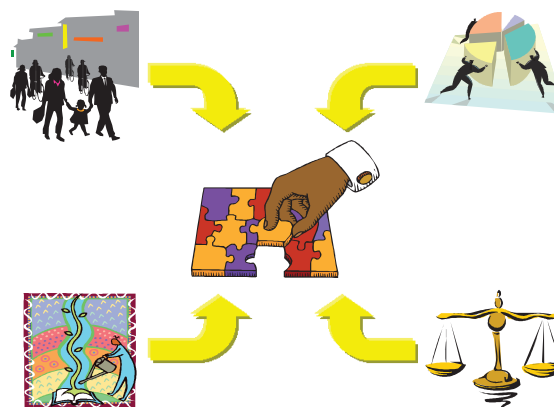


Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	99.104	0	99.104	5.421	6.049	1.071.851	569.993	0	1.752.418

Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



## BUDGET 2016

**CdR: SC Medicina del Lavoro (UCO)**

**Direttore: Prof. Massimo Bovenzi**



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC Medicina del Lavoro (UCO)**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Ricoveri in DH**

Accolti	14	7	10	3	42,9
Dimessi	14	7	8	1	14,3
Accessi	18	8	10	2	25,0
Posti letto medi	10,0	10,0	10,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>0,60</i>	<i>0,50</i>	<i>0,60</i>	<i>0,10</i>	<i>20,0</i>
<i>Accessi medi per caso</i>	<i>1,2</i>	<i>1,1</i>	<i>1,0</i>	<i>-0,1</i>	<i>-12,3</i>
<i>% DRG Chirurgici</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>	<i>===</i>
<i>% DRG medici</i>	<i>100,00</i>	<i>100,00</i>	<i>100,00</i>	<i>0,00</i>	<i>0,0</i>
Peso DRG (dei dimessi)	8,5	4,5	4,3	-0,2	-4,0
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	<i>0,600</i>	<i>0,640</i>	<i>0,540</i>	<i>-0,100</i>	<i>-15,6</i>

**Caratteristiche della casistica trattata in ricovero**

<i>% di attrazione extra Prov. Ts</i>	<i>21,4</i>	<i>14,3</i>	<i>25,0</i>	<i>10,7</i>	<i>75,0</i>
---------------------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

**Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)**

Numero di prestazioni	11.809	6.469	7.016	547	8,5
di cui visite	4.415	2.462	2.509	47	1,9
di cui controlli	68	34	39	5	14,7
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	<i>98,5</i>	<i>98,6</i>	<i>98,5</i>	<i>-0,1</i>	<i>-0,1</i>
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>14,7</i>	<i>14,0</i>	<i>16,7</i>	<i>2,7</i>	<i>19,3</i>
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>17,3</i>	<i>16,2</i>	<i>19,1</i>	<i>2,9</i>	<i>17,9</i>
<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	<i>27,0</i>	<i>27,4</i>	<i>29,9</i>	<i>2,5</i>	<i>9,1</i>

**Elogi/Segnalazioni/Reclami**

Elogi	2	1	===	===	===
Segnalazioni/reclami	0	0	===	===	===





Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
2-7	3.2.11. Emersione e prevenzione delle malattie	<p>Adesione al programma del "PERCORSO SOCIO SANITARIO ASSISTENZIALE DEL SOGGETTO ESPOSTO O EX ESPOSTO AD AMIANTO NELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA", DGR 250 d.d. 19.02. 2016</p> <p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- divulgare il percorso socio-sanitario ed assistenziale descritto nell'Allegato 1 alla DGR 250/2016</li> <li>- mettere in atto iniziative rivolte all'applicazione del percorso socio-sanitario e assistenziale sul territorio regionale</li> <li>- (organizzare l'ambulatorio per le malattie amianto correlate)</li> </ul>	TARGET: Incremento dell'attività dell'Ambulatorio per le malattie respiratorie di ex-esposti ad amianto (rispetto al 2015) in accordo con la DGR 250/2016 (Cod. D01 ed E01)	45	40	40
2-8	3.2.11. Emersione e prevenzione delle malattie	<p>Emersione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP)</p> <p>Azioni</p> <p>Redigere, adottare formalmente e avviare un programma integrato di promozione della salute dei dipendenti delle aziende sanitarie, che coinvolga i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici..." del PRP.</p> <p>Obiettivo in collaborazione con la dott.ssa Peresson</p>	<p>TARGET: Modello uniforme di intervento entro dicembre 2016</p> <p>Modello di raccolta dei dati entro dicembre 2016</p> <p>Report sul rischio cardiovascolare globale dei lavoratori dell'Ospedale di Cattinara-Maggiore e delle strutture territoriali di ASUITS entro dicembre 2016</p>	45	40	40
21-124	3.4.8. Rischio clinico	<p>Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet)</li> <li>2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)</li> <li>3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica</li> </ol>	<p>TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento</p> <p>2) Risultato della survey &gt;= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)</p> <p>MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2</p>	10	10	10



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	TARGET: Almeno l'80% dei referti su G2 e delle lettere di dimissione vengono firmati digitalmente  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Per quanto riguarda le lettere di dimissione l'obiettivo è subordinato alla fornitura ed installazione dello specifico applicativo		10	10
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Medicina del Lavoro (UCO)**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	0,2	0,2	1,0	1,0
Amministrativi - ass. amm.vo - C	0,9	0,9	0,0	0,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	8,9	8,5	9,0	9,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	0,1	0,1	0,0	0,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. neurofisiopat. - D	1,0	0,7	1,0	1,0
<b>Totale</b>	<b>11,0</b>	<b>10,4</b>	<b>11,0</b>	<b>11,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").



**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti**

**SC Medicina del Lavoro (UCO)**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico universitario - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico universitario	2,0	2,0	2,0	2,0
dirigente medico	3,7	3,4	3,0	3,0
<b>Totale</b>	<b>6,7</b>	<b>6,4</b>	<b>6,0</b>	<b>6,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario. Si prende atto delle richieste inoltrate dal Direttore della SC in data 12/09/2016 (nota prot Med Lav n. 27/16)

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.



## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

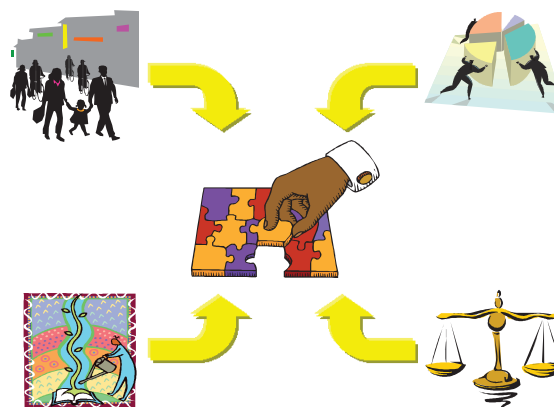
Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	4.278	0	4.278	0	1.183	9.635	0	0	15.096

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".

Servizio Sanitario Regionale

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA  
INTEGRATA DI TRIESTE



**BUDGET 2016**

**CdR: SC Medicina Riabilitativa**

**Direttore: Dott.ssa Valentina Pesavento**



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC Medicina Riabilitativa**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Ricovero ordinario**

Entrati	227	105	110	5	4,8
di cui accettati	227	105	110	5	4,8
Usciti	226	104	112	8	7,7
Dimessi	226	104	112	8	7,7
Casi trattati	249	127	133	6	4,7
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	8.278	4.167	4.242	75	1,8
Posti letto medi	24,0	24,0	24,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	94,5	95,9	97,1	1,2	1,3
% DRG Chirurgici	0,9	1,0	0,0	-1,0	-100,0
% DRG Medici	99,1	99,0	100,0	1,0	1,0
Peso DRG (dei dimessi)	209,1	97,8	103,6	5,8	5,9

**Performance in ricovero ordinario**

Indice comparativo di performance	0,63	0,35	0,68	0,33	94,3
Degenza media del caso netta	33,3	32,6	31,7	-0,9	-2,8
% dimessi outlier	27,0	28,8	28,6	-0,2	-0,7
Giornate di degenza outlier	2.076	1.150	917	-233	-20,3
% Giornate di degenza outlier	25,1	28,8	22,5	-6,3	-21,9
% di ricoveri ripetuti in reparto entro 30 giorni (ric. ord.)	2,7	1,0	3,6	2,6	260,0

**Ricoveri in DH**

Accolti	3	1	4	3	300,0
Dimessi	3	1	4	3	300,0
Accessi	60	18	105	87	483,3
Posti letto medi	2,0	2,0	2,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	9,60	5,80	33,70	27,90	481,0
Accessi medi per caso	8,7	9,0	14,5	5,5	61,1
% DRG Chirurgici	0,00	0,00	0,00	0,00	===
% DRG medici	100,00	100,00	100,00	0,00	0,0
Peso DRG (dei dimessi)	2,9	0,8	3,7	3,0	388,2
Peso medio DRG (dei dimessi)	0,980	0,760	0,930	0,170	22,4

**Caratteristiche della casistica trattata in ricovero**

Indice case mix (ric. ord.)	1,22	1,24	1,14	-0,1	-8,1
Peso medio DRG (ric. ord.)	0,930	0,940	0,920	-0,020	-2,1
Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)	2,310	2,030	===	===	===
Peso medio DRG Medici (ric. ord.)	0,910	0,930	0,920	-0,010	-1,1
% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)	32,3	37,5	32,1	-5,4	-14,4
% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)	32,7	27,9	26,8	-1,1	-3,9
% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)	35,0	34,6	41,1	6,5	18,8
% di attrazione extra Prov. Ts	3,9	2,9	4,3	1,5	50,9
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts	1,3	1,9	0,9	-1,0	-54,7
% di attrazione Extra Regionale	2,6	1,0	3,4	2,5	262,1





**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC Medicina Riabilitativa**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)**

Numero di prestazioni	30.220	16.291	16.448	157	1,0
di cui visite	890	507	575	68	13,4
di cui controlli	334	170	121	-49	-28,8
% di prime visite sul totale di visite e controlli	72,7	74,9	82,6	7,7	10,3
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)	2,7	3,0	2,4	-0,6	-20,0
% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)	2,1	1,9	0,8	-1,1	-57,9
% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	6,4	7,1	6,8	-0,3	-4,2

**DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI**

**Compilazione cartella clinica**

% compilazione della cartella clinica (escl. valutazione consenso trattamento dati e medici in formazione specialistica)	92,8	94,7	96,1	1,5	1,5
% di compilazione codice di dimissibilità	0,0	0,0	0,0	0,0	===

**Buon uso del sangue e degli emocomponenti**

% mancate comunic. avvenuta trasf./utilizzo sul tot. unità cons.	0,00	0,00	25,00	25,00	===
% richieste inappropriate	0,00	0,00	0,00	0,00	===
% richieste incomplete	66,67	71,43	50,00	-21,43	-30,0

**Distribuzione diretta**

Distribuzione primo ciclo: rapporto % cicli/dimessi	81	85	65	-19	-23,0
---	----	----	----	-----	-------

**Elogi/Segnalazioni/Reclami**

Elogi	12	6	8	2	33,3
Segnalazioni/reclami	1	0	2	2	===



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
16-51	3.4.2. Emergenza urgenza	<p>Qualità delle cure e qualità della valutazione del paziente con Ictus applicazione del PDTA regionale per i pazienti colpiti da Ictus acuto</p> <p>Azioni Valutare i livelli di autonomia/disabilità dei pazienti con Ictus attraverso la scala Barthel Index e Rankin Scale modificata sia all'ingresso che all'uscita di ogni setting assistenziale</p>	<p>TARGET: l'85% degli episodi di ricovero con Ictus hanno nella documentazione clinica (cartella clinica) almeno due misurazioni del livello di autonomia e disabilità (scala Barthel Index + Rankin Scale modificata) all'ingresso e all'uscita dalle Strutture di CI Neurologica e dalla SC di Medicina Riabilitativa</p> <p>Periodo di misurazione: Il semestre 2016</p>	15	12	12
16-56	3.4.2. Emergenza urgenza	<p>Attuazione del piano di miglioramento 2016 applicazione del PIC per pazienti colpiti da Ictus e del PDTA regionale</p> <p>Azioni -implementare le fasi del percorso intraospedaliero che hanno dimostrato criticità nel 2015 (riflesso deglutitorio, riabilitazione logopedica intra-ospedaliera) -implementare le fasi del percorso intraospedaliero per i pazienti ricoverati nell'area di medicina interna (valutazione fisiologica, valutazione scale disabilità motorie, ecc.) -costituire il team multi professionale dedicato -continuare l'attività di audit ospedale-territorio sulla continuità riabilitativa</p> <p>Obiettivo comune a CI. Neurologica, CI. ORL, SC Medicina Riabilitativa, DAI Medicina Interna, Riabilitazione distrettuale</p>	<p>TARGET: Riduzione dei tempi di presa in carico riabilitativa dei pazienti con ictus (da 4 a 2 giornate in media dalla ricezione delle richieste fisiologiche)</p>	15	12	12



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-98	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Costruzione dei percorsi clinico-assistenziali INTRA-OSPEDALIERI per le principali patologie neurologiche ad esordio cronico e offerta di percorsi intra-ospedalieri omogenei alle persone affette da M. di Parkinson e Sclerosi Multipla</p> <p>Azioni Costruire i percorsi clinico-assistenziali-riabilitativi intra-ospedalieri per i pazienti ricoverati con specifiche condizioni neurologiche</p> <p>Obiettivo comune a Clinica Neurologica e Medicina Riabilitativa</p>	TARGET: Disponibilità dei protocolli operativi intra-ospedalieri condivisi per la presa in carico riabilitativa di pazienti affetti da M. di Parkinson e Sclerosi Multipla	15	12	12
19-116	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Aggiornamento PIC del paziente con Ictus e dei protocolli di continuità riabilitativa Aggiornamento del PDTA Ictus elaborato nel 2014 e adeguamento delle modalità di presa in carico dei pazienti da riabilitare al PDTA regionale</p> <p>Azioni Proseguire l'attività del tavolo PDTA ictus attraverso il monitoraggio dei percorsi riabilitativi dei pazienti dimessi dalla S.C. Medicina Riabilitativa con diagnosi di ICTUS: 1. Revisione dei documenti in essere per la continuità dalla S.C. Medicina Riabilitativa verso SSD Riabilitazione Distrettuale e predisposizione di un documento, alla luce del PDTA regionale ICTUS, con la descrizione di una modalità condivisa di continuità 2. Segnalazione alle SSD Riabilitazione Distrettuale dei pazienti complessi con esiti di ICTUS ricoverati presso la S.C. Medicina Riabilitativa</p> <p>Obiettivo comune a Clinica Neurologica e Medicina Riabilitativa</p>	<p>TARGET: 1. Disponibilità del protocollo operativo condiviso per la continuità dalla S.C. Medicina Riabilitativa verso SSD Riabilitazione Distrettuale alla luce dell'applicazione del PDTA regionale ICTUS entro 30.09.16 e sua integrazione nel PIC del paziente con Ictus elaborato nel 2014</p> <p>2. Segnalazione alle SSD Riabilitazione Distrettuale di tutti i pazienti complessi con esiti di ICTUS ricoverati presso la S.C. Medicina Riabilitativa a partire dal 01.10.2016</p>	16	11	11
21-123	3.4.8. Rischio clinico	Mantenere gli standard di compilazione della cartella clinica definiti in fase di ri-accreditamento JCI	TARGET: >=90%	9	9	9



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
21-124	3.4.8. Rischio clinico	Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede: 1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet) 2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%) 3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica	TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento  2) Risultato della survey >= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)  MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2	10	10	10
21-191	3.4.8. Rischio clinico	Integrazione Lettera di dimissione con compilazione scheda fattori di rischio  Azioni Estensione dalla fase sperimentale a regime	TARGET: % adesione nel secondo semestre 2016 (target 100%)  La valutazione raggiungimento obiettivi sarà effettuata sulla base del report trasmesso dall'Amministrazione regionale		9	9
26-161	Integrazione delle funzioni territoriali e ospedaliere	Miglioramento del percorso clinico-riabilitativo del paziente dimesso dalla SC di Medicina Riabilitativa Aggiornamento del PDTA Ictus elaborato nel 2014 e adeguamento delle modalità di presa in carico dei pazienti da riabilitare al PDTA regionale.  Azioni Integrare la documentazione clinica dei pazienti con Ictus ricoverati presso la S.C. Medicina Riabilitativa al fine di garantire una migliore continuità assistenziale	TARGET: 1. Disponibilità del format di lettera di dimissione infermieristica entro 30.11.2016 2. Presenza nel 90% delle cartelle campionate dopo il 30.11.2016 della lettera di dimissione infermieristica dei pazienti con esiti di ictus ricoverati presso la S.C. di Medicina Riabilitativa	20	10	10
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	TARGET: Almeno l'80% dei referti su G2 e delle lettere di dimissione vengono firmati digitalmente  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Per quanto riguarda le lettere di dimissione l'obiettivo è subordinato alla fornitura ed installazione dello specifico applicativo		15	15
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
22-147	3.5 Assistenza farmaceutica	Mantenimento della distribuzione del primo ciclo Garantire il primo ciclo di cure conforme a quanto previsto dalla lettera di dimissione in particolare a tutti i pazienti trasferiti in RSA	TARGET: 1) Mantenere il rapporto % cicli/dimessi registrato nel 2015 2) Assenza di segnalazioni di mancata o non conforme consegna dei farmaci in primo ciclo ai pazienti trasferiti in RSA  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Sul punto 1 argine pari alla deviazione standard degli ultimi due anni
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015  MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Medicina Riabilitativa**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - ass. amm.vo - C	1,0	1,0	1,0	1,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	14,0	13,7	14,0	15,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	1,0	1,0	1,0	1,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	2,0	2,0	2,0	2,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	7,0	6,8	7,0	7,0
Personale Riabilitazione - coll. prof. san. massaggiatore non vedente - D	1,0	1,0	1,0	1,0
Personale Riabilitazione - coll. prof. san. logopedista - D	2,0	2,0	2,0	2,0
Personale Riabilitazione - coll. prof. san. fisioterapista - D	40,8	38,9	40,0	40,0
Personale Riabilitazione - coll. prof. san. terapeuta occupaz. - D	2,0	2,0	2,0	2,0
Personale Riabilitazione - coll. prof. san. esperto fisioterapista - DS	2,0	2,0	2,0	2,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	0,8	0,8	1,0	1,0
<b>Totale</b>	<b>73,6</b>	<b>71,2</b>	<b>73,0</b>	<b>74,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza. Inoltre, la Direzione valuterà ed avvierà con la SC un piano di adeguamento del personale assistenziale rispetto alle necessità emergenti nel reparto.

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****SC Medicina Riabilitativa**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico	5,6	5,4	6,0	6,0
dirigente psicologo	3,0	2,9	3,0	3,0
<b>Totale</b>	<b>9,6</b>	<b>9,3</b>	<b>10,0</b>	<b>10,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.



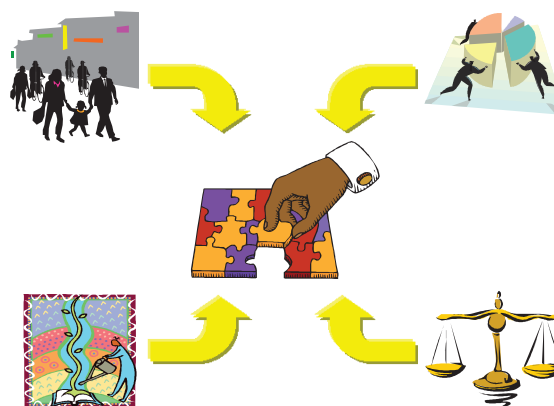


## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	38.246	0	38.246	4.336	619	49.311	0	0	92.511

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



## BUDGET 2016

**CdR: SSD Politrauma apparato locomotore**

**Responsabile: Dott. Sergio Bernobi**


Azienda Sanitaria Universitaria  
Integrata di Trieste



**Budget 2016 - Parte 2 - Obiettivi prioritari incentivati assegnati all'equipe**

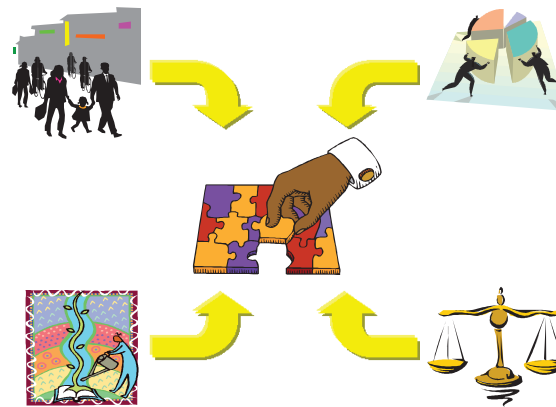
**CdR: SSD Politrauma apparato locomotore**

				<b>Pesi</b>
<b>Codice</b>	<b>Obiettivo aziendale</b>	<b>Obiettivo del CdR</b>	<b>Target/Modalità di valutazione</b>	<b>Responsabile</b>
29-169	Integrazione attività tra le strutture Vedi anche linea: AZI	La SSD partecipa agli obiettivi assegnati alla SC (UCO) Clin. Ortopedica		<b>100</b>
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>

Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste 		Budget 2016 - Parte 2 - Obiettivi integrativi del mandato assegnato ai Direttori/Responsabili dei CdR CdR: SSD Politrauma apparato locomotore	
Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
19-66	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	Contribuire alla riduzione della percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG Medico a livello aziendale. Dato aziendale 2015 38% (nel I semestre 2015 31%)	TARGET: Adesione alle prescrizioni aziendali in materia (riduzione della percentuale e/o del numero assoluto di DH diagnostici rispetto al dato registrato nel 2015).
22-147	3.5 Assistenza farmaceutica	Mantenimento della distribuzione del primo ciclo Garantire il primo ciclo di cure conforme a quanto previsto dalla lettera di dimissione in particolare a tutti i pazienti trasferiti in RSA	TARGET: 1) Mantenere il rapporto % cicli/dimessi registrato nel 2015 2) Assenza di segnalazioni di mancata o non conforme consegna dei farmaci in primo ciclo ai pazienti trasferiti in RSA MODALITA' DI VALUTAZIONE: Sul punto 1 argine pari alla deviazione standard degli ultimi due anni
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015 MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



## BUDGET 2016

**CdR: SSD Medicina preventiva lavoratori ospedalieri**

**Responsabile: Prof. Corrado Negro**

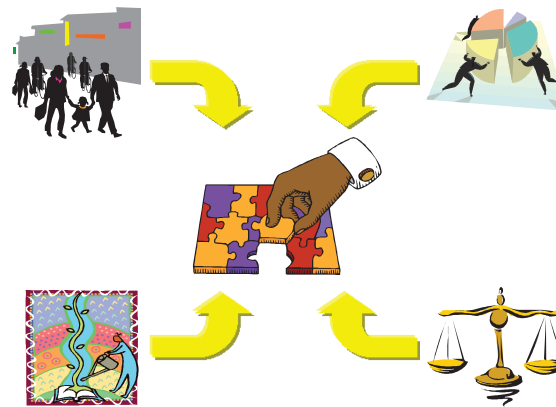


Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
2-7	3.2.11. Emersione e prevenzione delle malattie	<p>Adesione al programma del "PERCORSO SOCIO SANITARIO ASSISTENZIALE DEL SOGGETTO ESPOSTO O EX ESPOSTO AD AMIANTO NELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA", DGR 250 d.d. 19.02. 2016</p> <p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- divulgare il percorso socio-sanitario ed assistenziale descritto nell'Allegato 1 alla DGR 250/2016</li> <li>- mettere in atto iniziative rivolte all'applicazione del percorso socio-sanitario e assistenziale sul territorio regionale</li> <li>- (organizzare l'ambulatorio per le malattie amianto correlate)</li> </ul>	TARGET: Incremento dell'attività dell'Ambulatorio per le malattie respiratorie di ex-esposti ad amianto (rispetto al 2015) in accordo con la DGR 250/2016 (Cod. D01)	50		50
2-8	3.2.11. Emersione e prevenzione delle malattie	<p>Emersione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP)</p> <p>Azioni</p> <p>Redigere, adottare formalmente e avviare un programma integrato di promozione della salute dei dipendenti delle aziende sanitarie, che coinvolga i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici..." del PRP.</p> <p>Obiettivo in collaborazione con la dott.ssa Peresson</p>	<p>TARGET: Modello uniforme di intervento entro dicembre 2016</p> <p>Modello di raccolta dei dati entro dicembre 2016</p> <p>Report sul rischio cardiovascolare globale dei lavoratori dell'Ospedale di Cattinara-Maggiore e delle strutture territoriali di ASUITS entro dicembre 2016</p>	50		50
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>		<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione





## BUDGET 2016

CdR: DAI Testa e Collo



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
24-150	Governo delle risorse assegnate	Governo delle risorse correnti utilizzate dalle Strutture afferenti al Dipartimento	TARGET: Monitoraggio attivo del budget assegnato alle strutture del Dipartimento
31-174	Sviluppo delle politiche del personale	Definizione del Piano ferie nei tempi previsti e invio di un report mensile alla Direzione Infermieristica sulla situazione delle ferie fruito dal personale del Comparto	TARGET: Piano ferie prodotto nei tempi concordati
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-176	Sviluppo delle politiche del personale	Monitoraggio delle eccedenze orarie del personale del comparto al fine del contenimento delle liquidazioni entro il Budget assegnato.	TARGET: Produzione di una reportistica mensile sulle eccedenze orarie del personale del comparto con evidenza di: 1) credito orario liquidato 2) credito orario residuo
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione

**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto****DAI Testa e Collo**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo - B	3,0	3,0	3,0	3,0
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	2,1	2,1	2,0	2,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	83,4	78,6	81,0	85,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	4,0	3,8	4,0	3,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	12,3	12,1	11,0	10,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	29,4	28,2	29,0	33,0
Personale Riabilitazione - coll. prof. san. logopedista - D	2,0	2,0	2,0	2,0
Personale Riabilitazione - coll. prof. san. ortottista - D	4,0	3,9	4,0	4,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	5,0	4,7	5,0	5,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. neurofisiopat. - D	10,0	9,8	10,0	10,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. audiomet. - D	2,0	1,9	2,0	2,0
<b>Totale</b>	<b>157,3</b>	<b>150,1</b>	<b>153,0</b>	<b>159,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****DAI Testa e Collo**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico universitario - direttore di SC	3,0	3,0	3,0	3,0
dirigente medico - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico universitario	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico	36,5	33,4	38,0	38,0
<b>Totale</b>	<b>41,5</b>	<b>38,4</b>	<b>43,0</b>	<b>43,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.

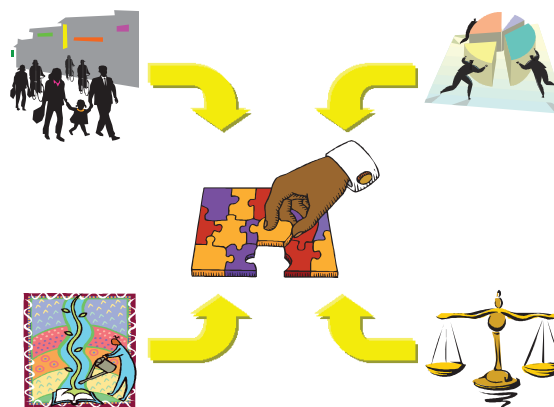


## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	3.282.020	2.754.218	527.802	18.395	5.879	1.803.733	910.863	0	6.020.889

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



## BUDGET 2016

**CdR: SC Neurochirurgia**

**Direttore: Dott. Leonello Tacconi**



## Budget 2016 - Parte 1 - Attività SC Neurochirurgia

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

### DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

#### Ricovero ordinario

Entrati	600	285	305	20	7,0
di cui accettati	401	189	220	31	16,4
di cui trasferiti	199	96	85	-11	-11,5
Usciti	598	278	308	30	10,8
Dimessi	421	193	233	40	20,7
di cui deceduti	13	9	10	1	11,1
Trasferiti	177	85	75	-10	-11,8
Casi trattati	484	229	265	36	15,7
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	5.326	2.741	2.555	-186	-6,8
Entrati usciti lo stesso giorno	70	19	37	18	94,7
Posti letto medi	20,0	20,0	20,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	73,9	76,2	71,2	-5,0	-6,6
% DRG Chirurgici	78,4	77,2	71,7	-5,5	-7,1
% DRG Medici	21,6	22,8	28,3	5,5	24,1
Peso DRG (dei dimessi)	997,4	449,2	485,2	36,0	8,0

#### Performance in ricovero ordinario

<i>Indice comparativo di performance</i>	1,05	1,17	1,08	-0,09	-7,7
<i>Degenza media del caso netta</i>	11,6	12,4	10,0	-2,4	-19,0
<i>Deg. media preoperatoria su casi non urgenti con DRG chir.</i>	0,89	1,23	0,31	-0,92	-74,8
% dimessi outlier	5,2	5,7	4,3	-1,4	-24,6
Giornate di degenza outlier	410	288	81	-207	-71,9
% Giornate di degenza outlier	8,1	11,4	3,4	-8,0	-70,2
Giornate di degenza post dimissibilità	1.551	812	523	-289	-35,6
% Giornate di degenza post dimissibilità	10,1	10,6	8,5	-2,1	-19,8
% di ricoveri ripetuti in reparto entro 30 giorni (ric. ord.)	5,9	5,7	3,9	-1,8	-31,6

#### Ricoveri in DH

Accolti	59	25	38	13	52,0
Dimessi	59	19	35	16	84,2
Accessi	158	68	87	19	27,9
Posti letto medi	2,0	2,0	2,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	25,20	21,80	27,90	6,10	28,0
<i>Accessi medi per caso</i>	2,5	2,6	2,3	-0,4	-13,3
% DRG Chirurgici	40,70	63,20	25,70	-37,50	-59,3
% DRG medici	59,30	36,80	74,30	37,50	101,9
% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici	28,57	28,57	30,77	2,20	7,7
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	10	2	8	6	300,0
Peso DRG (dei dimessi)	54,2	19,4	27,6	8,2	42,3
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	0,920	1,020	0,790	-0,230	-22,5

#### Attività chirurgica

Interventi chirurgici in regime di ricovero	480	224	219	-5	-2,2
% di interventi urgenti	28,5	26,8	30,1	3,4	12,5



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC Neurochirurgia**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
Tasso operatorio (ric. ord. + dh)	90,1	91,8	74,7	-17,1	-18,6
% DRG chirurgici (ric. ord. + dh)	73,8	75,9	65,7	-10,2	-13,4
% Day surgery	13,7	8,9	11,5	2,6	29,2

**Caratteristiche della casistica trattata in ricovero**

Indice case mix (ric. ord.)	1,09	1,10	1,00	-0,1	-9,1
Peso medio DRG (ric. ord.)	2,370	2,330	2,080	-0,250	-10,7
Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)	2,760	2,730	2,510	-0,220	-8,1
Peso medio DRG Medici (ric. ord.)	0,960	0,950	1,000	0,050	5,3
% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)	52,3	58,0	45,5	-12,5	-21,6
% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)	23,8	24,9	16,7	-8,2	-32,9
% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)	24,0	17,1	37,8	20,7	121,1
% di attrazione extra Prov. Ts	24,0	21,7	24,3	2,6	11,8
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts	15,8	14,2	17,2	3,0	21,3
% di attrazione Extra Regionale	8,1	7,5	7,1	-0,5	-6,1

**Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)**

Numero di prestazioni	1.948	812	937	125	15,4
di cui visite	1.190	513	618	105	20,5
di cui controlli	724	275	304	29	10,5
% di prime visite sul totale di visite e controlli	62,2	65,1	67,0	1,9	2,9
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)	12,6	11,8	9,5	-2,3	-19,5
% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)	1,7	1,6	0,7	-0,9	-56,3
% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	14,1	14,4	8,7	-5,7	-39,6

**DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI**

**Compilazione cartella clinica**

% compilazione della cartella clinica (escl. valutazione consenso trattamento dati e medici in formazione specialistica)	96,1	96,6	91,4	-5,2	-5,4
% di compilazione codice di dimissibilità	13,8	13,0	11,2	-1,8	-13,8

**Buon uso del sangue e degli emocomponenti**

% mancate comunic. avvenuta trasf./utilizzo sul tot. unità cons.	5,39	9,09	5,41	-3,69	-40,5
% richieste inappropriate	1,53	2,35	2,65	0,30	12,8
% richieste incomplete	15,60	12,35	31,86	19,51	157,9

**Distribuzione diretta**

Distribuzione primo ciclo: rapporto % cicli/dimessi	63	70	50	-20	-28,6
---	----	----	----	-----	-------

**Elogi/Segnalazioni/Reclami**

Elogi	7	1	1	0	0,0
Segnalazioni/reclami	5	3	4	1	33,3





Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-69	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre la degenza media preoperatoria per i pazienti chirurgici in elezione [nel 2015: 1,0 giorni a livello aziendale]	TARGET: Degenza media preoperatoria nei pazienti elettivi <0,9 gg	18	18	16
19-113	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Riorganizzazione e sviluppo dell'attività ambulatoriale specialistica	TARGET: Disponibilità entro il 31.10.2016 presso la Direzione Sanitaria del documento di riorganizzazione delle attività	12	12	10
21-123	3.4.8. Rischio clinico	Mantenere gli standard di compilazione della cartella clinica definiti in fase di ri-accreditamento JCI	TARGET: >=90%	10	10	10
21-124	3.4.8. Rischio clinico	Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede: 1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet) 2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%) 3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica	TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento 2) Risultato della survey >= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%) MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2	10	10	10
21-132	3.4.8. Rischio clinico	Coinvolgimento attivo dei malati presi in carico nel percorso diagnostico terapeutico mediante la condivisione e diffusione delle informazione trasmesse con opuscoli/format dedicati all'educazione sanitaria su problemi specifici inerenti il ricovero ed alle patologie in corso: Presenza in ogni S.C. di materiale dedicato all'informazione e all'educazione sanitaria  Azioni Censimento e verifica del materiale informativo esistente nelle Strutture del Dipartimento (di ricovero ed ambulatoriali) Revisione e aggiornamento del materiale esistente Compilazione e diffusione degli opuscoli/format mancanti o carenti  Obiettivo comune alle SSCC del DAI Testa Collo	TARGET: Miglioramento dei risultati per quanto riguarda la completezza di compilazione della cartella clinica relativa alla scheda "Educazione sanitaria" (>90%)  Presenza per ogni S.C. di un elenco comprendente l'offerta di opuscoli/format dedicati all'educazione sanitaria	26		14



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
21-191	3.4.8. Rischio clinico	Integrazione Lettera di dimissione con compilazione scheda fattori di rischio  Azioni Estensione dalla fase sperimentale a regime	TARGET: % adesione nel secondo semestre 2016 (target 100%)  La valutazione raggiungimento obiettivo sarà effettuata sulla base del report trasmesso dall'Amministrazione regionale		11	10
27-167	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	Riduzione dei tempi di attesa per la chirurgia spinale.  Azioni Organizzare l'attività per consentire almeno due sedute di sala operatoria dedicata a casistica spinale nelle ore pomeridiane (ore 14.30-19.00)	TARGET: Disponibilità entro il 31.10.2016 presso la Direzione sanitaria della proposta di riorganizzazione dell'attività finalizzata all'attivazione delle sedute dedicate a patologia spinale in orario pomeridiano	12	12	10
27-168	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	Sviluppo della funzione hub neurochirurgica.  Azioni Definire percorsi di diagnosi, ricovero e cura dedicati ad ammalati non residenti	TARGET: Disponibilità entro il 31.10.2016 presso la Direzione sanitaria della proposta di percorso dedicato	12	11	10
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	TARGET: Almeno l'80% dei referti su G2 e delle lettere di dimissione vengono firmati digitalmente  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Per quanto riguarda le lettere di dimissione l'obiettivo è subordinato alla fornitura ed installazione dello specifico applicativo		16	10
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
19-66	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Contribuire alla riduzione della percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG Medico a livello aziendale. Dato aziendale 2015 38% (nel I semestre 2015 31%)	TARGET: Adesione alle prescrizioni aziendali in materia (riduzione della percentuale e/o del numero assoluto di DH diagnostici rispetto al dato registrato nel 2015).
22-147	3.5 Assistenza farmaceutica	Mantenimento della distribuzione del primo ciclo Garantire il primo ciclo di cure conforme a quanto previsto dalla lettera di dimissione in particolare a tutti i pazienti trasferiti in RSA	TARGET: 1) Mantenere il rapporto % cicli/dimessi registrato nel 2015 2) Assenza di segnalazioni di mancata o non conforme consegna dei farmaci in primo ciclo ai pazienti trasferiti in RSA  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Sul punto 1 argine pari alla deviazione standard degli ultimi due anni
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015  MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.</p>	<p>TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.</p>
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe</p>	<p>TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione</p>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
19-70	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Neurochirurgia**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	16,0	14,8	15,0	16,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	1,0	1,0	1,0	1,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	1,7	1,7	1,0	1,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	9,8	9,3	10,0	11,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	2,0	2,0	2,0	2,0
<b>Totale</b>	<b>30,6</b>	<b>28,8</b>	<b>29,0</b>	<b>31,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****SC Neurochirurgia**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico	7,2	5,5	8,0	8,0
<b>Totale</b>	<b>8,2</b>	<b>6,5</b>	<b>9,0</b>	<b>9,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.



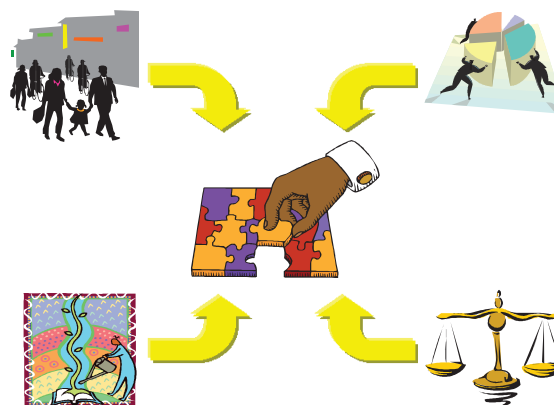
Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	97.922	0	97.922	9.545	1.407	554.133	690.269	0	1.353.275

Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".





## BUDGET 2016

**CdR: SC Clinica Otorinolaringoiatrica (UCO)**

**Direttore: Prof. Giancarlo Tirelli**



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività**  
**SC Clinica Otorinolaringoiatrica (UCO)**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Ricovero ordinario**

Entrati	854	411	412	1	0,2
di cui accettati	722	346	347	1	0,3
di cui trasferiti	132	65	65	0	0,0
Usciti	856	408	408	0	0,0
Dimessi	726	341	348	7	2,1
di cui deceduti	4	3	1	-2	-66,7
Trasferiti	130	67	60	-7	-10,4
Casi trattati	813	401	392	-9	-2,2
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	3.764	1.827	1.654	-173	-9,5
Entrati usciti lo stesso giorno	92	51	47	-4	-7,8
Posti letto medi	16,0	16,0	12,0	-4,0	-25,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	66,0	64,8	77,9	13,1	20,2
% DRG Chirurgici	74,4	78,3	66,4	-11,9	-15,2
% DRG Medici	25,6	21,7	33,6	11,9	54,8
Peso DRG (dei dimessi)	852,2	421,7	399,2	-22,6	-5,3

**Performance in ricovero ordinario**

<i>Indice comparativo di performance</i>	1,06	0,97	1,02	0,05	5,2
<i>Degenza media del caso netta</i>	5,1	5,2	4,8	-0,4	-7,4
<i>Deg. media preoperatoria su casi non urgenti con DRG chir.</i>	0,92	0,99	0,86	-0,13	-13,1
% dimessi outlier	0,7	1,2	0,3	-0,9	-75,0
Giornate di degenza outlier	70	64	7	-57	-89,1
% Giornate di degenza outlier	1,7	3,4	0,4	-3,0	-88,2
Giornate di degenza post dimissibilità	709	345	117	-228	-66,1
% Giornate di degenza post dimissibilità	6,2	5,9	1,6	-4,3	-72,9
% di ricoveri ripetuti in reparto entro 30 giorni (ric. ord.)	8,3	6,7	7,8	1,1	16,4

**Ricoveri in DH**

Accolti	179	84	86	2	2,4
Dimessi	179	81	84	3	3,7
Accessi	565	284	253	-31	-10,9
Posti letto medi	2,0	2,0	2,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	90,00	91,00	81,10	-9,90	-10,9
Accessi medi per caso	3,2	3,4	2,9	-0,4	-13,0
% DRG Chirurgici	41,30	48,10	41,70	-6,40	-13,3
% DRG medici	58,70	51,90	58,30	6,40	12,3
% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici	21,90	19,05	12,24	-6,81	-35,7
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	23	8	6	-2	-25,0
Peso DRG (dei dimessi)	134,4	62,0	67,4	5,4	8,6
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	0,750	0,770	0,800	0,030	3,9

**Attività chirurgica**

Interventi chirurgici in regime di ricovero	799	410	367	-43	-10,5
% di interventi urgenti	25,0	25,1	28,9	3,8	15,0



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività**  
**SC Clinica Otorinolaringoiatrica (UCO)**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
Tasso operatorio (ric. ord. + dh)	81,0	85,6	77,6	-8,0	-9,3
% DRG chirurgici (ric. ord. + dh)	67,8	72,5	61,6	-10,9	-15,0
% Day surgery	22,8	23,4	22,3	-1,1	-4,7

**Caratteristiche della casistica trattata in ricovero**

Indice case mix (ric. ord.)	1,27	1,29	1,40	0,1	8,5
Peso medio DRG (ric. ord.)	1,170	1,240	1,150	-0,090	-7,3
Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)	1,350	1,390	1,360	-0,030	-2,2
Peso medio DRG Medici (ric. ord.)	0,680	0,670	0,730	0,060	9,0
% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)	61,0	59,2	62,1	2,9	4,9
% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)	22,5	22,0	20,4	-1,6	-7,3
% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)	16,5	18,8	17,5	-1,3	-6,9
% di attrazione extra Prov. Ts	11,4	9,5	14,8	5,3	56,3
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts	7,0	6,2	8,3	2,2	35,3
% di attrazione Extra Regionale	4,4	3,3	6,5	3,2	95,4

**Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)**

Numero di prestazioni	10.810	5.575	6.450	875	15,7
di cui visite	3.010	1.459	1.458	-1	-0,1
di cui controlli	1.650	815	894	79	9,7
% di prime visite sul totale di visite e controlli	64,6	64,2	62,0	-2,2	-3,4
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)	3,3	3,4	2,8	-0,6	-17,6
% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)	1,6	1,6	1,6	0,0	0,0
% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	5,7	6,6	3,6	-3,0	-45,5

**DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI**

**Compilazione cartella clinica**

% compilazione della cartella clinica (escl. valutazione consenso trattamento dati e medici in formazione specialistica)	92,6	93,1	89,2	-3,9	-4,2
% di compilazione codice di dimissibilità	5,2	5,9	2,6	-3,3	-55,9

**Buon uso del sangue e degli emocomponenti**

% mancate comunic. avvenuta trasf./utilizzo sul tot. unità cons.	65,96	62,86	56,52	-6,34	-10,1
% richieste inappropriate	3,00	4,84	5,77	0,93	19,2
% richieste incomplete	20,00	22,58	15,38	-7,20	-31,9

**Distribuzione diretta**

Distribuzione primo ciclo: rapporto % cicli/dimessi	32	28	21	-8	-27,5
---	----	----	----	----	-------

**Elogi/Segnalazioni/Reclami**

Elogi	2	1	5	4	400,0
Segnalazioni/reclami	1	0	11	11	===



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-69	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre la degenza media preoperatoria per i pazienti chirurgici in elezione [nel 2015: 1,0 giorni a livello aziendale]	TARGET: Degenza media preoperatoria nei pazienti elettivi <=1,1 gg	18	15	13
19-86	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	<p>Prevenzione della malnutrizione nel malato oncologico e con patologia cronica</p> <p>Supporto nutrizionale artificiale enterale e parenterale</p> <p>Migliorare la gestione del paziente a rischio di malnutrizione</p> <p>Azioni</p> <p>Attivazione intraospedaliera del supporto nutrizionale artificiale enterale e parenterale in continuità con le strutture Distrettuali</p> <p>- Incrementare l'attività dell'Ambulatorio ed il numero di consulenze di Nutrizione Clinica per la prevenzione della malnutrizione in continuità con le strutture Distrettuali</p> <p>- Definire un protocollo condiviso con le strutture ospedaliere e con quelle territoriali per la nutrizione artificiale e la prevenzione della malnutrizione</p> <p>Obiettivo comune a Clinica Medica, Oncologia, ORL, Neurologia, Distretti</p>	<p>TARGET: 1) Numero di pazienti con screening nutrizionale maggiore del 2015(Codice ICD-9 cm V77.2 "Screening per l'individuazione di malnutrizione")</p> <p>2) Riduzione dei ricoveri per malnutrizione rispetto al 2015 (Codici ICD-9 cm 261, 262, 263.xx)</p>	18	15	13
19-97	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	<p>Identificazione di tumori del distretto Testa-Collo in fase iniziale (conseguente risparmio di risorse e rispetto della qualità di vita del paziente, miglioramento dei tempi di sala operatoria, miglioramento della sopravvivenza dei pazienti, adozione di tecniche di chirurgia mininvasiva)</p> <p>Azioni</p> <p>Organizzare e svolgere un evento formativo accreditato dedicato ai MMG sulla diagnosi precoce dei tumori del distretto testa e collo</p> <p>Costruire ed implementare un percorso diagnostico condiviso per la detezione precoce di lesioni precancerose mediante NBI su pazienti a rischio</p>	TARGET: disponibilità del materiale didattico e del progetto formativo	12	10	10



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
20-117	3.4.7. Tempi d'attesa	Al fine del rispetto dei tempi di attesa si richiede l'effettuazione nel II semestre 2016 di un numero di prestazioni pari a quello indicato nella sezione "indicatori".	TARGET: Esame audiometrico tonale (95.41.1) 50 Brevi 25 Differite  Visita ORL (89.7) 725 Brevi 200 Differite  MODALITA' DI VALUTAZIONE: In sede di valutazione, in caso di scostamento dal numero di prestazioni prestabilito, si terrà conto del rispetto dei tempi di attesa nella specifica categoria di prestazioni.		10	8
20-121	3.4.7. Tempi d'attesa	Appropriatezza delle prescrizioni di specialistica ORL e rispetto dei tempi d'attesa UBDP; definizione dei livelli omogenei di appropriata prescrizione tra specialisti ORL ospedalieri e territoriali in funzione dell'appropriatezza clinica nell'ambito dell'erogazione delle prestazioni e visite ORL  Azioni - Adottare un documento condiviso relativo ai criteri di priorità della visita ORL nel quale sono definiti anche i criteri di valutazione dell'appropriatezza - Organizzare un corso in/formativo clinico per medici di PS e per MMG sulle urgenze ORL in base al documento UBDP - Organizzare un corso in/formativo clinico per specialisti ORL territoriali (ex Sumaisti) sui protocolli clinico-diagnostici secondo linee guida internazionali e delle società scientifiche - Valutare l'appropriatezza prescrittiva di visita ORL da parte dei medici di Pronto soccorso e dei MMG	TARGET: Disponibilità del documento condiviso con i Distretti sui criteri di priorità UBDP entro ottobre 2016  Rapporto di valutazione della percentuale di visite erogate secondo criteri di appropriatezza condivisi predisposto ed inviato alla Direzione sanitaria entro il 31.12.2016		10	8
21-123	3.4.8. Rischio clinico	Mantenere gli standard di compilazione della cartella clinica definiti in fase di ri-accreditamento JCI	TARGET: >=90%	10	10	8



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
21-124	3.4.8. Rischio clinico	<p>Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede:</p> <p>1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet)</p> <p>2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)</p> <p>3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica</p>	<p>TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento</p> <p>2) Risultato della survey &gt;= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)</p> <p>MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2</p>	10	10	8
21-132	3.4.8. Rischio clinico	<p>Coinvolgimento attivo dei malati presi in carico nel percorso diagnostico terapeutico mediante la condivisione e diffusione delle informazioni trasmesse con opuscoli/format dedicati all'educazione sanitaria su problemi specifici inerenti il ricovero ed alle patologie in corso: Presenza in ogni S.C. di materiale dedicato all'informazione e all'educazione sanitaria</p> <p>Azioni</p> <p>Censimento e verifica del materiale informativo esistente nelle Strutture del Dipartimento (di ricovero ed ambulatoriali)</p> <p>Revisione e aggiornamento del materiale esistente</p> <p>Compilazione e diffusione degli opuscoli/format mancanti o carenti</p> <p>Obiettivo comune alle SSCC del DAI Testa Collo</p>	<p>TARGET: Miglioramento dei risultati per quanto riguarda la completezza di compilazione della cartella clinica relativa alla scheda "Educazione sanitaria" (&gt;90%)</p> <p>Presenza per ogni S.C. di un elenco comprendente l'offerta di opuscoli/format dedicati all'educazione sanitaria</p>	16		8



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
21-140	3.4.8. Rischio clinico	Miglioramento dei percorsi clinico assistenziali e della qualità delle cure: Piani di assistenza infermieristica omogeneità dell'assistenza infermieristica erogata ai pazienti ricoverati nel Reparto  Azioni -Individuare e predisporre condividendo con la Direzione infermieristica due piani di assistenza infermieristica standardizzati per le patologie di maggior impegno/frequenza assistenziale presso l'UO di ORL (pazienti sottoposti a FES e pazienti sottoposti ad interventi rino-settoplastici)	TARGET: I piani di assistenza sono condivisi con la Direzione infermieristica entro il 30.09.2016 e sono applicati in Reparto a partire dal 1.10.2016 nel 70% dei pazienti	16		8
21-191	3.4.8. Rischio clinico	Integrazione Lettera di dimissione con compilazione scheda fattori di rischio  Azioni Estensione dalla fase sperimentale a regime	TARGET: % adesione nel secondo semestre 2016 (target 100%)  La valutazione raggiungimento obiettivi sarà effettuata sulla base del report trasmesso dall'Amministrazione regionale		10	8
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	TARGET: Almeno l'80% dei referti su G2 e delle lettere di dimissione vengono firmati digitalmente  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Per quanto riguarda le lettere di dimissione l'obiettivo è subordinato alla fornitura ed installazione dello specifico applicativo		10	8
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
19-66	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Contribuire alla riduzione della percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG Medico a livello aziendale. Dato aziendale 2015 38% (nel I semestre 2015 31%)	TARGET: Adesione alle prescrizioni aziendali in materia (riduzione della percentuale e/o del numero assoluto di DH diagnostici rispetto al dato registrato nel 2015).
22-147	3.5 Assistenza farmaceutica	Mantenimento della distribuzione del primo ciclo Garantire il primo ciclo di cure conforme a quanto previsto dalla lettera di dimissione in particolare a tutti i pazienti trasferiti in RSA	TARGET: 1) Mantenere il rapporto % cicli/dimessi registrato nel 2015 2) Assenza di segnalazioni di mancata o non conforme consegna dei farmaci in primo ciclo ai pazienti trasferiti in RSA  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Sul punto 1 argine pari alla deviazione standard degli ultimi due anni
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015  MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).





Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
19-68	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre il rapporto tra ricoveri ad altro rischio di inappropriatezza e ricoveri appropriati	Ridurre il rapporto tra ricoveri ad altro rischio di inappropriatezza e ricoveri appropriati
19-70	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Clinica Otorinolaringoiatrica (UCO)**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	17,0	16,6	17,0	20,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	1,0	1,0	1,0	0,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	3,0	2,9	3,0	3,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	5,0	4,9	5,0	5,0
Personale Riabilitazione - coll. prof. san. logopedista - D	2,0	2,0	2,0	2,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	1,0	0,9	1,0	1,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. audiomet. - D	2,0	1,9	2,0	2,0
<b>Totale</b>	<b>31,0</b>	<b>30,2</b>	<b>31,0</b>	<b>33,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****SC Clinica Otorinolaringoiatrica (UCO)**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico universitario - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico	7,5	6,7	8,0	8,0
<b>Totale</b>	<b>8,5</b>	<b>7,7</b>	<b>9,0</b>	<b>9,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.

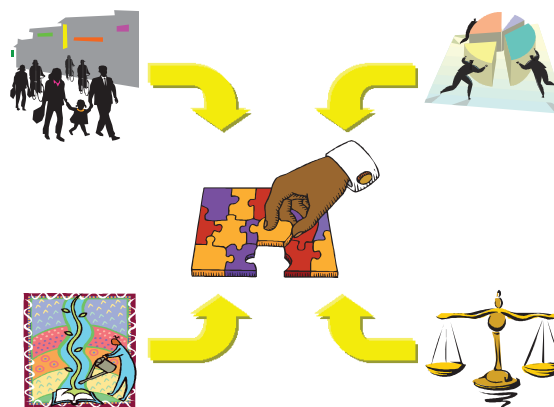


## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	36.990	0	36.990	3.537	908	382.287	33.834	0	<b>457.557</b>

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



## BUDGET 2016

**CdR: SC Clinica Oculistica (UCO)**

**Direttore: Prof. Daniele Tognetto**



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC Clinica Oculistica (UCO)**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Ricovero ordinario**

Entrati	492	231	273	42	18,2
di cui accettati	482	227	265	38	16,7
di cui trasferiti	10	4	8	4	100,0
Usciti	493	225	269	44	19,6
Dimessi	479	217	255	38	17,5
Trasferiti	14	8	14	6	75,0
Casi trattati	483	228	266	38	16,7
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	1.302	684	539	-145	-21,2
Entrati usciti lo stesso giorno	25	9	9	0	0,0
Posti letto medi	9,0	9,0	9,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	40,4	42,5	33,5	-9,0	-21,2
% DRG Chirurgici	84,6	83,4	92,9	9,5	11,4
% DRG Medici	15,4	16,6	7,1	-9,5	-57,2
Peso DRG (dei dimessi)	335,8	152,7	182,4	29,7	19,5

**Performance in ricovero ordinario**

<i>Indice comparativo di performance</i>	1,28	1,38	1,08	-0,30	-21,7
<i>Degenza media del caso netta</i>	2,8	3,1	2,1	-1,1	-33,7
<i>Deg. media preoperatoria su casi non urgenti con DRG chir.</i>	0,87	0,84	0,90	0,06	7,1
<i>% di ricoveri ripetuti in reparto entro 30 giorni (ric. ord.)</i>	9,0	7,4	7,1	-0,3	-4,1

**Ricoveri in DH**

Accolti	30	22	2	-20	-90,9
Dimessi	30	18	1	-17	-94,4
Accessi	254	169	36	-133	-78,7
Posti letto medi	11,0	11,0	11,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	7,40	9,80	2,10	-7,70	-78,6
<i>Accessi medi per caso</i>	7,1	7,0	8,5	1,5	21,4
% DRG Chirurgici	36,70	44,40	0,00	-44,40	-100,0
% DRG medici	63,30	55,60	100,00	44,40	79,9
<i>% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici</i>	52,63	70,00	100,00	30,00	42,9
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	10	7	1	-6	-85,7
Peso DRG (dei dimessi)	19,6	11,3	0,7	-10,6	-94,0
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	0,650	0,630	0,680	0,050	7,9

**Attività chirurgica**

Interventi chirurgici in regime di ricovero	429	204	250	46	22,5
<i>% di interventi urgenti</i>	14,9	18,1	8,8	-9,3	-51,5
<i>Tasso operatorio (ric. ord. + dh)</i>	83,8	81,9	93,3	11,4	13,9
<i>% DRG chirurgici (ric. ord. + dh)</i>	81,7	80,4	92,6	12,2	15,2
<i>% Day surgery</i>	24,8	20,6	37,1	16,5	80,1

**Caratteristiche della casistica trattata in ricovero**

<i>Indice case mix (ric. ord.)</i>	1,05	1,07	1,02	-0,1	-4,7
------------------------------------	------	------	------	------	------



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC Clinica Oculistica (UCO)**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
Peso medio DRG (ric. ord.)	0,700	0,700	0,720	0,020	2,9
Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)	0,720	0,720	0,720	0,000	0,0
Peso medio DRG Medici (ric. ord.)	0,610	0,630	0,620	-0,010	-1,6
% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)	25,5	24,9	24,3	-0,6	-2,4
% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)	20,7	21,2	23,5	2,3	10,8
% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)	53,9	53,9	52,2	-1,7	-3,2
% di attrazione extra Prov. Ts	9,6	10,6	11,3	0,7	6,5
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts	6,5	6,8	7,8	1,0	14,7
% di attrazione Extra Regionale	3,1	3,8	3,5	-0,3	-8,2

**Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)**

Numero di prestazioni	47.458	21.977	30.625	8.648	39,4
di cui visite	3.506	1.891	1.550	-341	-18,0
di cui controlli	13.931	6.549	8.555	2.006	30,6
% di prime visite sul totale di visite e controlli	20,1	22,4	15,3	-7,1	-31,7
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)	7,4	6,9	7,9	1,0	14,5
% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)	1,7	1,7	1,7	0,0	0,0
% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	10,4	9,7	7,4	-2,3	-23,7

**DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI**

**Compilazione cartella clinica**

% compilazione della cartella clinica (escl. valutazione consenso trattamento dati e medici in formazione specialistica)	87,3	85,5	92,1	6,6	7,7
% di compilazione codice di dimissibilità	0,0	0,0	0,0	0,0	===

**Buon uso del sangue e degli emocomponenti**

% mancate comunic. avvenuta trasf./utilizzo sul tot. unità cons.	===	===	0,00	===	===
% richieste inappropriate	0,00	0,00	100,00	100,00	===
% richieste incomplete	0,00	0,00	100,00	100,00	===

**Distribuzione diretta**

Distribuzione primo ciclo: rapporto % cicli/dimessi	22	10	35	25	246,0
---	----	----	----	----	-------

**Elogi/Segnalazioni/Reclami**

Elogi	6	4	8	4	100,0
Segnalazioni/reclami	11	7	4	-3	-42,9





Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
14-48	3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti - PANCREAS. Miglioramento delle cure e avvio rete clinica dedicata al paziente diabetico (obiettivo in collaborazione con il referente aziendale della rete, dott. Riccardo Candido)	Attivazione di un programma di Screening della retinopatia diabetica nell'ambito di una sinergia tra i centri diabetologici e l'assistenza oculistica di primo livello (oculisti del territorio) e quella di secondo livello (centri ospedalieri) riduzione del danno visivo funzionale nella popolazione diabetica.  Azioni Definire un comune programma ospedale-territorio di offerta della retinografia di screening ai pazienti riferiti dai centri antidiabetici agli oculisti del territorio Fornire supporto per organizzare le retinografie di screening Garantire il successivo intervento degli oculisti ospedalieri per approfondimenti diagnostici e trattamento	TARGET: Disponibilità entro il 31.10.2016 presso la Direzione Sanitaria di una proposta condivisa di attivazione delle attività di screening sui pazienti diabetici  Numero di pazienti esaminati sul totale della popolazione diabetica maggiore che nel 2015  Numero di pazienti inviati alla struttura ospedaliera per una analisi di secondo livello maggiore che nel 2015  Numero di pazienti sottoposti a terapia specifica per la retinopatia diabetica maggiore che nel 2015.		8	8
19-69	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre la degenza media preoperatoria per i pazienti chirurgici in elezione [nel 2015: 1,0 giorni a livello aziendale]	TARGET: Degenza media preoperatoria nei pazienti elettivi <0,9 gg		8	7
19-101	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Miglioramento del rapporto costo/efficacia nella terapia chirurgica del glaucoma. Riduzione dei costi relativi alla gestione dei pazienti glaucomatosi che hanno necessità di intervento chirurgico in termini di giorni di degenza e di controlli ambulatoriali postoperatori  Azioni Incremento degli interventi di canaloplastica rispetto a quelli di trabeculectomia.	TARGET: Sostituzione parziale di interventi di trabeculectomia con canaloplastica  Diminuzione giornate di ricovero post intervento rispetto al 2015  Diminuzione del numero di visite post intervento rispetto al 2015  Percentuale di complicanze inferiore al 2015  Numero di trattamenti parachirurgici post operatori (iniezioni sottocongiuntivali di antimetaboliti, laser suturolisi) minore rispetto al 2015  Numero di revisioni chirurgiche nel mese successivo all'intervento inferiore al 2015	12	8	8



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-102	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Miglioramento delle cure offerte ai pazienti glaucomatosi. Costruzione di una struttura ambulatoriale per la gestione dei pazienti postchirurgici con glaucoma e miglioramento dei risultati postchirurgici attraverso stretto monitoraggio clinico post intervento  Azioni Definire protocollo clinico (di miglioramento) e modalità di raccolta/valutazione dei dati e dei risultati Redigere un rapporto delle attività e dei risultati da inviare alla Direzione Sanitaria di ASUITs	TARGET: Evidenza del rapporto  Numero di controlli clinici nei tre mesi post intervento maggiore del 2015 Percentuale di compenso tonometrico a tre mesi dall'intervento maggiore che nel 2015  Percentuale di rinvii alla struttura ospedaliera dei pazienti operati minore rispetto al 2015	12	7	7
19-103	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Applicazione dei parametri regionali PDTA nelle patologie retiniche e trattamenti retinici eseguiti nei tempi adeguati, in particolare i trattamenti con iniezione intravitreale.  Azioni Adesione ai tempi di attesa per i trattamenti retinici stabiliti dal PDTA regionale	TARGET: Tempi di attesa per le prestazioni nei soggetti maculopatici nei limiti previsti dal PDTA regionale	12	7	7
20-117	3.4.7. Tempi d'attesa	Al fine del rispetto dei tempi di attesa si richiede l'effettuazione nel II semestre 2016 di un numero di prestazioni pari a quello indicato nella sezione "indicatori".	TARGET: Visita oculistica (95.02) 150 Brevi 150 Differite  MODALITA' DI VALUTAZIONE: In sede di valutazione, in caso di scostamento dal numero di prestazioni prestabilito, si terrà conto del rispetto dei tempi di attesa nella specifica categoria di prestazioni.		7	7
20-122	3.4.7. Tempi d'attesa	Incremento degli interventi di cataratta, riduzione delle liste d'attesa e Semplificazione dell'accesso ospedaliero per i pazienti  Azioni Incrementare il numero di interventi di cataratta	TARGET: Numero di interventi chirurgici di cataratta maggiore che nel 2015	18	7	7
21-123	3.4.8. Rischio clinico	Mantenere gli standard di compilazione della cartella clinica definiti in fase di ri-accreditamento JCI	TARGET: >=90%	8	8	7



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
21-124	3.4.8. Rischio clinico	Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede: 1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet) 2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%) 3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica	TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento  2) Risultato della survey >= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)  MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2	8	8	7
21-132	3.4.8. Rischio clinico	Coinvolgimento attivo dei malati presi in carico nel percorso diagnostico terapeutico mediante la condivisione e diffusione delle informazioni trasmesse con opuscoli/format dedicati all'educazione sanitaria su problemi specifici inerenti il ricovero ed alle patologie in corso: Presenza in ogni S.C. di materiale dedicato all'informazione e all'educazione sanitaria  Azioni Censimento e verifica del materiale informativo esistente nelle Strutture del Dipartimento (di ricovero ed ambulatoriali) Revisione e aggiornamento del materiale esistente Compilazione e diffusione degli opuscoli/format mancanti o carenti  Obiettivo comune alle SSCC del DAI Testa Collo	TARGET: Miglioramento dei risultati per quanto riguarda la completezza di compilazione della cartella clinica relativa alla scheda "Educazione sanitaria" (>90%)  Presenza per ogni S.C. di un elenco comprendente l'offerta di opuscoli/format dedicati all'educazione sanitaria	18		7
21-191	3.4.8. Rischio clinico	Integrazione Lettera di dimissione con compilazione scheda fattori di rischio  Azioni Estensione dalla fase sperimentale a regime	TARGET: % adesione nel secondo semestre 2016 (target 100%)  La valutazione raggiungimento obiettivo sarà effettuata sulla base del report trasmesso dall'Amministrazione regionale		8	7



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
26-156	Integrazione delle funzioni territoriali e ospedaliere	Organizzazione dell'offerta oculistica in Provincia di Trieste: Coinvolgimento organico degli oculisti del territorio nelle attività ambulatoriali di primo livello in modo coordinato con le attività della Clinica Oculistica; gestione condivisa tra ospedale e territorio del paziente che necessita di controlli ambulatoriali; miglioramento del monitoraggio e dell'evoluzione clinica.  Azioni Definire un protocollo/percorso integrato ospedale-territorio per la gestione del paziente "oculistico"	TARGET: Disponibilità del protocollo condiviso con gli oculisti distrettuali entro 31.12.2016		8	7
26-157	Integrazione delle funzioni territoriali e ospedaliere	Riorganizzazione e razionalizzazione della diagnostica strumentale del glaucoma e Riduzione delle liste di attesa per campo visivo computerizzato  Azioni Avvio dell'attività di follow-up del paziente con glaucoma, integrato ospedale-territorio	TARGET: Disponibilità entro il 31.10.2016 presso la Direzione Sanitaria del protocollo condiviso ospedale-territorio Tempo d'attesa esami del campo visivo inferiore al 2015	12	8	7
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	TARGET: Almeno l'80% dei referti su G2 e delle lettere di dimissione vengono firmati digitalmente  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Per quanto riguarda le lettere di dimissione l'obiettivo è subordinato alla fornitura ed installazione dello specifico applicativo		8	7
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
19-66	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	Contribuire alla riduzione della percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG Medico a livello aziendale. Dato aziendale 2015 38% (nel I semestre 2015 31%)	TARGET: Adesione alle prescrizioni aziendali in materia (riduzione della percentuale e/o del numero assoluto di DH diagnostici rispetto al dato registrato nel 2015).
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015 MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
19-68	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre il rapporto tra ricoveri ad altro rischio di inappropriatezza e ricoveri appropriati	Ridurre il rapporto tra ricoveri ad altro rischio di inappropriatezza e ricoveri appropriati
19-70	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC (UCO) Clinica Oculistica (UCO)**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	1,1	1,1	1,0	1,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	22,6	21,1	20,0	20,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	1,0	0,8	1,0	1,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	3,6	3,5	3,0	2,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	4,6	4,3	4,0	6,0
Personale Riabilitazione - coll. prof. san. ortottista - D	4,0	3,9	4,0	4,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	1,0	0,8	1,0	1,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. neurofisiopat. - D	2,0	2,0	2,0	2,0
<b>Totale</b>	<b>39,8</b>	<b>37,5</b>	<b>36,0</b>	<b>37,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").



**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****SC (UCO) Clinica Oculistica (UCO)**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico universitario - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico	10,5	10,0	10,0	10,0
<b>Totale</b>	<b>11,5</b>	<b>11,0</b>	<b>11,0</b>	<b>11,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.

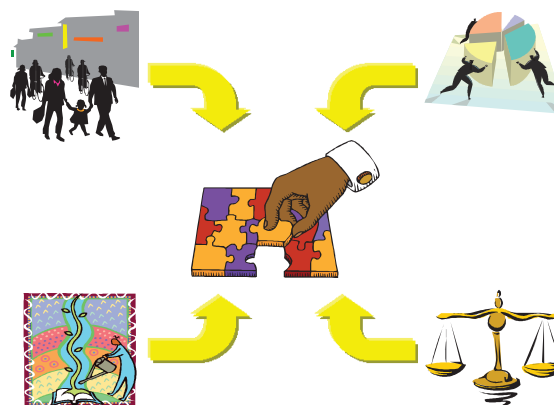


Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	975.625	799.252	176.372	47	1.402	779.058	186.500	0	1.942.631

Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



## BUDGET 2016

**CdR: SC Clinica Neurologica (UCO)**

**Direttore: Dott. Paolo Manganotti**



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC Clinica Neurologica (UCO)**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Ricovero ordinario**

Entrati	682	329	371	42	12,8
di cui accettati	626	304	344	40	13,2
di cui trasferiti	56	25	27	2	8,0
Usciti	681	328	375	47	14,3
Dimessi	629	303	346	43	14,2
di cui deceduti	61	30	43	13	43,3
Trasferiti	52	25	29	4	16,0
Casi trattati	699	349	391	42	12,0
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	8.395	4.290	4.926	636	14,8
Entrati usciti lo stesso giorno	14	5	10	5	100,0
Posti letto medi	32,0	32,0	32,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	72,0	74,2	84,8	10,6	14,3
% DRG Chirurgici	2,4	2,3	2,3	0,0	0,0
% DRG Medici	97,6	97,7	97,7	0,0	0,0
Peso DRG (dei dimessi)	801,0	382,5	441,4	58,9	15,4

**Performance in ricovero ordinario**

<i>Indice comparativo di performance</i>	1,07	1,03	1,11	0,08	7,8
<i>Degenza media del caso netta</i>	12,2	12,5	13,0	0,5	3,9
<i>% dimessi outlier</i>	2,2	2,6	2,3	-0,3	-11,5
<i>Giornate di degenza outlier</i>	196	132	99	-33	-25,0
<i>% Giornate di degenza outlier</i>	2,3	3,1	2,0	-1,1	-35,5
<i>Giornate di degenza post dimissibilità</i>	4.666	2.542	3.079	537	21,1
<i>% Giornate di degenza post dimissibilità</i>	23,9	26,9	27,3	0,4	1,5
<i>% di ricoveri ripetuti in reparto entro 30 giorni (ric. ord.)</i>	1,7	2,6	0,6	-2,0	-76,9

**Ricoveri in DH**

Accolti	195	113	101	-12	-10,6
Dimessi	195	53	60	7	13,2
Accessi	1.245	548	378	-170	-31,0
Posti letto medi	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	396,50	351,30	242,30	-109,00	-31,0
<i>Accessi medi per caso</i>	6,4	4,9	3,7	-1,1	-22,9
% DRG Chirurgici	0,50	0,00	0,00	0,00	===
% DRG medici	99,50	100,00	100,00	0,00	0,0
<i>% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici</i>	52,58	56,60	84,75	28,15	49,7
<i>Casi con DRG medico di tipo diagnostico</i>	102	30	50	20	66,7
Peso DRG (dei dimessi)	163,1	43,2	51,8	8,6	19,8
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	0,840	0,820	0,880	0,060	7,3

**Caratteristiche della casistica trattata in ricovero**

<i>Indice case mix (ric. ord.)</i>	1,05	1,05	1,07	0,0	1,9
<i>Peso medio DRG (ric. ord.)</i>	1,270	1,260	1,280	0,020	1,6
<i>Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)</i>	5,730	5,560	2,180	-3,380	-60,8



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC Clinica Neurologica (UCO)**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
Peso medio DRG Medici (ric. ord.)	1,160	1,160	1,250	0,090	7,8
% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)	30,2	30,7	21,1	-9,6	-31,3
% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)	17,3	17,8	17,9	0,1	0,6
% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)	52,5	51,5	61,0	9,5	18,4
% di attrazione extra Prov. Ts	10,2	10,4	16,5	6,1	59,2
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts	8,1	8,4	14,1	5,6	67,0
% di attrazione Extra Regionale	2,1	2,0	2,5	0,5	25,6

**Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)**

Numero di prestazioni	16.770	8.738	10.355	1.617	18,5
di cui visite	2.970	1.578	1.647	69	4,4
di cui controlli	2.683	1.403	1.490	87	6,2
% di prime visite sul totale di visite e controlli	52,5	52,9	52,5	-0,4	-0,8
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)	8,1	8,5	7,1	-1,4	-16,5
% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)	2,6	2,3	2,6	0,3	13,0
% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	10,8	11,0	9,3	-1,7	-15,5

**DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI**

**Compilazione cartella clinica**

% compilazione della cartella clinica (escl. valutazione consenso trattamento dati e medici in formazione specialistica)	92,5	89,2	88,9	-0,2	-0,3
% di compilazione codice di dimissibilità	33,9	37,3	36,1	-1,2	-3,2

**Buon uso del sangue e degli emocomponenti**

% mancate comunic. avvenuta trasf./utilizzo sul tot. unità cons.	32,00	33,33	16,98	-16,35	-49,1
% richieste inappropriate	0,00	0,00	0,00	0,00	===
% richieste incomplete	25,00	42,86	9,68	-33,18	-77,4

**Distribuzione diretta**

Distribuzione diretta farmaci PHT (€)	1.580	706	1.012	306	43,3
Distribuzione primo ciclo: rapporto % cicli/dimessi	63	70	63	-7	-10,2

**Elogi/Segnalazioni/Reclami**

Elogi	4	3	2	-1	-33,3
Segnalazioni/reclami	1	0	0	0	===



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
16-50	3.4.2. Emergenza urgenza	<p>Avvio del trattamento con trombectomia del paziente colpito da Ictus acuto</p> <p>Azioni Garantire, con le strutture del 118 e di emergenza del territorio giuliano isontino, il trattamento con TROMBECTOMIA nei pazienti con ictus acuto non responsivi a trombolisi insieme alla Radiologia dell'Ospedale di Cattinara Portare a termine il programma coordinato ed integrato di formazione interaziendale sui PDTA (piano di in/formazione regionale sull'ictus)</p> <p>Obiettivo comune a Clinica Neurologica e SSD radiologia interventistica</p>	<p>TARGET: Applicazione del PDTA per i pazienti colpiti da Ictus acuto e almeno 10 TROMBECTOMIE entro il 31.12.2016</p> <p>Applicazione del PDTA regionale per i pazienti colpiti da Ictus acuto</p>	12	11	10
16-51	3.4.2. Emergenza urgenza	<p>Qualità delle cure e qualità della valutazione del paziente con Ictus applicazione del PDTA regionale per i pazienti colpiti da Ictus acuto</p> <p>Azioni Valutare i livelli di autonomia/disabilità dei pazienti con Ictus attraverso la scala Barthel Index e Rankin Scale modificata sia all'ingresso che all'uscita di ogni setting assistenziale</p>	<p>TARGET: l'85% degli episodi di ricovero con Ictus hanno nella documentazione clinica (cartella clinica) almeno due misurazioni del livello di autonomia e disabilità (scala Barthel Index + Rankin Scale modificata) all'ingresso e all'uscita dalle Strutture di CI Neurologica e dalla SC di Medicina Riabilitativa</p> <p>Periodo di misurazione: Il semestre 2016</p>	7	6	6



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
16-56	3.4.2. Emergenza urgenza	<p>Attuazione del piano di miglioramento 2016 applicazione del PIC per pazienti colpiti da Ictus e del PDTA regionale</p> <p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-implementare le fasi del percorso intraospedaliero che hanno dimostrato criticità nel 2015 (riflesso deglutitorio, riabilitazione logopedica intra-ospedaliera)</li> <li>-implementare le fasi del percorso intraospedaliero per i pazienti ricoverati nell'area di medicina interna (valutazione fisiatrica, valutazione scale disabilità motorie, ecc.)</li> <li>-costituire il team multi professionale dedicato</li> <li>-continuare l'attività di audit ospedale-territorio sulla continuità riabilitativa</li> </ul> <p>Obiettivo comune a Cl. Neurologica, Cl. ORL, SC Medicina Riabilitativa, DAI Medicina Interna, Riabilitazione distrettuale</p>	<p>TARGET: Formalizzazione del team multi-professionale</p> <p>Mantenimento degenza media in Stroke Unit (&lt;9gg.)</p> <p>Riduzione della degenza media per i pazienti con ictus ricoverati nel DAI di Medicina Interna rispetto al 2015</p> <p>Avvio delle valutazioni fisiatriche richieste dal DAI di Medicina Interna per i pazienti con Ictus acuto</p> <p>Riduzione dei tempi di presa in carico riabilitativa dei pazienti con ictus (da 4 a 2 giornate in media)</p>	7	6	6
16-57	3.4.2. Emergenza urgenza	<p>Implementare il PDTA regionale (DGR 2198 del 20.11.2014) per il paziente con ictus acuto</p> <p>Azioni</p> <p>Portare a termine il programma coordinato ed integrato di formazione interaziendale sui PDTA (piano di informazione regionale sull'ictus)</p>	<p>TARGET: 1. Applicazione del PDTA regionale per i pazienti colpiti da Ictus acuto</p> <p>2. Entro il 31.12.2016 viene completato il programma e le azioni formative/informative mirate con 9 edizioni e un audit finale</p>	7	6	6



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-86	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Prevenzione della malnutrizione nel malato oncologico e con patologia cronica</p> <p>Supporto nutrizionale artificiale enterale e parenterale</p> <p>Migliorare la gestione del paziente a rischio di malnutrizione</p> <p>Azioni</p> <p>Attivazione intraospedaliera del supporto nutrizionale artificiale enterale e parenterale in continuità con le strutture Distrettuali</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incrementare l'attività dell'Ambulatorio ed il numero di consulenze di Nutrizione Clinica per la prevenzione della malnutrizione in continuità con le strutture Distrettuali</li> <li>- Definire un protocollo condiviso con le strutture ospedaliere e con quelle territoriali per la nutrizione artificiale e la prevenzione della malnutrizione</li> </ul> <p>Obiettivo comune a Clinica Medica, Oncologia, ORL, Neurologia, Distretti</p>	<p>TARGET: 1) Numero di pazienti con screening nutrizionale maggiore del 2015(Codice ICD-9 cm V77.2 "Screening per l'individuazione di malnutrizione")</p> <p>2) Riduzione dei ricoveri per malnutrizione rispetto al 2015 (Codici ICD-9 cm 261, 262, 263.xx)</p>	7	6	6
19-98	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Costruzione dei percorsi clinico-assistenziali INTRA-OSPEDALIERI per le principali patologie neurologiche ad esordio cronico e offerta di percorsi intra-ospedalieri omogenei alle persone affette da M. di Parkinson e Sclerosi Multipla</p> <p>Azioni</p> <p>Costruire i percorsi clinico-assistenziali-riabilitativi intra-ospedalieri per i pazienti ricoverati con specifiche condizioni neurologiche</p> <p>Obiettivo comune a Clinica Neurologica e Medicina Riabilitativa</p>	<p>TARGET: Disponibilità dei protocolli operativi intra-ospedalieri condivisi per la presa in carico riabilitativa di pazienti affetti da M. di Parkinson e Sclerosi Multipla</p>	7	6	6





Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-99	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Costruzione dei percorsi clinico-assistenziali INTRA-OSPEDALIERI per le principali patologie neurologiche ad esordio acuto e miglioramento del percorso di cura intra-ospedaliero per il paziente colpito da ictus</p> <p>Azioni Costruire il percorso clinico-assistenziali intra-ospedaliero per i pazienti con Ictus acuto ricoverati in regime di emergenza presso la Stroke Unit (pazienti trombolisati o che accedono dopo 4,5 ore dall'esordio dell'evento acuto)</p> <p>Obiettivo comune a Clinica Neurologica e Medicina Riabilitativa</p>	TARGET: Disponibilità del protocollo operativo per la gestione infermieristica del paziente in fase acuta e in trattamento con trombolisi	7	6	6
19-100	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Costruzione dei percorsi clinico-assistenziali-riabilitativi INTRAOSPEDALIERI INTEGRATI per le principali patologie neurologiche ad esordio cronico e miglioramento del percorso di cura intra-ospedaliero per il paziente colpito condizioni neurologiche di tipo cronico</p> <p>Azioni - Definire il percorso clinico-assistenziale per il trattamento del dolore e della spasticità nei pazienti con esiti di lesione neurologica (Ictus, SM, traumi) - Definire il percorso clinico-assistenziale per la diagnosi e gestione delle patologie neurodegenerative (parkinson-demenza)</p> <p>Obiettivo comune a Clinica Neurologica e Medicina Riabilitativa</p>	<p>TARGET: Disponibilità del protocollo operativo per migliorare il percorso per il trattamento spasticità/dolore trattato con tossina</p> <p>Disponibilità del protocollo operativo con PDTA interno per la presa in carico dei pazienti con patologie degenerative</p>	7	6	6



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-110	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriata ed efficienza dell'attività	<p>Miglioramento del processo di cura al paziente con SLA o altre patologie neuromuscolari ricoverato con complicanze respiratorie - Percorso clinico-assistenziale per i pazienti con SLA</p> <p>Azioni Costruire un percorso assistenziale tra la S.C. Pneumologia il servizio territoriale e i care givers finalizzato alla corretta gestione e presa in carico dei pazienti con SLA e altre patologie neuromuscolari con problemi respiratori</p> <p>Obiettivo comune per Pneumologia e Clinica Neurologica</p>	TARGET: Formalizzazione di un percorso assistenziale personalizzato da attuare alla dimissione per i pazienti con malattie neuromuscolari	7	6	6
20-117	3.4.7. Tempi d'attesa	<p>Al fine del rispetto dei tempi di attesa si richiede l'effettuazione nel II semestre 2016 di un numero di prestazioni pari a quello indicato nella sezione "indicatori".</p>	<p>TARGET: Elettromiografia semplice per muscolo EMG (93.08.1) 50 Brevi 25 Differite</p> <p>Visita neurologica (89.13) 425 Brevi</p> <p>Ecodoppler tronchi sovraaortici TSA a riposo (88.73.5) 100 Brevi 50 Differite (come contributo complessivo delle attività presso il CIEU della Medicina Clinica, della Chirurgia Generale e della Clinica Neurologica)</p> <p>MODALITA' DI VALUTAZIONE: In sede di valutazione, in caso di scostamento dal numero di prestazioni prestabilito, si terrà conto del rispetto dei tempi di attesa nella specifica categoria di prestazioni.</p>		6	6
21-123	3.4.8. Rischio clinico	Mantenere gli standard di compilazione della cartella clinica definiti in fase di ri-accreditamento JCI	TARGET: >=90%	6	6	6



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
21-124	3.4.8. Rischio clinico	<p>Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede:</p> <p>1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet)</p> <p>2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)</p> <p>3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica</p>	<p>TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento</p> <p>2) Risultato della survey &gt;= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)</p> <p>MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2</p>	6	6	6
21-132	3.4.8. Rischio clinico	<p>Coinvolgimento attivo dei malati presi in carico nel percorso diagnostico terapeutico mediante la condivisione e diffusione delle informazioni trasmesse con opuscoli/format dedicati all'educazione sanitaria su problemi specifici inerenti il ricovero ed alle patologie in corso: Presenza in ogni S.C. di materiale dedicato all'informazione e all'educazione sanitaria</p> <p>Azioni</p> <p>Censimento e verifica del materiale informativo esistente nelle Strutture del Dipartimento (di ricovero ed ambulatoriali)</p> <p>Revisione e aggiornamento del materiale esistente</p> <p>Compilazione e diffusione degli opuscoli/format mancanti o carenti</p> <p>Obiettivo comune alle SSCC del DAI Testa Collo</p>	<p>TARGET: Miglioramento dei risultati per quanto riguarda la completezza di compilazione della cartella clinica relativa alla scheda "Educazione sanitaria" (&gt;90%)</p> <p>Presenza per ogni S.C. di un elenco comprendente l'offerta di opuscoli/format dedicati all'educazione sanitaria</p>	6		4
21-191	3.4.8. Rischio clinico	<p>Integrazione Lettera di dimissione con compilazione scheda fattori di rischio</p> <p>Azioni</p> <p>Estensione dalla fase sperimentale a regime</p>	<p>TARGET: % adesione nel secondo semestre 2016 (target 100%)</p> <p>La valutazione raggiungimento obiettivi sarà effettuata sulla base del report trasmesso dall'Amministrazione regionale</p>		6	5



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
26-154	Integrazione delle funzioni territoriali e ospedaliere	<p>Sviluppo di progetti nel settore delle demenze in una logica di rete integrata dell'offerta socio-sanitaria omogeneità del percorso di cura per la persona che accede in ospedale con deterioramento cognitivo o demenza</p> <p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aggiornare e condividere il nuovo percorso di assistenza e trattamento delle persone con deterioramento cognitivo/demenza integrato con le strutture territoriali</li> <li>- Consolidare la rete e le modalità di presa in carico nel settore delle demenze, applicando il PDTA Demenze/Deterioramento cognitivo aziendale</li> </ul>	<p>TARGET: Disponibilità del nuovo PDTA sul deterioramento cognitivo/demenze integrato ospedale-territorio entro il 31/10/2016</p> <p>Avvio dell'applicazione del PDTA approvato nel 2013 e, successivamente al 31.12.2016, del PDTA concordato con la CI. Neurologica nel 100% dei nuovi casi che afferiscono al CDDD, al fine di consolidare la rete di presa in carico nel settore delle demenze</p>	7	6	5
26-155	Integrazione delle funzioni territoriali e ospedaliere	<p>Percorso assistenziale, diagnostico, terapeutico del paziente affetto da cefalea o algia cranio-facciale, nelle diverse forme di episodicità, cronicità o urgenza, con l'obiettivo di uniformare i comportamenti dei professionisti che trattano il paziente utilizzando Linee Guida di riferimento Nazionali, Internazionali ed evidence based e valutazione omogeneità del percorso di cura per la persona che accede in ospedale cefalea e dolore algo-facciale</p> <p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definire e condividere uno specifico PDTA per il paziente con cefalea e dolore algo-facciale integrato ospedale-territorio, dall'urgenza alla gestione nei distretti in riabilitazione</li> <li>- Individuare il fabbisogno di visite e trattamenti specialistici per i pazienti affetti da tali patologie</li> </ul>	<p>TARGET: Disponibilità entro il 31.12.2016 del protocollo operativo condiviso per i pazienti residenti in Provincia di Trieste secondo linee guida regionali e internazionali</p>	7	5	5
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	<p>TARGET: Almeno l'80% dei referti su G2 e delle lettere di dimissione vengono firmati digitalmente</p> <p>MODALITA' DI VALUTAZIONE: Per quanto riguarda le lettere di dimissione l'obiettivo è subordinato alla fornitura ed installazione dello specifico applicativo</p>		6	5
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
19-66	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Contribuire alla riduzione della percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG Medico a livello aziendale. Dato aziendale 2015 38% (nel I semestre 2015 31%)	TARGET: Adesione alle prescrizioni aziendali in materia (riduzione della percentuale e/o del numero assoluto di DH diagnostici rispetto al dato registrato nel 2015).
22-147	3.5 Assistenza farmaceutica	Mantenimento della distribuzione del primo ciclo Garantire il primo ciclo di cure conforme a quanto previsto dalla lettera di dimissione in particolare a tutti i pazienti trasferiti in RSA	TARGET: 1) Mantenere il rapporto % cicli/dimessi registrato nel 2015 2) Assenza di segnalazioni di mancata o non conforme consegna dei farmaci in primo ciclo ai pazienti trasferiti in RSA  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Sul punto 1 argine pari alla deviazione standard degli ultimi due anni
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015  MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
19-67	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre la percentuale di ricoveri ordinari medici oltre soglia sul totale dei ricoveri ordinari medici di pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni. Dato aziendale 2014: 9%	Ridurre la percentuale di ricoveri ordinari medici oltre soglia sul totale dei ricoveri ordinari medici di pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni. Dato aziendale 2014: 9%
19-70	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Clinica Neurologica (UCO)**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo - B	2,0	2,0	2,0	2,0
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	1,0	1,0	1,0	1,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	21,9	20,1	23,0	23,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	1,0	1,0	1,0	1,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	4,0	4,0	4,0	4,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	6,0	6,0	6,0	8,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	1,0	0,9	1,0	1,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. neurofisiopat. - D	8,0	7,8	8,0	8,0
<b>Totale</b>	<b>44,9</b>	<b>42,9</b>	<b>46,0</b>	<b>48,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza. Inoltre prevista stabilizzazione di 1 infermiere. Si verificherà l'opportunità di un incremento della dotazione di 1 unità infermieristica.

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").



**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****SC Clinica Neurologica (UCO)**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico universitario - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico universitario	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico	11,3	11,2	12,0	12,0
<b>Totale</b>	<b>13,3</b>	<b>13,2</b>	<b>14,0</b>	<b>14,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario. Prevista l'assunzione di una ulteriore unità.

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.



Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	2.165.773	1.954.965	210.808	5.255	1.783	77.139	260	0	2.250.210

Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
20-122	3.4.7. Tempi d'attesa	Incremento degli interventi di cataratta, riduzione delle liste d'attesa e Semplificazione dell'accesso ospedaliero per i pazienti  Azioni Incrementare il numero di interventi di cataratta	TARGET: Numero di interventi chirurgici di cataratta maggiore che nel 2015	33		
21-124	3.4.8. Rischio clinico	Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede: 1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet) 2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%) 3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica	TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento 2) Risultato della survey >= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)  MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2	33		
21-132	3.4.8. Rischio clinico	Coinvolgimento attivo dei malati presi in carico nel percorso diagnostico terapeutico mediante la condivisione e diffusione delle informazione trasmesse con opuscoli/format dedicati all'educazione sanitaria su problemi specifici inerenti il ricovero ed alle patologie in corso: Presenza in ogni S.C. di materiale dedicato all'informazione e all'educazione sanitaria  Azioni Censimento e verifica del materiale informativo esistente nelle Strutture del Dipartimento (di ricovero ed ambulatoriali) Revisione e aggiornamento del materiale esistente Compilazione e diffusione degli opuscoli/format mancanti o carenti  Obiettivo comune alle SSCC del DAI Testa Collo	TARGET: Miglioramento dei risultati per quanto riguarda la completezza di compilazione della cartella clinica relativa alla scheda "Educazione sanitaria" (>90%)  Presenza per ogni S.C. di un elenco comprendente l'offerta di opuscoli/format dedicati all'educazione sanitaria	34		
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>		



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-174	Sviluppo delle politiche del personale	Definizione del Piano ferie nei tempi previsti e invio di un report mensile alla Direzione Infermieristica sulla situazione delle ferie fruito dal personale del Comparto	TARGET: Piano ferie prodotto nei tempi concordati
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-176	Sviluppo delle politiche del personale	Monitoraggio delle eccedenze orarie del personale del comparto al fine del contenimento delle liquidazioni entro il Budget assegnato.	TARGET: Produzione di una reportistica mensile sulle eccedenze orarie del personale del comparto con evidenza di: 1) credito orario liquidato 2) credito orario residuo
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**Day Surgery HM - Degenza comune Day Surgery - Clinica Oculistica**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo - B	1,0	1,0	1,0	1,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	6,0	6,0	6,0	6,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	4,0	3,8	4,0	3,0
<b>Totale</b>	<b>11,0</b>	<b>10,8</b>	<b>11,0</b>	<b>10,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

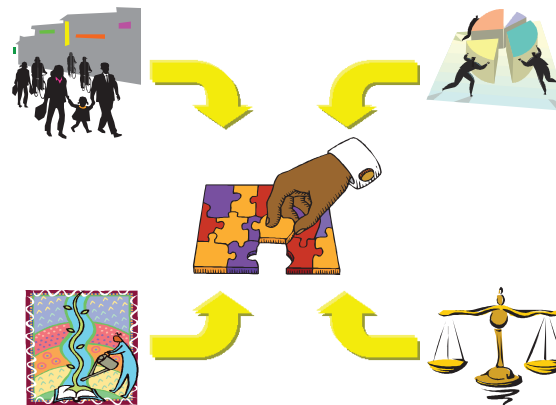


## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	5.710	0	5.710	10	378	11.116	0	0	17.215

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



## BUDGET 2016

**CdR: DAI di Medicina Interna**

**Direttore: Prof. Claudio Tiribelli**



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività**  
**DAI di Medicina Interna**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Ricovero ordinario**

Entrati	8.623	4.417	4.585	168	3,8
di cui accettati	7.467	3.851	4.024	173	4,5
di cui trasferiti	1.156	566	561	-5	-0,9
Usciti	8.679	4.448	4.563	115	2,6
Dimessi	8.049	4.118	4.241	123	3,0
di cui deceduti	979	526	481	-45	-8,6
Trasferiti	630	330	322	-8	-2,4
Casi trattati	8.625	4.534	4.652	118	2,6
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	81.892	43.999	38.720	-5.279	-12,0
Entrati usciti lo stesso giorno	293	143	152	9	6,3
Posti letto medi	225,8	232,0	197,7	-34,3	-14,8
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	99,7	105,1	108,0	2,9	2,8
% DRG Chirurgici	2,4	1,9	2,1	0,2	10,5
% DRG Medici	97,6	98,1	97,9	-0,2	-0,2
Peso DRG (dei dimessi)	8.005,3	4.059,3	4.249,8	190,5	4,7

**Performance in ricovero ordinario**

<i>Degenza media del caso netta</i>	9,8	10,0	8,6	-1,4	-13,9
% dimessi outlier	2,5	2,8	2,0	-0,8	-28,6
Giornate di degenza outlier	2.995	1.709	1.216	-493	-28,8
% Giornate di degenza outlier	3,5	3,8	3,0	-0,8	-21,1
Giornate di degenza post dimissibilità	2.876	1.649	710	-939	-56,9
% Giornate di degenza post dimissibilità	1,3	1,4	0,6	-0,8	-57,1
% di ricoveri ripetuti in reparto entro 30 giorni (ric. ord.)	4,3	3,7	4,4	0,7	18,9

**Ricoveri in DH**

Accolti	442	291	262	-29	-10,0
Dimessi	442	113	85	-28	-24,8
Accessi	3.249	1.570	1.375	-195	-12,4
Posti letto medi	10,4	10,3	11,0	0,7	6,8
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	99,50	97,70	80,10	-17,60	-18,0
Accessi medi per caso	6,7	5,1	5,1	0,0	0,2
% DRG Chirurgici	17,40	16,80	24,70	7,90	47,0
% DRG medici	82,60	83,20	75,30	-7,90	-9,5
% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici	43,56	41,49	35,94	-5,55	-13,4
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	159	39	23	-16	-41,0
Peso DRG (dei dimessi)	476,3	125,5	107,8	-17,8	-14,1
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	1,080	1,110	1,270	0,160	14,4

**Attività chirurgica**

Interventi chirurgici in regime di ricovero	88	48	42	-6	-12,5
% di interventi urgenti	8,0	8,3	11,9	3,6	42,9

**Caratteristiche della casistica trattata in ricovero**





**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
DAI di Medicina Interna**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
Peso medio DRG (ric. ord.)	0,990	0,990	1,000	0,010	1,0
Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)	2,510	2,460	2,750	0,290	11,8
Peso medio DRG Medici (ric. ord.)	0,960	0,960	0,960	0,000	0,0
% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)	14,8	14,5	13,7	-0,8	-5,5
% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)	12,7	13,4	12,3	-1,1	-8,2
% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)	72,5	72,1	73,9	1,8	2,5
% di attrazione extra Prov. Ts	3,9	3,3	3,4	0,0	1,3
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts	2,0	1,4	1,7	0,3	23,1
% di attrazione Extra Regionale	1,9	1,9	1,7	-0,3	-14,1

**Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)**

Numero di prestazioni	88.526	44.263	46.273	2.010	4,5
di cui visite	31.413	15.885	16.044	159	1,0
di cui controlli	18.873	9.371	10.119	748	8,0
% di prime visite sul totale di visite e controlli	62,5	62,9	61,3	-1,6	-2,5
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)	3,2	3,4	2,9	-0,5	-14,7
% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)	1,0	0,9	1,0	0,1	11,1
% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	3,1	3,2	2,8	-0,4	-12,5

**DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI**

**Compilazione cartella clinica**

% compilazione della cartella clinica (escl. valutazione consenso trattamento dati e medici in formazione specialistica)	83,8	83,5	82,7	-0,8	-1,0
% di compilazione codice di dimissibilità	1,6	1,9	0,7	-1,2	-63,2

**Buon uso del sangue e degli emocomponenti**

% mancate comunic. avvenuta trasf./utilizzo sul tot. unità cons.	12,29	11,12	7,24	-3,88	-34,8
% richieste inappropriate	1,75	2,11	1,47	-0,65	-30,6
% richieste incomplete	14,81	16,09	18,89	2,80	17,4

**Distribuzione diretta**

Distribuzione diretta farmaci PHT (€)	275.194	182.338	79.026	-103.312	-56,7
Distribuzione primo ciclo: rapporto % cicli/dimessi	88	91	81	-10	-10,9

**Elogi/Segnalazioni/Reclami**

Elogi	35	19	10	-9	-47,4
Segnalazioni/reclami	17	12	4	-8	-66,7



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
19-83	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	Incremento delle dimissioni nell'orario 8-15.  Azioni Organizzare le attività di reparto finalizzandole all'incremento delle dimissioni nella fascia oraria 8:00-15:00  Obiettivo comune alle SSCC di Medicina Interna	TARGET: Dimissioni fascia oraria 8:00-15:59 da settembre 2016 >75% mantenendo la degenza media al di sotto del 2015
24-150	Governo delle risorse assegnate	Governo delle risorse correnti utilizzate dalle Strutture afferenti al Dipartimento	TARGET: Monitoraggio attivo del budget assegnato alle strutture del Dipartimento
31-174	Sviluppo delle politiche del personale	Definizione del Piano ferie nei tempi previsti e invio di un report mensile alla Direzione Infermieristica sulla situazione delle ferie fruito dal personale del Comparto	TARGET: Piano ferie prodotto nei tempi concordati
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-176	Sviluppo delle politiche del personale	Monitoraggio delle eccedenze orarie del personale del comparto al fine del contenimento delle liquidazioni entro il Budget assegnato.	TARGET: Produzione di una reportistica mensile sulle eccedenze orarie del personale del comparto con evidenza di: 1) credito orario liquidato 2) credito orario residuo
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**DAI di Medicina Interna**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo - B	2,0	0,9	2,0	1,0
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	2,0	2,0	2,0	2,0
Assistenti sanitari - coll. prof. san. ass. san. - D	1,0	0,4	1,0	1,0
Dietisti - coll. prof. san. dietista - D	2,0	1,9	2,0	2,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	178,3	165,2	171,0	164,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	4,0	4,0	4,0	3,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	6,2	5,2	6,0	4,0
Ota-Oss - op. tec. add. assistenza (ota) - B	2,0	1,7	2,0	2,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	101,0	88,8	99,0	98,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	3,0	1,7	3,0	1,0
Tecnici non sanitari - op. tec. add. servizi tec. economici - B	1,0	1,0	1,0	1,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. neurofisiopat. - D	4,0	3,7	4,0	4,0
<b>Totale</b>	<b>306,6</b>	<b>276,5</b>	<b>297,0</b>	<b>283,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****DAI di Medicina Interna**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico universitario - direttore di SC	3,0	3,0	3,0	3,0
dirigente medico - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico universitario	8,0	8,0	8,0	8,0
dirigente medico	43,9	41,8	43,0	44,0
<b>Totale</b>	<b>55,9</b>	<b>53,8</b>	<b>55,0</b>	<b>56,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.

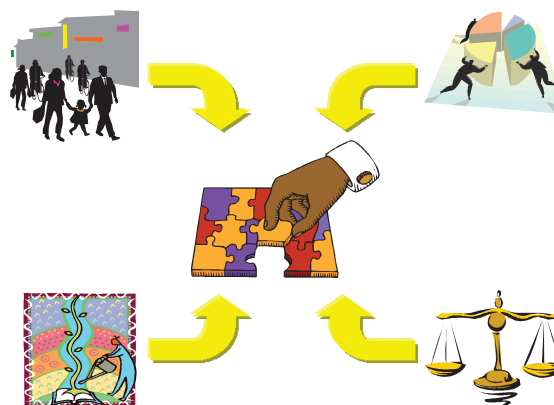


Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	3.903.864	1.711.681	2.192.183	25.830	53.819	577.380	0	763.597	5.324.490

Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



## BUDGET 2016

CdR: SC I Medica

Direttore ff: Dott. Dario Bianchini



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC I Medica**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Ricovero ordinario**

Entrati	2.512	1.239	1.511	272	22,0
di cui accettati	1.665	783	976	193	24,6
di cui trasferiti	847	456	535	79	17,3
Usciti	2.507	1.241	1.519	278	22,4
Dimessi	2.154	1.067	1.338	271	25,4
di cui deceduti	232	122	152	30	24,6
Trasferiti	353	174	181	7	4,0
Casi trattati	2.526	1.270	1.551	281	22,1
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	19.712	10.342	10.805	463	4,5
Entrati usciti lo stesso giorno	95	42	51	9	21,4
Posti letto medi	58,6	58,0	58,7	0,7	1,2
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	92,6	98,9	101,6	2,7	2,7
% DRG Chirurgici	1,1	0,8	1,6	0,8	100,0
% DRG Medici	98,9	99,2	98,4	-0,8	-0,8
Peso DRG (dei dimessi)	1.988,7	994,0	1.264,7	270,7	27,2

**Performance in ricovero ordinario**

Indice comparativo di performance	0,98	0,98	0,95	-0,03	-3,1
Degenza media del caso netta	8,1	8,4	7,2	-1,2	-14,5
% dimessi outlier	1,1	0,9	1,2	0,3	33,3
Giornate di degenza outlier	527	305	341	36	11,8
% Giornate di degenza outlier	2,9	3,1	3,2	0,1	3,2
Giornate di degenza post dimissibilità	22	22	63	41	186,4
% Giornate di degenza post dimissibilità	0,0	0,0	0,1	0,1	===
% di ricoveri ripetuti in reparto entro 30 giorni (ric. ord.)	3,8	2,5	5,5	3,0	120,0

**Ricoveri in DH**

Accolti	2	1	0	-1	-100,0
Dimessi	2	0	0	0	===
Accessi	10	3	0	-3	-100,0
Posti letto medi	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	3,20	1,90	===	===	===
Accessi medi per caso	2,0	1,0	===	===	===
% DRG Chirurgici	0,00	===	===	===	===
% DRG medici	100,00	===	===	===	===
% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici	100,00	===	===	===	===
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	2	===	===	===	===
Peso DRG (dei dimessi)	1,7	===	===	===	===
Peso medio DRG (dei dimessi)	0,840	===	===	===	===

**Caratteristiche della casistica trattata in ricovero**

Indice case mix (ric. ord.)	0,95	0,95	0,94	0,0	-1,1
Peso medio DRG (ric. ord.)	0,920	0,930	0,950	0,020	2,2
Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)	3,000	3,740	3,210	-0,530	-14,2





**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC I Medica**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
Peso medio DRG Medici (ric. ord.)	0,900	0,910	0,910	0,000	0,0
% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)	13,1	12,3	12,1	-0,2	-1,6
% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)	11,3	12,2	11,0	-1,2	-9,8
% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)	75,5	75,5	76,9	1,4	1,9
% di attrazione extra Prov. Ts	3,1	3,6	2,9	-0,6	-18,2
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts	1,2	1,3	1,3	0,0	2,5
% di attrazione Extra Regionale	1,9	2,2	1,6	-0,7	-30,2

**Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)**

Numero di prestazioni	1.321	698	679	-19	-2,7
di cui visite	603	308	307	-1	-0,3
di cui controlli	349	196	202	6	3,1
% di prime visite sul totale di visite e controlli	63,3	61,1	60,3	-0,8	-1,3
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)	4,0	4,2	4,1	-0,1	-2,4
% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)	1,8	2,6	1,9	-0,7	-26,9
% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	7,3	7,1	7,8	0,7	9,9

**DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI**

**Compilazione cartella clinica**

% compilazione della cartella clinica (escl. valutazione consenso trattamento dati e medici in formazione specialistica)	87,0	87,8	83,5	-4,3	-4,9
% di compilazione codice di dimissibilità	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0

**Buon uso del sangue e degli emocomponenti**

% mancate comunic. avvenuta trasf./utilizzo sul tot. unità cons.	3,56	4,88	3,60	-1,28	-26,3
% richieste inappropriate	2,34	2,86	3,90	1,04	36,4
% richieste incomplete	12,50	17,14	15,58	-1,56	-9,1

**Distribuzione diretta**

Distribuzione diretta farmaci PHT (€)	14.770	9.257	6.861	-2.395	-25,9
Distribuzione primo ciclo: rapporto % cicli/dimessi	77	81	71	-9	-11,8

**Elogi/Segnalazioni/Reclami**

Elogi	11	6	3	-3	-50,0
Segnalazioni/reclami	4	3	1	-2	-66,7



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
16-56	3.4.2. Emergenza urgenza	<p>Attuazione del piano di miglioramento 2016 applicazione del PIC per pazienti colpiti da Ictus e del PDTA regionale</p> <p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-implementare le fasi del percorso intraospedaliero che hanno dimostrato criticità nel 2015 (riflesso deglutitorio, riabilitazione logopedica intra-ospedaliera)</li> <li>-implementare le fasi del percorso intraospedaliero per i pazienti ricoverati nell'area di medicina interna (valutazione fisiatrica, valutazione scale disabilità motorie, ecc.)</li> <li>-costituire il team multi professionale dedicato</li> <li>-continuare l'attività di audit ospedale-territorio sulla continuità riabilitativa</li> </ul> <p>Obiettivo comune a Cl. Neurologica, Cl. ORL, SC Medicina Riabilitativa, DAI Medicina Interna, Riabilitazione distrettuale</p>	<p>TARGET: Formalizzazione del team multi-professionale</p> <p>Mantenimento degenza media in Stroke Unit (&lt;9gg.)</p> <p>Riduzione della degenza media per i pazienti con ictus ricoverati nel DAI di Medicina Interna rispetto al 2015</p> <p>Avvio delle valutazioni fisiatriche richieste dal DAI di Medicina Interna per i pazienti con Ictus acuto</p> <p>Riduzione dei tempi di presa in carico riabilitativa dei pazienti con ictus (da 4 a 2 giornate in media)</p>	16	9	9
18-65	3.4.5. Sangue ed emocomponenti	<p>Contenimento del numero di trasfusioni inappropriate (avvio attività di Audit interno) e Ridotto ricorso da parte della struttura a richieste di emotrasfusioni.</p> <p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definire i nuovi standard di utilizzo delle emotrasfusioni (screening letteratura e Linee guida nazionali ed internazionali)</li> <li>- Valutare sulla casistica interna l'utilizzo delle emotrasfusioni nelle emorragie digestive alte per le quali si utilizza atteggiamento restrittivo (cut-off Hb 7 g/dl )</li> <li>- Costruzione di un protocollo interno alla Struttura</li> <li>- Applicare il protocollo</li> </ul> <p>Obiettivo assegnato alla SC I medica con la collaborazione del Dip. Di Medicina Trasfusionale</p>	<p>TARGET: Disponibilità del protocollo, condiviso con il DMT e esecuzione dell'audit</p> <p>Verifica dell'aderenza al protocollo e relazione conclusiva dell'audit</p> <p>Ridotto ricorso da parte della struttura a richieste di emotrasfusioni rispetto al 2015</p>	12	8	8



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-83	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Incremento delle dimissioni nell'orario 8-15.  Azioni Organizzare le attività di reparto finalizzandole all'incremento delle dimissioni nella fascia oraria 8:00-15:00  Obiettivo comune alle SSCC di Medicina Interna	TARGET: Dimissioni fascia oraria 8:00-15:59 da settembre 2016 >75% mantenendo la degenza media al di sotto del 2015	9	9	9
19-89	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Individuare, di concerto con le altre strutture di ricovero del DAI, patologie e condizioni cliniche, profili di diagnosi e cura, tipologia di prestazioni per le quali è appropriata una gestione del paziente in regime di "Day Service". Ciò con la finalità di ridurre i ricoveri DH medici con finalità diagnostiche.  Obiettivo assegnato a tutte le strutture del DAI di medicina interna	TARGET: Formulazione di una proposta organizzazione di attività di Day Service specifica per patologia e profili di cura (individuazione dei pacchetti di prestazioni da garantire con tale servizio)	12	9	9
21-123	3.4.8. Rischio clinico	Mantenere gli standard di compilazione della cartella clinica definiti in fase di ri-accreditamento JCI	TARGET: >=90%	10	10	10
21-124	3.4.8. Rischio clinico	Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede: 1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet) 2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%) 3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica	TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento 2) Risultato della survey >= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)  MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2	10	10	10



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
21-128	3.4.8. Rischio clinico	<p>Riduzione del rischio associato alle infezioni nosocomiali e comunitarie nel DAI di Medicina Interna. Riduzione delle resistenze batteriche. Appropriato uso della terapia antibiotica.</p> <p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Applicazione progetto Antimicrobial Stewardship e del Bundle rischio infettivo</li> <li>- Adesione alle Linee Guida Regionali: Terapia Polmoniti batteriche</li> <li>- Aumentare il numero dei prelievi per esami microbiologici prima dell'inizio della terapia antibiotica empirica (ACCO)</li> <li>- Applicare le linee-guida Aziendali ed Internazionali per la terapia antibiotica empirica</li> <li>- Richiedere la consulenza infettivologica quando appropriato</li> <li>- Applicare i criteri della "decalation"</li> <li>- Assicurare al paziente, quando possibile, il passaggio alla terapia antibiotica orale</li> <li>- Controllare la durata della terapia antibiotica secondo linee guida</li> </ul> <p>Obiettivo comune alla SSCC di medicina interna</p>	<p>TARGET: Numero prelievi per esami microbiologici prima dell'inizio della terapia antibiotica empirica (ACCO) maggiore del 2015</p> <p>Aumento dei passaggi alla terapia orale maggiore che nel 2015</p> <p>Conformità applicazione linee guida maggiore dell'80% in controllo a campione del 10% delle cartelle cliniche da settembre 2016</p>	14	9	9
21-133	3.4.8. Rischio clinico	<p>Miglioramento della cartella clinica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementare il foglio unico di terapia in formato digitale</li> <li>- Implementare la valutazione iniziale del paziente in formato digitale</li> <li>- Costruzione di un archivio dedicato di struttura</li> </ul>	<p>TARGET: Utilizzo del FUT elettronico almeno nel 90% delle cartelle campionate</p> <p>Utilizzo della valutazione iniziale in formato elettronico almeno nel 90% delle cartelle campionate</p>	17	9	9
21-134	3.4.8. Rischio clinico	<p>Riduzione del numero di prescrizioni farmacologiche nell'anziano.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adottare all'interno della Struttura i criteri Beers nella prescrizione della terapia alla dimissione</li> </ul> <p>Obiettivo assegnato alla SC I medica con la collaborazione della SS Qualità e rischio clinico</p>	<p>TARGET: Aumento delle dimissioni con programma terapeutico nel quale è previsto un numero di farmaci uguale o inferiore a 5 nel secondo semestre 2016 rispetto al 2015 (Dati dal Survey regionale)</p>		9	9



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
21-191	3.4.8. Rischio clinico	Integrazione Lettera di dimissione con compilazione scheda fattori di rischio  Azioni Estensione dalla fase sperimentale a regime	TARGET: % adesione nel secondo semestre 2016 (target 100%)  La valutazione raggiungimento obiettivo sarà effettuata sulla base del report trasmesso dall'Amministrazione regionale		9	9
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	TARGET: Almeno l'80% dei referti su G2 e delle lettere di dimissione vengono firmati digitalmente  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Per quanto riguarda le lettere di dimissione l'obiettivo è subordinato alla fornitura ed installazione dello specifico applicativo		9	9
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
19-66	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Contribuire alla riduzione della percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG Medico a livello aziendale. Dato aziendale 2015 38% (nel I semestre 2015 31%)	TARGET: Adesione alle prescrizioni aziendali in materia (riduzione della percentuale e/o del numero assoluto di DH diagnostici rispetto al dato registrato nel 2015).
22-147	3.5 Assistenza farmaceutica	Mantenimento della distribuzione del primo ciclo Garantire il primo ciclo di cure conforme a quanto previsto dalla lettera di dimissione in particolare a tutti i pazienti trasferiti in RSA	TARGET: 1) Mantenere il rapporto % cicli/dimessi registrato nel 2015 2) Assenza di segnalazioni di mancata o non conforme consegna dei farmaci in primo ciclo ai pazienti trasferiti in RSA  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Sul punto 1 argine pari alla deviazione standard degli ultimi due anni
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015  MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
19-67	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre la percentuale di ricoveri ordinari medici oltre soglia sul totale dei ricoveri ordinari medici di pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni. Dato aziendale 2014: 9%	Ridurre la percentuale di ricoveri ordinari medici oltre soglia sul totale dei ricoveri ordinari medici di pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni. Dato aziendale 2014: 9%
19-70	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]





**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC I Medica**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo - B	1,0	0,3	1,0	0,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	32,3	29,7	31,0	29,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	2,0	2,0	2,0	2,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	25,1	22,4	24,0	23,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	1,0	0,9	1,0	0,0
<b>Totale</b>	<b>61,4</b>	<b>55,4</b>	<b>59,0</b>	<b>54,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****SC I Medica**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico	10,8	10,7	10,0	12,0
<b>Totale</b>	<b>10,8</b>	<b>10,7</b>	<b>10,0</b>	<b>12,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato omnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.



## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

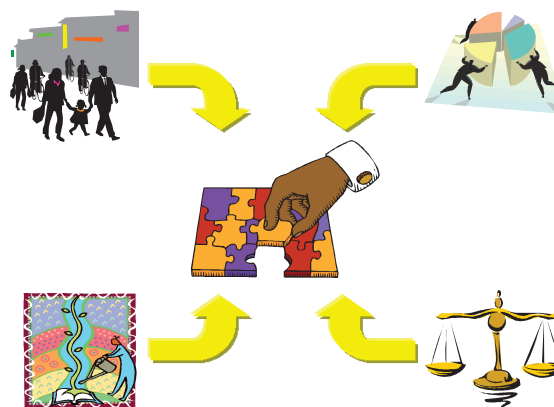
Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	421.747	160.705	261.041	6.496	4.121	78.504	0	0	510.868

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".

Servizio Sanitario Regionale

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA  
INTEGRATA DI TRIESTE



**BUDGET 2016**

**CdR: SC III Medica**

**Direttore ff: Dott. Franco Spangaro**



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC III Medica**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Ricovero ordinario**

Entrati	1.885	929	1.124	195	21,0
di cui accettati	1.639	812	1.002	190	23,4
di cui trasferiti	246	117	122	5	4,3
Usciti	1.890	933	1.119	186	19,9
Dimessi	1.534	747	899	152	20,3
di cui deceduti	175	88	90	2	2,3
Trasferiti	356	186	220	34	18,3
Casi trattati	1.892	951	1.149	198	20,8
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	14.723	7.535	7.954	419	5,6
Entrati usciti lo stesso giorno	168	82	127	45	54,9
Posti letto medi	39,7	39,3	40,0	0,7	1,8
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>102,8</i>	<i>107,1</i>	<i>111,0</i>	<i>3,9</i>	<i>3,6</i>
% DRG Chirurgici	2,3	2,3	1,4	-0,9	-39,1
% DRG Medici	97,7	97,7	98,6	0,9	0,9
Peso DRG (dei dimessi)	1.585,1	760,9	947,2	186,3	24,5

**Performance in ricovero ordinario**

<i>Indice comparativo di performance</i>	<i>0,88</i>	<i>0,88</i>	<i>0,77</i>	<i>-0,11</i>	<i>-12,5</i>
<i>Degenza media del caso netta</i>	<i>8,5</i>	<i>8,6</i>	<i>7,8</i>	<i>-0,8</i>	<i>-9,8</i>
<i>% dimessi outlier</i>	<i>1,6</i>	<i>2,1</i>	<i>1,0</i>	<i>-1,1</i>	<i>-52,4</i>
<i>Giornate di degenza outlier</i>	<i>209</i>	<i>139</i>	<i>80</i>	<i>-59</i>	<i>-42,4</i>
<i>% Giornate di degenza outlier</i>	<i>1,4</i>	<i>1,8</i>	<i>1,0</i>	<i>-0,8</i>	<i>-44,4</i>
<i>Giornate di degenza post dimissibilità</i>	<i>183</i>	<i>104</i>	<i>42</i>	<i>-62</i>	<i>-59,6</i>
<i>% Giornate di degenza post dimissibilità</i>	<i>0,5</i>	<i>0,4</i>	<i>0,1</i>	<i>-0,3</i>	<i>-75,0</i>
<i>% di ricoveri ripetuti in reparto entro 30 giorni (ric. ord.)</i>	<i>2,7</i>	<i>2,3</i>	<i>4,9</i>	<i>2,6</i>	<i>113,0</i>

**Ricoveri in DH**

Accolti	18	13	14	1	7,7
Dimessi	18	3	1	-2	-66,7
Accessi	113	44	49	5	11,4
Posti letto medi	2,0	2,0	2,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>18,00</i>	<i>14,10</i>	<i>15,70</i>	<i>1,60</i>	<i>11,3</i>
<i>Accessi medi per caso</i>	<i>3,3</i>	<i>2,3</i>	<i>3,4</i>	<i>1,1</i>	<i>45,5</i>
% DRG Chirurgici	0,00	0,00	0,00	0,00	===
% DRG medici	100,00	100,00	100,00	0,00	0,0
<i>% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici</i>	<i>66,67</i>	<i>66,67</i>	<i>100,00</i>	<i>33,33</i>	<i>50,0</i>
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	12	2	1	-1	-50,0
Peso DRG (dei dimessi)	11,4	2,1	1,1	-1,0	-45,5
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	<i>0,630</i>	<i>0,700</i>	<i>1,140</i>	<i>0,440</i>	<i>62,9</i>

**Caratteristiche della casistica trattata in ricovero**

<i>Indice case mix (ric. ord.)</i>	<i>0,99</i>	<i>0,98</i>	<i>0,99</i>	<i>0,0</i>	<i>1,0</i>
<i>Peso medio DRG (ric. ord.)</i>	<i>1,030</i>	<i>1,020</i>	<i>1,050</i>	<i>0,030</i>	<i>2,9</i>
<i>Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)</i>	<i>2,630</i>	<i>2,330</i>	<i>3,530</i>	<i>1,200</i>	<i>51,5</i>



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC III Medica**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
Peso medio DRG Medici (ric. ord.)	1,000	0,990	1,020	0,030	3,0
% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)	13,4	14,6	12,3	-2,3	-15,8
% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)	12,1	12,0	12,1	0,1	0,8
% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)	74,4	73,4	75,5	2,1	2,9
% di attrazione extra Prov. Ts	2,8	2,5	3,4	0,9	36,0
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts	1,4	1,2	1,7	0,5	38,9
% di attrazione Extra Regionale	1,5	1,3	1,8	0,4	33,3

**Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)**

Numero di prestazioni	4.156	2.013	2.079	66	3,3
di cui visite	1.402	679	639	-40	-5,9
di cui controlli	2.752	1.332	1.440	108	8,1
% di prime visite sul totale di visite e controlli	33,8	33,8	30,7	-3,1	-9,2
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)	6,6	6,5	5,5	-1,0	-15,4
% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)	1,1	1,0	1,6	0,6	60,0
% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	11,2	12,2	6,3	-5,9	-48,4

**DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI**

**Compilazione cartella clinica**

% compilazione della cartella clinica (escl. valutazione consenso trattamento dati e medici in formazione specialistica)	82,2	80,8	82,3	1,5	1,8
% di compilazione codice di dimissibilità	0,7	0,7	0,2	-0,5	-71,4

**Buon uso del sangue e degli emocomponenti**

% mancate comunic. avvenuta trasf./utilizzo sul tot. unità cons.	3,41	3,35	0,43	-2,91	-87,0
% richieste inappropriate	0,87	0,86	2,24	1,38	159,7
% richieste incomplete	17,75	18,10	23,13	5,03	27,8

**Distribuzione diretta**

Distribuzione diretta farmaci PHT (€)	1.704	926	1.056	130	14,0
Distribuzione primo ciclo: rapporto % cicli/dimessi	80	79	74	-5	-5,9

**Elogi/Segnalazioni/Reclami**

Elogi	4	1	1	0	0,0
Segnalazioni/reclami	2	1	1	0	0,0



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
14-47	3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti - PANCREAS. Miglioramento delle cure e avvio rete clinica dedicata al paziente diabetico (obiettivo in collaborazione con il referente aziendale della rete, dott. Riccardo Candido)	Implementare il PDTA regionale (DGR 1676 del 28.08.2015) per il paziente diabetico e Miglioramento empowerment del paziente diabetico – gestione del paziente e sua continuità  Azioni - Informare/educare il paziente (ed i familiari/care-giver) all'automonitoraggio glicemico e alla gestione della terapia ipoglicemizzante prima della dimissione - Garantire la continuità delle cure affidando il paziente alla rete diabetologia del proprio distretto (ambulatorio diabetologico entro 48/72 ore)	TARGET: Miglioramento controllo metabolico (Hb glicata) del paziente diabetico. definire i numeri  Riduzione dei ricoveri per complicanza diabetica, dei ricoveri ripetuti e della degenza media del paziente con comorbidità diabetica rispetto al 2015  Riduzione ricoveri ripetuti entro 30 giorni per stesso MDC rispetto al 2015	17	8	8
16-56	3.4.2. Emergenza urgenza	Attuazione del piano di miglioramento 2016 applicazione del PIC per pazienti colpiti da Ictus e del PDTA regionale  Azioni -implementare le fasi del percorso intraospedaliero che hanno dimostrato criticità nel 2015 (riflesso deglutitorio, riabilitazione logopedica intra-ospedaliera) -implementare le fasi del percorso intraospedaliero per i pazienti ricoverati nell'area di medicina interna (valutazione fisiatrica, valutazione scale disabilità motorie, ecc.) -costituire il team multi professionale dedicato -continuare l'attività di audit ospedale-territorio sulla continuità riabilitativa  Obiettivo comune a Cl. Neurologica, Cl. ORL, SC Medicina Riabilitativa, DAI Medicina Interna, Riabilitazione distrettuale	TARGET: Formalizzazione del team multi-professionale  Mantenimento degenza media in Stroke Unit (<9gg.)  Riduzione della degenza media per i pazienti con ictus ricoverati nel DAI di Medicina Interna rispetto al 2015  Avvio delle valutazioni fisiatriche richieste dal DAI di Medicina Interna per i pazienti con Ictus acuto  Riduzione dei tempi di presa in carico riabilitativa dei pazienti con ictus (da 4 a 2 giornate in media)	17	9	9
19-83	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	Incremento delle dimissioni nell'orario 8-15.  Azioni Organizzare le attività di reparto finalizzandole all'incremento delle dimissioni nella fascia oraria 8:00-15:00  Obiettivo comune alle SSCC di Medicina Interna	TARGET: Dimissioni fascia oraria 8:00-15:59 da settembre 2016 >75% mantenendo la degenza media al di sotto del 2015	14	9	9



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-85	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Rete per il trattamento delle patologie emorragiche e trombotiche, emostasi.</p> <p>Azioni</p> <p>Predisporre un progetto di fattibilità della rete provinciale per la cura delle MALATTIE EMORRAGICHE E TROMBOTICHE anche al fine di incrementare l'attrazione.</p> <p>Obiettivo in collaborazione con il Dipartimento di Medicina Trasfusionale, Clinica medica, III Medica, Medicina d'Urgenza, Pneumologia, Utic e Cardiologia, ematologia e le strutture territoriali</p>	TARGET: Lo studio di fattibilità è disponibile presso la Direzione sanitaria aziendale entro il 31/12/2016		9	9
19-89	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Individuare, di concerto con le altre strutture di ricovero del DAI, patologie e condizioni cliniche, profili di diagnosi e cura, tipologia di prestazioni per le quali è appropriata una gestione del paziente in regime di "Day Service". Ciò con la finalità di ridurre i ricoveri DH medici con finalità diagnostiche.</p> <p>Obiettivo assegnato a tutte le strutture del DAI di medicina interna</p>	TARGET: Formulazione di una proposta organizzazione di attività di Day Service specifica per patologia e profili di cura (individuazione dei pacchetti di prestazioni da garantire con tale servizio)	14	9	9
20-117	3.4.7. Tempi d'attesa	<p>Al fine del rispetto dei tempi di attesa si richiede l'effettuazione nel II semestre 2016 di un numero di prestazioni pari a quello indicato nella sezione "indicatori".</p> <p>Obiettivo comune alle SC Medicina Clinica e III medica. I dati presenti negli indicatori si riferiscono alla produzione complessiva.</p>	<p>TARGET: Visita endocrinologica (89.7) 325 Brevi 160 Differite</p> <p>MODALITA' DI VALUTAZIONE: In sede di valutazione, in caso di scostamento dal numero di prestazioni prestabilito, si terrà conto del rispetto dei tempi di attesa nella specifica categoria di prestazioni.</p>		9	9
21-123	3.4.8. Rischio clinico	Mantenere gli standard di compilazione della cartella clinica definiti in fase di ri-accreditamento JCI	TARGET: >=90%	10	10	10





Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
21-124	3.4.8. Rischio clinico	<p>Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede:</p> <p>1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet)</p> <p>2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)</p> <p>3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica</p>	<p>TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento</p> <p>2) Risultato della survey &gt;= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)</p> <p>MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2</p>	10	10	10
21-128	3.4.8. Rischio clinico	<p>Riduzione del rischio associato alle infezioni nosocomiali e comunitarie nel DAI di Medicina Interna. Riduzione delle resistenze batteriche. Appropriato uso della terapia antibiotica.</p> <p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Applicazione progetto Antimicrobial Stewardship e del Bundle rischio infettivo</li> <li>- Adesione alle Linee Guida Regionali: Terapia Polmoniti batteriche</li> <li>- Aumentare il numero dei prelievi per esami microbiologici prima dell'inizio della terapia antibiotica empirica (ACCO)</li> <li>- Applicare le linee-guida Aziendali ed Internazionali per la terapia antibiotica empirica</li> <li>- Richiedere la consulenza infettivologica quando appropriato</li> <li>- Applicare i criteri della "deescalation"</li> <li>- Assicurare al paziente, quando possibile, il passaggio alla terapia antibiotica orale</li> <li>- Controllare la durata della terapia antibiotica secondo linee guida</li> </ul> <p>Obiettivo comune alla SSCC di medicina interna</p>	<p>TARGET: Numero prelievi per esami microbiologici prima dell'inizio della terapia antibiotica empirica (ACCO) maggiore del 2015</p> <p>Aumento dei passaggi alla terapia orale maggiore che nel 2015</p> <p>Conformità applicazione linee guida maggiore dell'80% in controllo a campione del 10% delle cartelle cliniche da settembre 2016</p>	18	9	9



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
21-191	3.4.8. Rischio clinico	Integrazione Lettera di dimissione con compilazione scheda fattori di rischio  Azioni Estensione dalla fase sperimentale a regime	TARGET: % adesione nel secondo semestre 2016 (target 100%)  La valutazione raggiungimento obiettivo sarà effettuata sulla base del report trasmesso dall'Amministrazione regionale		9	9
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	TARGET: Almeno l'80% dei referti su G2 e delle lettere di dimissione vengono firmati digitalmente  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Per quanto riguarda le lettere di dimissione l'obiettivo è subordinato alla fornitura ed installazione dello specifico applicativo		9	9
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
19-66	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Contribuire alla riduzione della percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG Medico a livello aziendale. Dato aziendale 2015 38% (nel I semestre 2015 31%)	TARGET: Adesione alle prescrizioni aziendali in materia (riduzione della percentuale e/o del numero assoluto di DH diagnostici rispetto al dato registrato nel 2015).
22-147	3.5 Assistenza farmaceutica	Mantenimento della distribuzione del primo ciclo Garantire il primo ciclo di cure conforme a quanto previsto dalla lettera di dimissione in particolare a tutti i pazienti trasferiti in RSA	TARGET: 1) Mantenere il rapporto % cicli/dimessi registrato nel 2015 2) Assenza di segnalazioni di mancata o non conforme consegna dei farmaci in primo ciclo ai pazienti trasferiti in RSA  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Sul punto 1 argine pari alla deviazione standard degli ultimi due anni
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015  MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
19-67	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre la percentuale di ricoveri ordinari medici oltre soglia sul totale dei ricoveri ordinari medici di pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni. Dato aziendale 2014: 9%	Ridurre la percentuale di ricoveri ordinari medici oltre soglia sul totale dei ricoveri ordinari medici di pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni. Dato aziendale 2014: 9%
19-70	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC III Medica**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	20,8	18,9	21,0	20,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	1,0	0,9	1,0	1,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	13,7	13,5	15,0	18,0
<b>Totale</b>	<b>35,5</b>	<b>33,3</b>	<b>37,0</b>	<b>39,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****SC III Medica**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico	8,1	7,5	8,0	8,0
<b>Totale</b>	<b>8,1</b>	<b>7,5</b>	<b>8,0</b>	<b>8,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato omnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.



## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	135.886	3.576	132.310	4.147	4.256	73.205	0	0	217.494

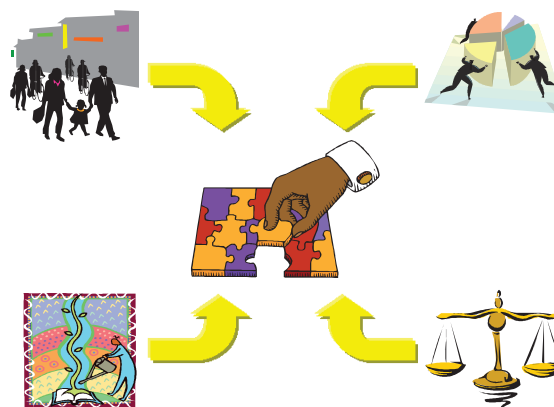
## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



Servizio Sanitario Regionale

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA  
INTEGRATA DI TRIESTE



## BUDGET 2016

**CdR: SC Clinica Medica (UCO)**

**Direttore: Prof. Gianni Biolo**



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC Clinica Medica (UCO)**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Ricovero ordinario**

Entrati	2.763	1.524	1.112	-412	-27,0
di cui accettati	2.421	1.346	986	-360	-26,7
di cui trasferiti	342	178	126	-52	-29,2
Usciti	2.799	1.530	1.102	-428	-28,0
Dimessi	2.146	1.150	878	-272	-23,7
di cui deceduti	294	170	118	-52	-30,6
Trasferiti	653	380	224	-156	-41,1
Casi trattati	2.797	1.576	1.141	-435	-27,6
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	25.527	14.553	8.500	-6.053	-41,6
Entrati usciti lo stesso giorno	234	120	100	-20	-16,7
Posti letto medi	68,2	75,0	40,0	-35,0	-46,7
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>103,5</i>	<i>108,1</i>	<i>118,1</i>	<i>10,0</i>	<i>9,3</i>
% DRG Chirurgici	2,1	1,6	1,0	-0,6	-37,5
% DRG Medici	97,9	98,4	99,0	0,6	0,6
Peso DRG (dei dimessi)	2.156,0	1.140,3	857,7	-282,7	-24,8

**Performance in ricovero ordinario**

<i>Indice comparativo di performance</i>	<i>0,99</i>	<i>0,98</i>	<i>0,86</i>	<i>-0,12</i>	<i>-12,2</i>
<i>Degenza media del caso netta</i>	<i>10,0</i>	<i>10,0</i>	<i>8,1</i>	<i>-1,8</i>	<i>-18,4</i>
<i>% dimessi outlier</i>	<i>2,4</i>	<i>2,8</i>	<i>1,5</i>	<i>-1,3</i>	<i>-46,4</i>
Giornate di degenza outlier	732	490	186	-304	-62,0
<i>% Giornate di degenza outlier</i>	<i>3,0</i>	<i>3,6</i>	<i>2,2</i>	<i>-1,4</i>	<i>-38,9</i>
Giornate di degenza post dimissibilità	113	58	52	-6	-10,3
<i>% Giornate di degenza post dimissibilità</i>	<i>0,2</i>	<i>0,1</i>	<i>0,4</i>	<i>0,3</i>	<i>300,0</i>
<i>% di ricoveri ripetuti in reparto entro 30 giorni (ric. ord.)</i>	<i>5,3</i>	<i>5,4</i>	<i>3,5</i>	<i>-1,9</i>	<i>-35,2</i>

**Ricoveri in DH**

Accolti	16	11	9	-2	-18,2
Dimessi	16	2	3	1	50,0
Accessi	116	56	58	2	3,6
Posti letto medi	1,7	2,0	2,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>21,70</i>	<i>17,90</i>	<i>18,60</i>	<i>0,70</i>	<i>3,9</i>
<i>Accessi medi per caso</i>	<i>3,4</i>	<i>2,8</i>	<i>3,2</i>	<i>0,4</i>	<i>14,2</i>
% DRG Chirurgici	0,00	0,00	0,00	0,00	===
% DRG medici	100,00	100,00	100,00	0,00	0,0
<i>% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici</i>	<i>56,25</i>	<i>50,00</i>	<i>66,67</i>	<i>16,67</i>	<i>33,3</i>
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	9	1	2	1	100,0
Peso DRG (dei dimessi)	12,7	1,7	1,7	0,0	-0,6
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	<i>0,790</i>	<i>0,870</i>	<i>0,580</i>	<i>-0,290</i>	<i>-33,3</i>

**Caratteristiche della casistica trattata in ricovero**

<i>Indice case mix (ric. ord.)</i>	<i>0,97</i>	<i>0,97</i>	<i>0,95</i>	<i>0,0</i>	<i>-2,1</i>
<i>Peso medio DRG (ric. ord.)</i>	<i>1,000</i>	<i>0,990</i>	<i>0,980</i>	<i>-0,010</i>	<i>-1,0</i>
<i>Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)</i>	<i>2,810</i>	<i>2,760</i>	<i>2,140</i>	<i>-0,620</i>	<i>-22,5</i>



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC Clinica Medica (UCO)**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
Peso medio DRG Medici (ric. ord.)	0,970	0,960	0,960	0,000	0,0
% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)	15,1	15,0	13,6	-1,4	-9,3
% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)	13,0	13,2	12,0	-1,2	-9,1
% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)	71,8	71,8	74,5	2,7	3,8
% di attrazione extra Prov. Ts	4,0	3,2	3,3	0,1	2,5
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts	1,6	1,0	1,5	0,5	54,5
% di attrazione Extra Regionale	2,4	2,3	1,8	-0,4	-19,5

**Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)**

Numero di prestazioni	3.956	2.183	1.929	-254	-11,6
di cui visite	586	294	321	27	9,2
di cui controlli	2.160	1.147	846	-301	-26,2
% di prime visite sul totale di visite e controlli	21,3	20,4	27,5	7,1	34,8
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)	8,0	7,9	8,3	0,4	5,1
% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)	0,9	1,2	0,9	-0,3	-25,0
% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	12,5	11,6	15,3	3,7	31,9

**DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI**

**Compilazione cartella clinica**

% compilazione della cartella clinica (escl. valutazione consenso trattamento dati e medici in formazione specialistica)	82,2	82,4	81,6	-0,8	-1,0
% di compilazione codice di dimissibilità	0,2	0,2	0,1	-0,1	-50,0

**Buon uso del sangue e degli emocomponenti**

% mancate comunic. avvenuta trasf./utilizzo sul tot. unità cons.	27,75	25,93	23,16	-2,76	-10,7
% richieste inappropriate	1,94	2,16	0,84	-1,32	-61,1
% richieste incomplete	12,47	12,23	15,13	2,90	23,7

**Distribuzione diretta**

Distribuzione diretta farmaci PHT (€)	7.071	5.847	1.475	-4.372	-74,8
Distribuzione primo ciclo: rapporto % cicli/dimessi	71	73	64	-9	-12,8

**Elogi/Segnalazioni/Reclami**

Elogi	10	7	1	-6	-85,7
Segnalazioni/reclami	6	3	0	-3	-100,0



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
14-46	3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti - PANCREAS. Miglioramento delle cure e avvio rete clinica dedicata al paziente diabetico (obiettivo in collaborazione con il referente aziendale della rete, dott. Riccardo Candido)	Implementazione del PDTA regionale (DGR 1676 del 28.08.2015) per il paziente diabetico e Diminuzione scompensi diabetici perioperatori, diminuzione complicanze correlate.  Azioni Valorizzare i percorsi di cura intraospedalieri per la gestione dell'iperglicemia acuta nel paziente chirurgico o ricoverato in aree specialistiche (vedi: PDTA diabete nelle chirurgie) Obiettivo assegnato alla Clinica medica ed alle chirurgie	TARGET: Evidenza dell'applicazione dei protocolli ospedalieri coerenti con il PDTA regionale e la rete di cura ASUITs nel 100% dei casi (controllo a campione del 20% delle cartelle)	14	8	8
16-56	3.4.2. Emergenza urgenza	Attuazione del piano di miglioramento 2016 applicazione del PIC per pazienti colpiti da Ictus e del PDTA regionale  Azioni -implementare le fasi del percorso intraospedaliero che hanno dimostrato criticità nel 2015 (riflesso deglutitorio, riabilitazione logopedica intra-ospedaliera) -implementare le fasi del percorso intraospedaliero per i pazienti ricoverati nell'area di medicina interna (valutazione fisiatrica, valutazione scale disabilità motorie, ecc.) -costituire il team multi professionale dedicato -continuare l'attività di audit ospedale-territorio sulla continuità riabilitativa  Obiettivo comune a Cl. Neurologica, Cl. ORL, SC Medicina Riabilitativa, DAI Medicina Interna, Riabilitazione distrettuale	TARGET: Formalizzazione del team multi-professionale  Mantenimento degenza media in Stroke Unit (<9gg.)  Riduzione della degenza media per i pazienti con ictus ricoverati nel DAI di Medicina Interna rispetto al 2015  Avvio delle valutazioni fisiatriche richieste dal DAI di Medicina Interna per i pazienti con Ictus acuto  Riduzione dei tempi di presa in carico riabilitativa dei pazienti con ictus (da 4 a 2 giornate in media)	14	8	8
19-83	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	Incremento delle dimissioni nell'orario 8-15.  Azioni Organizzare le attività di reparto finalizzandole all'incremento delle dimissioni nella fascia oraria 8:00-15:00  Obiettivo comune alle SSCC di Medicina Interna	TARGET: Dimissioni fascia oraria 8:00-15:59 da settembre 2016 >75% mantenendo la degenza media al di sotto del 2015		8	8



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-84	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Gestione delle dislipidemie familiari ed acquisite resistenti alle terapie farmacologiche convenzionali</p> <p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definire un protocollo condiviso con le strutture cardiologiche ospedaliere e territoriali per la gestione dei pazienti intolleranti alle statine e per la corretta indicazione d'uso dei nuovi farmaci anti-PCSK9 nell'ipercolesterolemia familiare</li> <li>- Gestire i pazienti con intolleranza alle statine e utilizzare in modo appropriato i nuovi farmaci anti-PCSK9 nell'ipercolesterolemia familiare</li> </ul> <p>Obiettivo comune a SC lin Med, SC Cardiologia, SC Farmacia, SC Centro Cardiovascolare</p>	TARGET: Definizione di un PDTA condiviso ASUITs per l'intolleranza alle statine e dei nuovi farmaci		8	8
19-85	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Rete per il trattamento delle patologie emorragiche e trombotiche, emostasi.</p> <p>Azioni</p> <p>Predisporre un progetto di fattibilità della rete provinciale per la cura delle MALATTIE EMORRAGICHE E TROMBOTICHE anche al fine di incrementare l'attrazione.</p> <p>Obiettivo in collaborazione con il Dipartimento di Medicina Trasfusionale, Ematologia, Clinica medica, III Medica, Medicina d'Urgenza, Pneumologia, Uric e Cardiologia e le strutture territoriali</p>	TARGET: Lo studio di fattibilità è disponibile presso la Direzione sanitaria aziendale entro il 31/12/2016		8	8



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-86	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Prevenzione della malnutrizione nel malato oncologico e con patologia cronica</p> <p>Supporto nutrizionale artificiale enterale e parenterale</p> <p>Migliorare la gestione del paziente a rischio di malnutrizione</p> <p>Azioni</p> <p>Attivazione intraospedaliera del supporto nutrizionale artificiale enterale e parenterale in continuità con le strutture Distrettuali</p> <p>- Incrementare l'attività dell'Ambulatorio ed il numero di consulenze di Nutrizione Clinica per la prevenzione della malnutrizione in continuità con le strutture Distrettuali</p> <p>- Definire un protocollo condiviso con le strutture ospedaliere e con quelle territoriali per la nutrizione artificiale e la prevenzione della malnutrizione</p> <p>Obiettivo comune a Clinica Medica, Oncologia, ORL, Neurologia, Distretti</p>	<p>TARGET: 1) Numero di pazienti con screening nutrizionale maggiore del 2015(Codice ICD-9 cm V77.2 "Screening per l'individuazione di malnutrizione")</p> <p>2) Riduzione dei ricoveri per malnutrizione rispetto al 2015 (Codici ICD-9 cm 261, 262, 263.xx)</p>	12	8	8
19-87	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Prevenzione della malnutrizione nel malato oncologico e con patologia cronica</p> <p>Supporto nutrizionale artificiale enterale e parenterale</p> <p>Definire un protocollo condiviso con le strutture ospedaliere e con quelle territoriali per la nutrizione artificiale e la prevenzione della malnutrizione</p> <p>Obiettivo in collaborazione tra Clinica Medica, Gastroenterologia, Oncologia, Distretti</p>	<p>TARGET: Elaborazione del PDTA per la nutrizione artificiale e per la prevenzione della malnutrizione entro il 31.12.2016</p>	12	8	8
19-89	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Individuare, di concerto con le altre strutture di ricovero del DAI, patologie e condizioni cliniche, profili di diagnosi e cura, tipologia di prestazioni per le quali è appropriata una gestione del paziente in regime di "Day Service". Ciò con la finalità di ridurre i ricoveri DH medici con finalità diagnostiche.</p> <p>Obiettivo assegnato a tutte le strutture del DAI di medicina interna</p>	<p>TARGET: Formulazione di una proposta organizzazione di attività di Day Service specifica per patologia e profili di cura (individuazione dei pacchetti di prestazioni da garantire con tale servizio)</p>	12	8	8



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
21-123	3.4.8. Rischio clinico	Mantenere gli standard di compilazione della cartella clinica definiti in fase di ri-accreditamento JCI	TARGET: >=90%	12	8	8
21-124	3.4.8. Rischio clinico	Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede: 1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet) 2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%) 3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica	TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento 2) Risultato della survey >= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%) MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2	12	7	7
21-128	3.4.8. Rischio clinico	Riduzione del rischio associato alle infezioni nosocomiali e comunitarie nel DAI di Medicina Interna. Riduzione delle resistenze batteriche. Appropriato uso della terapia antibiotica.  Azioni - Applicazione progetto Antimicrobial Stewardship e del Bundle rischio infettivo - Adesione alle Linee Guida Regionali: Terapia Polmoniti batteriche - Aumentare il numero dei prelievi per esami microbiologici prima dell'inizio della terapia antibiotica empirica (ACCO) - Applicare le linee-guida Aziendali ed Internazionali per la terapia antibiotica empirica - Richiedere la consulenza infettivologica quando appropriato - Applicare i criteri della "descalation" - Assicurare al paziente, quando possibile, il passaggio alla terapia antibiotica orale - Controllare la durata della terapia antibiotica secondo linee guida  Obiettivo comune alla SSCC di medicina interna	TARGET: Numero prelievi per esami microbiologici prima dell'inizio della terapia antibiotica empirica (ACCO) maggiore del 2015  Aumento dei passaggi alla terapia orale maggiore che nel 2015  Conformità applicazione linee guida maggiore dell'80% in controllo a campione del 10% delle cartelle cliniche da settembre 2016	12	7	7



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
21-191	3.4.8. Rischio clinico	Integrazione Lettera di dimissione con compilazione scheda fattori di rischio  Azioni Estensione dalla fase sperimentale a regime	TARGET: % adesione nel secondo semestre 2016 (taget 100%)  La valutazione raggiungimento obiettivosaà effettuata sulla base del report trasmesso dall'Amministrazione regionale		7	7
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	TARGET: Almeno l'80% dei referti su G2 e delle lettere di dimissione vengono firmati digitalmente  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Per quanto riguarda le lettere di dimissione l'obiettivo è subordinato alla fornitura ed intallazione dello specifico applicativo		7	7
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>





Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
19-66	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Contribuire alla riduzione della percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG Medico a livello aziendale. Dato aziendale 2015 38% (nel I semestre 2015 31%)	TARGET: Adesione alle prescrizioni aziendali in materia (riduzione della percentuale e/o del numero assoluto di DH diagnostici rispetto al dato registrato nel 2015).
22-147	3.5 Assistenza farmaceutica	Mantenimento della distribuzione del primo ciclo Garantire il primo ciclo di cure conforme a quanto previsto dalla lettera di dimissione in particolare a tutti i pazienti trasferiti in RSA	TARGET: 1) Mantenere il rapporto % cicli/dimessi registrato nel 2015 2) Assenza di segnalazioni di mancata o non conforme consegna dei farmaci in primo ciclo ai pazienti trasferiti in RSA  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Sul punto 1 argine pari alla deviazione standard degli ultimi due anni
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015  MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
17-58	3.4.3 Sviluppo reti di patologia	<p>Dislipidemie familiari: Partecipazione alla definizione dei percorsi (coordinatore centro malattie rare di Udine)</p> <p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contribuire al progetto aziendale per la gestione delle malattie rare</li> <li>- Mantenere il corretto aggiornamento e inserimento della casistica sul registro regionale</li> </ul>	<p>Dislipidemie familiari: Partecipazione alla definizione dei percorsi (coordinatore centro malattie rare di Udine)</p> <p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contribuire al progetto aziendale per la gestione delle malattie rare</li> <li>- Mantenere il corretto aggiornamento e inserimento della casistica sul registro regionale</li> </ul>
19-67	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	Ridurre la percentuale di ricoveri ordinari medici oltre soglia sul totale dei ricoveri ordinari medici di pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni. Dato aziendale 2014: 9%	Ridurre la percentuale di ricoveri ordinari medici oltre soglia sul totale dei ricoveri ordinari medici di pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni. Dato aziendale 2014: 9%
19-70	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Clinica Medica (UCO)**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	1,0	1,0	1,0	1,0
Dietisti - coll. prof. san. dietista - D	2,0	1,9	2,0	2,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	36,3	32,4	32,0	25,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	1,0	1,0	1,0	1,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	1,0	1,0	1,0	1,0
Ota-Oss - op. tec. add. assistenza (ota) - B	1,0	0,7	1,0	1,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	27,8	23,7	24,0	22,0
<b>Totale</b>	<b>70,1</b>	<b>61,7</b>	<b>62,0</b>	<b>53,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").



**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti**

**SC Clinica Medica (UCO)**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico universitario - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico universitario	2,0	2,0	2,0	2,0
dirigente medico	9,7	9,3	8,0	8,0
<b>Totale</b>	<b>12,7</b>	<b>12,3</b>	<b>11,0</b>	<b>11,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.

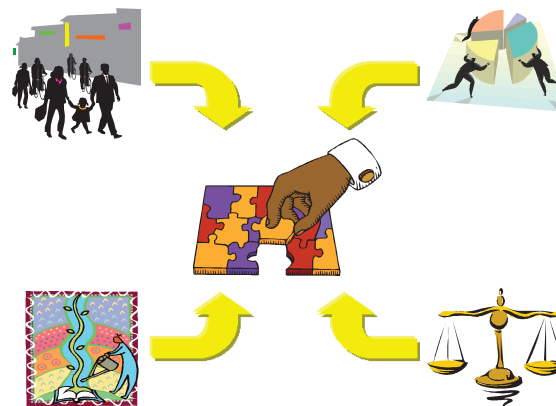


## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	251.047	3.324	247.723	9.168	7.197	128.302	0	0	<b>395.713</b>

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



## BUDGET 2016

**CdR: SC Medicina Clinica (UCO)**

**Direttore: Prof. Renzo Carretta**



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC Medicina Clinica (UCO)**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Ricovero ordinario**

Entrati	1.761	913	1.083	170	18,6
di cui accettati	1.521	793	947	154	19,4
di cui trasferiti	240	120	136	16	13,3
Usciti	1.777	929	1.073	144	15,5
Dimessi	1.520	813	777	-36	-4,4
di cui deceduti	230	119	95	-24	-20,2
Trasferiti	257	116	296	180	155,2
Casi trattati	1.787	949	1.105	156	16,4
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	14.799	7.913	7.880	-33	-0,4
Entrati usciti lo stesso giorno	138	65	121	56	86,2
Posti letto medi	37,3	37,7	37,0	-0,7	-1,9
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	109,7	116,9	118,8	1,9	1,6
% DRG Chirurgici	1,5	0,7	1,5	0,8	114,3
% DRG Medici	98,5	99,3	98,5	-0,8	-0,8
Peso DRG (dei dimessi)	1.479,2	776,7	772,8	-3,9	-0,5

**Performance in ricovero ordinario**

<i>Indice comparativo di performance</i>	0,90	0,87	0,79	-0,08	-9,2
<i>Degenza media del caso netta</i>	9,0	8,9	8,0	-0,9	-9,7
<i>% dimessi outlier</i>	2,3	2,7	0,9	-1,8	-66,7
<i>Giornate di degenza outlier</i>	440	292	53	-239	-81,8
<i>% Giornate di degenza outlier</i>	2,9	3,6	0,7	-2,9	-80,6
<i>Giornate di degenza post dimissibilità</i>	2.136	1.324	375	-949	-71,7
<i>% Giornate di degenza post dimissibilità</i>	5,9	6,7	1,4	-5,3	-79,1
<i>% di ricoveri ripetuti in reparto entro 30 giorni (ric. ord.)</i>	3,9	3,2	3,2	0,0	0,0

**Ricoveri in DH**

Accolti	197	143	131	-12	-8,4
Dimessi	197	44	22	-22	-50,0
Accessi	1.486	829	642	-187	-22,6
Posti letto medi	2,7	2,3	3,0	0,7	30,4
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	175,30	231,00	137,20	-93,80	-40,6
<i>Accessi medi per caso</i>	7,3	5,5	4,9	-0,6	-11,4
% DRG Chirurgici	16,20	0,00	0,00	0,00	===
% DRG medici	83,80	100,00	100,00	0,00	0,0
<i>% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici</i>	38,18	40,91	22,73	-18,18	-44,4
<i>Casi con DRG medico di tipo diagnostico</i>	63	18	5	-13	-72,2
Peso DRG (dei dimessi)	183,0	36,0	19,2	-16,9	-46,8
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	0,930	0,820	0,870	0,050	6,1

**Caratteristiche della casistica trattata in ricovero**

<i>Indice case mix (ric. ord.)</i>	0,96	0,95	0,95	0,0	0,0
<i>Peso medio DRG (ric. ord.)</i>	0,970	0,960	0,990	0,030	3,1
<i>Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)</i>	2,320	2,490	2,920	0,430	17,3





**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC Medicina Clinica (UCO)**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
Peso medio DRG Medici (ric. ord.)	0,950	0,940	0,960	0,020	2,1
% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)	16,1	16,0	15,6	-0,4	-2,5
% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)	13,0	13,7	13,0	-0,7	-5,1
% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)	71,0	70,4	71,4	1,0	1,4
% di attrazione extra Prov. Ts	4,8	3,9	3,4	-0,5	-12,2
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts	3,1	2,1	1,8	-0,3	-16,6
% di attrazione Extra Regionale	1,7	1,8	1,6	-0,1	-7,0

**Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)**

Numero di prestazioni	9.210	4.762	5.100	338	7,1
di cui visite	2.099	1.240	1.055	-185	-14,9
di cui controlli	6.255	3.003	3.733	730	24,3
% di prime visite sul totale di visite e controlli	25,1	29,2	22,0	-7,2	-24,7
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)	8,4	8,6	8,7	0,1	1,2
% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)	1,8	1,7	2,0	0,3	17,6
% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	9,9	10,0	12,2	2,2	22,0

**DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI**

**Compilazione cartella clinica**

% compilazione della cartella clinica (escl. valutazione consenso trattamento dati e medici in formazione specialistica)	85,0	86,1	79,8	-6,3	-7,3
% di compilazione codice di dimissibilità	6,5	7,5	2,7	-4,8	-64,0

**Buon uso del sangue e degli emocomponenti**

% mancate comunic. avvenuta trasf./utilizzo sul tot. unità cons.	7,43	1,45	6,34	4,89	337,6
% richieste inappropriate	2,03	3,85	1,45	-2,40	-62,3
% richieste incomplete	13,41	16,15	16,67	0,51	3,2

**Distribuzione diretta**

Distribuzione diretta farmaci PHT (€)	1.676	843	1.228	386	45,8
Distribuzione primo ciclo: rapporto % cicli/dimessi	59	65	54	-11	-17,6

**Elogi/Segnalazioni/Reclami**

Elogi	2	1	1	0	0,0
Segnalazioni/reclami	4	4	2	-2	-50,0



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
16-56	3.4.2. Emergenza urgenza	<p>Attuazione del piano di miglioramento 2016 applicazione del PIC per pazienti colpiti da Ictus e del PDTA regionale</p> <p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-implementare le fasi del percorso intraospedaliero che hanno dimostrato criticità nel 2015 (riflesso deglutitorio, riabilitazione logopedica intra-ospedaliera)</li> <li>-implementare le fasi del percorso intraospedaliero per i pazienti ricoverati nell'area di medicina interna (valutazione fisiatrica, valutazione scale disabilità motorie, ecc.)</li> <li>-costituire il team multi professionale dedicato</li> <li>-continuare l'attività di audit ospedale-territorio sulla continuità riabilitativa</li> </ul> <p>Obiettivo comune a Cl. Neurologica, Cl. ORL, SC Medicina Riabilitativa, DAI Medicina Interna, Riabilitazione distrettuale</p>	<p>TARGET: Formalizzazione del team multi-professionale</p> <p>Mantenimento degenza media in Stroke Unit (&lt;9gg.)</p> <p>Riduzione della degenza media per i pazienti con ictus ricoverati nel DAI di Medicina Interna rispetto al 2015</p> <p>Avvio delle valutazioni fisiatriche richieste dal DAI di Medicina Interna per i pazienti con Ictus acuto</p> <p>Riduzione dei tempi di presa in carico riabilitativa dei pazienti con ictus (da 4 a 2 giornate in media)</p>	18	10	10
19-83	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Incremento delle dimissioni nell'orario 8-15.</p> <p>Azioni</p> <p>Organizzare le attività di reparto finalizzandole all'incremento delle dimissioni nella fascia oraria 8:00-15:00</p> <p>Obiettivo comune alle SSCC di Medicina Interna</p>	<p>TARGET: Dimissioni fascia oraria 8:00-15:59 da settembre 2016 &gt;75% mantenendo la degenza media al di sotto del 2015</p>	14	10	10
19-89	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Individuare, di concerto con le altre strutture di ricovero del DAI, patologie e condizioni cliniche, profili di diagnosi e cura, tipologia di prestazioni per le quali è appropriata una gestione del paziente in regime di "Day Service". Ciò con la finalità di ridurre i ricoveri DH medici con finalità diagnostiche.</p> <p>Obiettivo assegnato a tutte le strutture del DAI di medicina interna</p>	<p>TARGET: Formulazione di una proposta organizzazione di attività di Day Service specifica per patologia e profili di cura (individuazione dei pacchetti di prestazioni da garantire con tale servizio)</p>	14	10	10



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
20-117	3.4.7. Tempi d'attesa	Al fine del rispetto dei tempi di attesa si richiede l'effettuazione nel II semestre 2016 di un numero di prestazioni pari a quello indicato nella sezione "indicatori".	TARGET: Visita endocrinologica (89.7) 325 Brevi 160 Differite (come contributo complessivo della SC Medicina Clinica e III medica)  Ecodoppler arteriosa e venosa arti (88.7711, 88.7712, 88.7721, 88.7722) 250 Brevi 75 Differite (come contributo complessivo delle attività presso il CIEU della Medicina Clinica e della Chirurgia Generale)  Ecodoppler tronchi sovraaortici TSA a riposo (88.73.5) 100 Brevi 50 Differite (come contributo complessivo delle attività presso il CIEU della Medicina Clinica, della Chirurgia Generale e della Clinica Neurologica)  MODALITA' DI VALUTAZIONE: In sede di valutazione, in caso di scostamento dal numero di prestazioni prestabilito, si terrà conto del rispetto dei tempi di attesa nella specifica categoria di prestazioni.		10	10
20-119	3.4.7. Tempi d'attesa	Rimodulare le agende di medicina specialistica afferenti alla Medicina Clinica con priorità di rispetto dei codici: "U", "B", "D" Vs "P"	TARGET: Evidenza di agende uniche per prestazioni specialistiche	15	10	10
21-123	3.4.8. Rischio clinico	Mantenere gli standard di compilazione della cartella clinica definiti in fase di ri-accredimento JCI	TARGET: >=90%	10	10	10
21-124	3.4.8. Rischio clinico	Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede: 1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet) 2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%) 3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica	TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento  2) Risultato della survey >= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)  MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2	10	10	10



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
21-128	3.4.8. Rischio clinico	<p>Riduzione del rischio associato alle infezioni nosocomiali e comunitarie nel DAI di Medicina Interna. Riduzione delle resistenze batteriche. Appropriato uso della terapia antibiotica.</p> <p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Applicazione progetto Antimicrobial Stewardship e del Bundle rischio infettivo</li> <li>- Adesione alle Linee Guida Regionali: Terapia Polmoniti batteriche</li> <li>- Aumentare il numero dei prelievi per esami microbiologici prima dell'inizio della terapia antibiotica empirica (ACCO)</li> <li>- Applicare le linee-guida Aziendali ed Internazionali per la terapia antibiotica empirica</li> <li>- Richiedere la consulenza infettivologica quando appropriato</li> <li>- Applicare i criteri della "descalation"</li> <li>- Assicurare al paziente, quando possibile, il passaggio alla terapia antibiotica orale</li> <li>- Controllare la durata della terapia antibiotica secondo linee guida</li> </ul> <p>Obiettivo comune alla SSCC di medicina interna</p>	<p>TARGET: Numero prelievi per esami microbiologici prima dell'inizio della terapia antibiotica empirica (ACCO) maggiore del 2015</p> <p>Aumento dei passaggi alla terapia orale maggiore che nel 2015</p> <p>Conformità applicazione linee guida maggiore dell'80% in controllo a campione del 10% delle cartelle cliniche da settembre 2016</p>	19	10	10
21-191	3.4.8. Rischio clinico	<p>Integrazione Lettera di dimissione con compilazione scheda fattori di rischio</p> <p>Azioni</p> <p>Estensione dalla fase sperimentale a regime</p>	<p>TARGET: % adesione nel secondo semestre 2016 (target 100%)</p> <p>La valutazione raggiungimento obiettivo sarà effettuata sulla base del report trasmesso dall'Amministrazione regionale</p>		10	10
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	<p>TARGET: Almeno l'80% dei referti su G2 e delle lettere di dimissione vengono firmati digitalmente</p> <p>MODALITA' DI VALUTAZIONE: Per quanto riguarda le lettere di dimissione l'obiettivo è subordinato alla fornitura ed installazione dello specifico applicativo</p>		10	10
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
19-66	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Contribuire alla riduzione della percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG Medico a livello aziendale. Dato aziendale 2015 38% (nel I semestre 2015 31%)	TARGET: Adesione alle prescrizioni aziendali in materia (riduzione della percentuale e/o del numero assoluto di DH diagnostici rispetto al dato registrato nel 2015).
22-147	3.5 Assistenza farmaceutica	Mantenimento della distribuzione del primo ciclo Garantire il primo ciclo di cure conforme a quanto previsto dalla lettera di dimissione in particolare a tutti i pazienti trasferiti in RSA	TARGET: 1) Mantenere il rapporto % cicli/dimessi registrato nel 2015 2) Assenza di segnalazioni di mancata o non conforme consegna dei farmaci in primo ciclo ai pazienti trasferiti in RSA  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Sul punto 1 argine pari alla deviazione standard degli ultimi due anni
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015  MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
19-67	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre la percentuale di ricoveri ordinari medici oltre soglia sul totale dei ricoveri ordinari medici di pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni. Dato aziendale 2014: 9%	Ridurre la percentuale di ricoveri ordinari medici oltre soglia sul totale dei ricoveri ordinari medici di pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni. Dato aziendale 2014: 9%
19-70	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Medicina Clinica (UCO)**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	22,7	20,2	22,0	22,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	1,0	1,0	1,0	0,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	3,2	2,3	3,0	2,0
Ota-Oss - op. tec. add. assistenza (ota) - B	1,0	1,0	1,0	1,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	16,6	12,9	17,0	14,0
Tecnici non sanitari - op. tec. add. servizi tec. economali - B	1,0	1,0	1,0	1,0
<b>Totale</b>	<b>45,6</b>	<b>38,5</b>	<b>45,0</b>	<b>40,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").



**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****SC Medicina Clinica (UCO)**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico universitario - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico universitario	4,0	4,0	4,0	4,0
dirigente medico	4,3	3,3	6,0	5,0
<b>Totale</b>	<b>9,3</b>	<b>8,3</b>	<b>11,0</b>	<b>10,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario nonché la copertura di 1 trasferimento interno.

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato omnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.

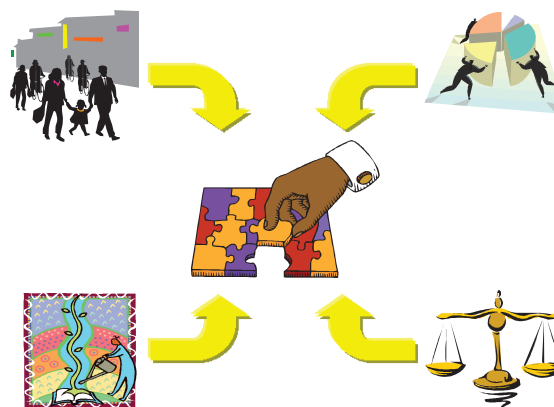


## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	1.623.006	1.447.494	175.512	3.289	4.247	67.271	0	0	1.697.813

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



## BUDGET 2016

**CdR: SC Nefrologia e Dialisi**

**Direttore: Dott. Giuliano Boscutti**



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC Nefrologia e Dialisi**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Ricovero ordinario**

Entrati	348	172	179	7	4,1
di cui accettati	221	117	113	-4	-3,4
di cui trasferiti	127	55	66	11	20,0
Usciti	351	175	174	-1	-0,6
Dimessi	316	153	149	-4	-2,6
di cui deceduti	25	17	14	-3	-17,6
Trasferiti	35	22	25	3	13,6
Casi trattati	340	174	175	1	0,6
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	3.905	1.963	1.978	15	0,8
Entrati usciti lo stesso giorno	7	2	6	4	200,0
Posti letto medi	12,0	12,0	12,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	89,3	90,5	90,8	0,3	0,3
% DRG Chirurgici	18,4	17,6	21,5	3,9	22,2
% DRG Medici	81,6	82,4	78,5	-3,9	-4,7
Peso DRG (dei dimessi)	405,4	188,9	191,8	2,9	1,5

**Performance in ricovero ordinario**

<i>Indice comparativo di performance</i>	0,97	0,94	0,94	0,00	0,0
<i>Degenza media del caso netta</i>	11,5	11,3	11,7	0,4	3,4
% dimessi outlier	3,2	2,6	8,1	5,5	211,5
Giornate di degenza outlier	168	63	146	83	131,7
% Giornate di degenza outlier	3,7	3,0	6,7	3,7	123,3
Giornate di degenza post dimissibilità	228	54	===	===	===
% Giornate di degenza post dimissibilità	1,2	1,5	0,0	-1,5	-100,0
% di ricoveri ripetuti in reparto entro 30 giorni (ric. ord.)	14,6	13,1	10,1	-3,0	-22,9

**Ricoveri in DH**

Accolti	118	69	45	-24	-34,8
Dimessi	118	41	30	-11	-26,8
Accessi	964	411	306	-105	-25,5
Posti letto medi	2,0	2,0	2,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	153,50	131,70	98,10	-33,60	-25,5
<i>Accessi medi per caso</i>	7,2	6,0	6,8	0,8	14,1
% DRG Chirurgici	32,20	43,90	50,00	6,10	13,9
% DRG medici	67,80	56,10	50,00	-6,10	-10,9
% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici	82,50	60,87	66,67	5,80	9,5
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	66	14	10	-4	-28,6
Peso DRG (dei dimessi)	151,9	59,6	45,1	-14,6	-24,4
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	1,290	1,450	1,500	0,050	3,4

**Attività chirurgica**

Interventi chirurgici in regime di ricovero	88	48	42	-6	-12,5
% di interventi urgenti	8,0	8,3	11,9	3,6	42,9



## Budget 2016 - Parte 1 - Attività SC Nefrologia e Dialisi

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

### Caratteristiche della casistica trattata in ricovero

Indice case mix (ric. ord.)	0,94	0,95	1,02	0,1	7,4
Peso medio DRG (ric. ord.)	1,280	1,230	1,290	0,060	4,9
Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)	2,170	1,970	2,150	0,180	9,1
Peso medio DRG Medici (ric. ord.)	1,080	1,080	1,050	-0,030	-2,8
% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)	28,8	24,2	36,9	12,7	52,5
% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)	23,4	29,4	26,8	-2,6	-8,8
% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)	47,8	46,4	36,2	-10,2	-22,0
% di attrazione extra Prov. Ts	6,9	3,1	7,3	4,2	134,8
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts	5,3	1,5	5,6	4,0	261,3
% di attrazione Extra Regionale	1,6	1,5	1,7	0,1	8,4

### Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)

Numero di prestazioni	65.019	32.201	33.661	1.460	4,5
di cui visite	26.087	13.030	13.359	329	2,5
di cui controlli	3.670	1.868	1.799	-69	-3,7
% di prime visite sul totale di visite e controlli	87,7	87,5	88,1	0,6	0,7
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)	0,8	1,0	0,1	-0,9	-90,0
% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)	0,7	0,6	0,6	0,0	0,0
% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	1,3	1,3	0,8	-0,5	-38,5

## DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI

### Compilazione cartella clinica

% compilazione della cartella clinica (escl. valutazione consenso trattamento dati e medici in formazione specialistica)	88,2	87,9	90,9	3,0	3,4
% di compilazione codice di dimissibilità	2,2	2,0	0,0	-2,0	-100,0

### Buon uso del sangue e degli emocomponenti

% mancate comunic. avvenuta trasf./utilizzo sul tot. unità cons.	6,23	5,91	6,36	0,45	7,6
% richieste inappropriate	2,28	1,55	0,00	-1,55	-100,0
% richieste incomplete	16,44	19,38	21,88	2,50	12,9

### Distribuzione diretta

Distribuzione diretta farmaci PHT (€)	191.667	114.208	66.647	-47.561	-41,6
Distribuzione primo ciclo: rapporto % cicli/dimessi	251	294	240	-55	-18,6

### Elogi/Segnalazioni/Reclami

Elogi	3	1	2	1	100,0
Segnalazioni/reclami	0	0	0	0	===



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
6-23	3.3.2 - Accredimento	Accreditamento della Struttura di Nefrologia e Dialisi Azioni Preparazione e partecipazione alla ispezione ordinaria di Accredimento Istituzionale per la branca di Nefrologia e Dialisi	TARGET: Superamento della valutazione prevista	14	10	10
8-28	3.3.2 Avvio della rete delle Cure Palliative (obiettivo in collaborazione con la referente aziendale della rete dott.ssa Rita Ceccherini)	Definire, anche alla luce del recentissimo documento "Documento condiviso SICP-SIN,": a) le caratteristiche delle Cure Palliative nelle persone con malattia renale cronica avanzata b) un PDTA di palliazione e gestione del fine vita per selezionati pazienti con insufficienza renale cronica avanzata	TARGET: Disponibilità di un rapporto annuale sulla palliazione nel paziente con IRC avanzata nel quale vengono evidenziati: a) quantificazione del bisogno in Provincia di Trieste b) individuazione del percorso strutturato di fine vita del paziente con malattia renale cronica avanzata (coinvolgendo le strutture territoriali e l'Hospice)	14	10	10
10-33	3.4.1 Insufficienze d' organo e trapianti - RENE	Miglioramento della gestione degli Accessi vascolari per emodialisi Azioni Formalizzare un piano di monitoraggio delle fistole artero-venose, del loro sviluppo e delle eventuali complicanze	TARGET: Miglioramento della distribuzione percentuale tra FAV e CVC per dialisi rispetto al 2015  Contenimento delle complicanze infettive	14	10	10
10-34	3.4.1 Insufficienze d' organo e trapianti - RENE	Allestire un PDTA per il paziente con calcolosi renale "attiva" che consenta la rapida rimozione della ostruzione urinaria e riduca il rischio di recidive calcolotiche dopo bonifica urologica.  Obiettivo comune a SC Nefro, SC Clin Urol, SC pat Clinica	TARGET: Formalizzazione ed avvio di un percorso che consenta al paziente uno studio metabolico adeguato ed un programma di prevenzione delle recidive	14	10	10
10-36	3.4.1 Insufficienze d' organo e trapianti - RENE	Potenziamento del programma locale finalizzato ad aumentare i pazienti da sottoporre a trapianto renale. Azioni - ridurre i tempi di immissione in lista dei nuovi pazienti trapiantabili ed eleggibili - garantire almeno un trapianto da vivente nel 2016 - Partecipare al programma regionale di utilizzo del doppio rene marginale - Disporre un percorso per favorire il trapianto di rene (anche da vivente) nel paziente anziano (>65 anni)	TARGET: Obiettivo Regionale: almeno il 75% dei nuovi dializzati (eleggibili) immessi in lista entro 6 mesi dall' inizio del trattamento sostitutivo dialitico.  Almeno un trapianto renale da vivente nel 2016  Mantenimento (almeno 85%) del pool di pazienti in lista di attesa di trapianto, a fronte dell' aumento di attività trapiantologica prevista	14	10	10



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-66	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Contribuire alla riduzione della percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG Medico a livello aziendale. Dato aziendale 2015 38% (nel I semestre 2015 31%) Azioni - Revisione attenta dei criteri di classificazione dei DH effettuati - Ridurre l'immissione di pazienti in cicli di DH Diagnostici	TARGET: Riduzione del 50% del numero assoluto di DH diagnostici (anno 2015=66)	10	10	10
21-123	3.4.8. Rischio clinico	Mantenere gli standard di compilazione della cartella clinica definiti in fase di ri-accreditamento JCI	TARGET: >=90%	10	10	10
21-124	3.4.8. Rischio clinico	Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede: 1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet) 2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%) 3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica	TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento 2) Risultato della survey >= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%) MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2	10	10	10
21-191	3.4.8. Rischio clinico	Integrazione Lettera di dimissione con compilazione scheda fattori di rischio Azioni Estensione dalla fase sperimentale a regime	TARGET: % adesione nel secondo semestre 2016 (target 100%)  La valutazione raggiungimento obiettivo sarà effettuata sulla base del report trasmesso dall'Amministrazione regionale		10	10
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	TARGET: Almeno l'80% dei referti su G2 e delle lettere di dimissione vengono firmati digitalmente  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Per quanto riguarda le lettere di dimissione l'obiettivo è subordinato alla fornitura ed installazione dello specifico applicativo		10	10
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
22-147	3.5 Assistenza farmaceutica	Mantenimento della distribuzione del primo ciclo Garantire il primo ciclo di cure conforme a quanto previsto dalla lettera di dimissione in particolare a tutti i pazienti trasferiti in RSA	TARGET: 1) Mantenere il rapporto % cicli/dimessi registrato nel 2015 2) Assenza di segnalazioni di mancata o non conforme consegna dei farmaci in primo ciclo ai pazienti trasferiti in RSA  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Sul punto 1 argine pari alla deviazione standard degli ultimi due anni
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015  MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano





Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
19-70	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Nefrologia e Dialisi**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo - B	1,0	0,6	1,0	1,0
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	1,0	1,0	1,0	1,0
Assistenti sanitari - coll. prof. san. ass. san. - D	1,0	0,4	1,0	1,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	62,2	59,8	61,0	62,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	1,0	1,0	1,0	0,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	14,5	13,1	15,0	17,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	2,0	0,7	2,0	1,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. neurofisiopat. - D	4,0	3,7	4,0	4,0
<b>Totale</b>	<b>86,8</b>	<b>80,4</b>	<b>86,0</b>	<b>87,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****SC Nefrologia e Dialisi**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico universitario	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico	9,0	9,0	9,0	9,0
<b>Totale</b>	<b>11,0</b>	<b>11,0</b>	<b>11,0</b>	<b>11,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.

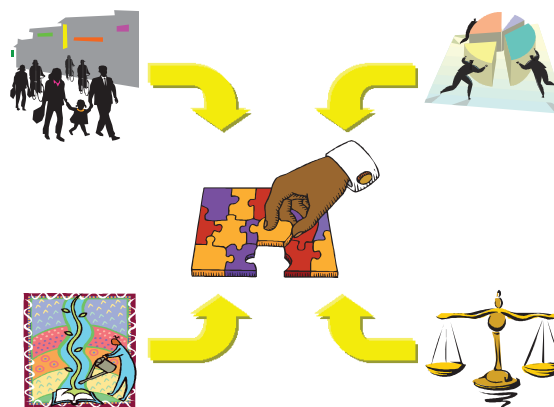


## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	1.373.569	6.124	1.367.445	2.730	31.957	197.211	0	763.597	2.369.064

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



## BUDGET 2016

**CdR: SC Clinica Patologie del Fegato (UCO)**

**Direttore: Prof. Claudio Tiribelli**



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività**  
**SC Clinica Patologie del Fegato (UCO)**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Ricoveri in DH**

Accolti	91	54	63	9	16,7
Dimessi	91	23	29	6	26,1
Accessi	560	227	320	93	41,0
Posti letto medi	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>178,30</i>	<i>145,50</i>	<i>205,10</i>	<i>59,60</i>	<i>41,0</i>
<i>Accessi medi per caso</i>	<i>6,2</i>	<i>4,2</i>	<i>5,1</i>	<i>0,9</i>	<i>21,0</i>
<i>% DRG Chirurgici</i>	<i>7,70</i>	<i>4,30</i>	<i>20,70</i>	<i>16,40</i>	<i>381,4</i>
<i>% DRG medici</i>	<i>92,30</i>	<i>95,70</i>	<i>79,30</i>	<i>-16,40</i>	<i>-17,1</i>
<i>% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici</i>	<i>8,33</i>	<i>18,18</i>	<i>21,74</i>	<i>3,56</i>	<i>19,6</i>
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	7	4	5	1	25,0
Peso DRG (dei dimessi)	115,6	26,0	40,7	14,6	56,3
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	<i>1,270</i>	<i>1,130</i>	<i>1,400</i>	<i>0,270</i>	<i>23,9</i>

**Caratteristiche della casistica trattata in ricovero**

<i>% di attrazione extra Prov. Ts</i>	<i>12,1</i>	<i>17,4</i>	<i>13,8</i>	<i>-3,6</i>	<i>-20,7</i>
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts</i>	<i>8,8</i>	<i>4,3</i>	<i>10,3</i>	<i>6,0</i>	<i>137,9</i>
<i>% di attrazione Extra Regionale</i>	<i>3,3</i>	<i>13,0</i>	<i>3,4</i>	<i>-9,6</i>	<i>-73,6</i>

**Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)**

Numero di prestazioni	4.864	2.406	2.825	419	17,4
di cui visite	636	334	363	29	8,7
di cui controlli	3.687	1.825	2.099	274	15,0
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	<i>14,7</i>	<i>15,5</i>	<i>14,7</i>	<i>-0,8</i>	<i>-5,2</i>
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>18,7</i>	<i>18,2</i>	<i>19,2</i>	<i>1,0</i>	<i>5,5</i>
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>2,9</i>	<i>2,9</i>	<i>2,8</i>	<i>-0,1</i>	<i>-3,4</i>
<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	<i>24,5</i>	<i>23,4</i>	<i>25,1</i>	<i>1,7</i>	<i>7,3</i>

**DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI**

**Buon uso del sangue e degli emocomponenti**

<i>% mancate comunic. avvenuta trasf./utilizzo sul tot. unità cons.</i>	<i>4,03</i>	<i>3,39</i>	<i>0,00</i>	<i>-3,39</i>	<i>-100,0</i>
<i>% richieste inappropriate</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>	<i>===</i>
<i>% richieste incomplete</i>	<i>23,17</i>	<i>25,71</i>	<i>22,00</i>	<i>-3,71</i>	<i>-14,4</i>

**Distribuzione diretta**

Distribuzione diretta farmaci PHT (€)	58.306	51.258	1.759	-49.499	-96,6
<i>Distribuzione primo ciclo: rapporto % cicli/dimessi</i>	<i>549</i>	<i>1.110</i>	<i>836</i>	<i>-274</i>	<i>-24,7</i>

**Elogi/Segnalazioni/Reclami**

Elogi	3	1	2	1	100,0
Segnalazioni/reclami	0	0	0	0	===



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
9-30	3.4.1 Insufficienze d' organo e trapianti - FEGATO	Centralizzazione e gestione dei campioni biologici dei pazienti con malattie croniche del fegato.  Azioni Redazione progetto per attivare e gestire la sieroteca per la conservazione dei sieri	TARGET: Redazione del progetto pilota con individuazione degli spazi, dei sistemi di congelamento, del sistema informatico, del personale necessario alla gestione del servizio, delle procedure di trasmissione e accoglimento dei campioni, delle procedure di rispetto della privacy (compreso il consenso informato dei pazienti). Previsione dei costi complessivi.	22	25	25
19-89	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	Individuare, di concerto con le altre strutture di ricovero del DAI, patologie e condizioni cliniche, profili di diagnosi e cura, tipologia di prestazioni per le quali è appropriata una gestione del paziente in regime di "Day Service". Ciò con la finalità di ridurre i ricoveri DH medici con finalità diagnostiche.  Obiettivo assegnato a tutte le strutture del DAI di medicina interna	TARGET: Formulazione di una proposta organizzazione di attività di Day Service specifica per patologia e profili di cura (individuazione dei pacchetti di prestazioni da garantire con tale servizio)	22	14	14
19-90	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure: Implementazione nell'Ospedale di Cattinara di un protocollo specifico per il trattamento delle varici esofagee  Azioni - Definire e condividere entro il primo semestre dell'anno, un protocollo intra-ospedaliero sulla "legatura varici esofagee in pazienti con ipertensione portale" - Applicare nel secondo semestre del 2016 il protocollo di trattamento  Obiettivo assegnato a SC Clinica Patologie del Fegato (UCO), SC Medicina d'urgenza e SC Gastroenterologia	TARGET: Condivisione protocollo tra le strutture coinvolte nel programma entro il 30 giugno 2016 e adozione sperimentale del protocollo  Valutazione intermedia ed individuazione delle criticità entro 31.10.2016	22	17	17





Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
21-124	3.4.8. Rischio clinico	Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede: 1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet) 2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%) 3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica	TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento  2) Risultato della survey >= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)  MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2	14	14	14
21-135	3.4.8. Rischio clinico	Definire con la struttura di IT aziendale una proposta di cartella clinica assistenziale integrata per le attività di Day Hospital della struttura	TARGET: Ideazione e produzione di un format di cartella clinica assistenziale integrata informatizzata di DH che prevede l'erogato di una lettera di dimissione integrata a firma del medico contenete la componente di dimissione infermieristica (riportando i dati del compilatore infermieristico) da traslare dopo sperimentazione prevista nel 2017 ad attività ambulatoriale complessa che preveda il coinvolgimento infermieristica )	20	16	16
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	TARGET: Almeno l'80% dei referti su G2 e delle lettere di dimissione vengono firmati digitalmente  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Per quanto riguarda le lettere di dimissione l'obiettivo è subordinato alla fornitura ed installazione dello specifico applicativo		14	14
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
9-29	3.4.1 Insufficienze d' organo e trapianti - FEGATO	Coordinamento e gestione della rete regionale dedicata alle patologie epatiche  Azioni Garantire incontri trimestrali della filiera fegato regionale ed il coordinamento delle varie attività cliniche ed educazionali	TARGET: Avvio dell'attivazione della rete e dei percorsi diagnostici e terapeutici nelle malattie croniche di fegato entro 31.12.2016
19-66	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	Contribuire alla riduzione della percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG Medico a livello aziendale. Dato aziendale 2015 38% (nel I semestre 2015 31%)	TARGET: Adesione alle prescrizioni aziendali in materia (riduzione della percentuale e/o del numero assoluto di DH diagnostici rispetto al dato registrato nel 2015).
22-147	3.5 Assistenza farmaceutica	Mantenimento della distribuzione del primo ciclo Garantire il primo ciclo di cure conforme a quanto previsto dalla lettera di dimissione in particolare a tutti i pazienti trasferiti in RSA	TARGET: 1) Mantenere il rapporto % cicli/dimessi registrato nel 2015 2) Assenza di segnalazioni di mancata o non conforme consegna dei farmaci in primo ciclo ai pazienti trasferiti in RSA MODALITA' DI VALUTAZIONE: Sul punto 1 argine pari alla deviazione standard degli ultimi due anni
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015 MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
9-31	3.4.1 Insufficienze d' organo e trapianti - FEGATO	Partecipazione alla definizione dei percorsi (coordinatore centro malattie rare di Udine)	Partecipazione alla definizione dei percorsi (coordinatore centro malattie rare di Udine)
20-120	3.4.7. Tempi d'attesa	<p>Garanzia dell'esecuzione della procedura di Biopsia percutanea del fegato (Cod. ICD 9-cm 50.11) nei tempi previsti dalle normative regionali e dal PNGLA 2010-2012</p> <p>Azioni Monitorare sia in regime di ricovero che ambulatoriale le biopsie ecoguidate</p>	<p>Garanzia dell'esecuzione della procedura di Biopsia percutanea del fegato (Cod. ICD 9-cm 50.11) nei tempi previsti dalle normative regionali e dal PNGLA 2010-2012</p> <p>Azioni Monitorare sia in regime di ricovero che ambulatoriale le biopsie ecoguidate</p>



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Clinica Patologie del Fegato (UCO)**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	4,0	4,0	4,0	6,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	3,2	3,2	4,0	4,0
<b>Totale</b>	<b>7,2</b>	<b>7,2</b>	<b>8,0</b>	<b>10,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").



**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti**

**SC Clinica Patologie del Fegato (UCO)**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico universitario - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico universitario	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico	2,0	2,0	2,0	2,0
<b>Totale</b>	<b>4,0</b>	<b>4,0</b>	<b>4,0</b>	<b>4,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.

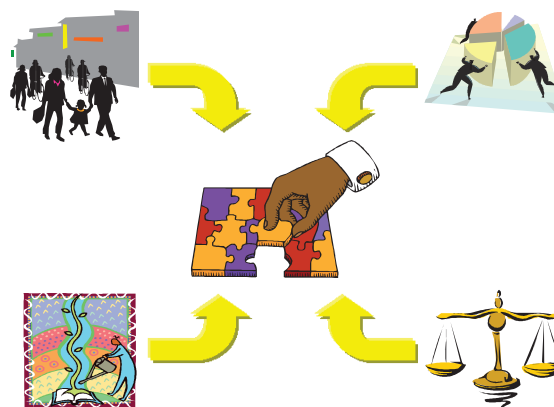


## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	98.580	90.458	8.122	0	2.041	32.699	0	0	133.320

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



## BUDGET 2016

**CdR: SSD Centro interdisciplinare di emodinamica ultrasonografica**

**Responsabile: Prof. Moreno Bardelli**

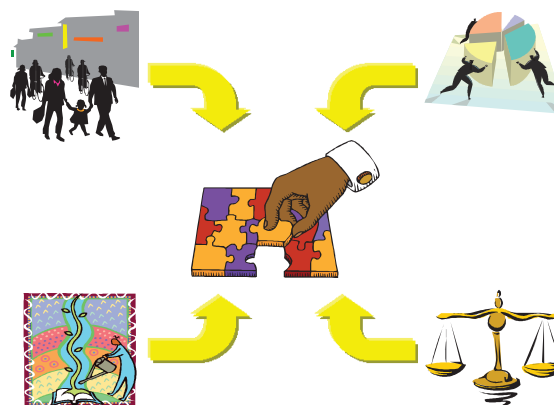




Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-88	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	<p>Ottimizzazione e standardizzazione "up-to-date" delle prestazioni di emodinamica ultrasonografica vascolare periferica.</p> <p>Azioni Costruire linee guida e protocolli aziendali (consensus) sull'adozione di criteri condivisi di diagnostica ultrasonografica (Revisione delle metodiche e parametri di indagine, in particolare per il distretto dei tronchi sovraortici)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisione, standardizzazione e Consensus dei criteri e format di refertazione</li> <li>- Revisione, standardizzazione e Consensus dei criteri di follow-up</li> </ul>	<p>TARGET: Formalizzazione linee guida e protocolli aziendali (consensus) sull'adozione di criteri condivisi di diagnostica ultrasonografica</p> <p>Evidenza della revisione, standardizzazione e Consensus dei criteri e format di refertazione</p> <p>Evidenza della revisione, standardizzazione e Consensus dei criteri di follow-up</p>			50
20-117	3.4.7. Tempi d'attesa	<p>Al fine del rispetto dei tempi di attesa si richiede l'effettuazione nel II semestre 2016 di un numero di prestazioni pari a quello indicato nella sezione "indicatori".</p>	<p>TARGET: Ecodoppler arteriosa e venosa arti (88.7711, 88.7712, 88.7721, 88.7722) 250 Brevi 75 Differite (come contributo complessivo delle attività della Medicina Clinica, I medica e della Chirurgia Generale)</p> <p>Ecodoppler tronchi sovraaortici TSA a riposo (88.73.5) 100 Brevi 50 Differite (come contributo complessivo delle attività della Medicina Clinica, della Chirurgia Generale e della Clinica Neurologica)</p> <p>MODALITA' DI VALUTAZIONE: In sede di valutazione, in caso di scostamento dal numero di prestazioni prestabilito, si terrà conto del rispetto dei tempi di attesa nella specifica categoria di prestazioni.</p>			50
<b>Peso totale</b>						<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	TARGET: Almeno l'80% dei referti su G2 vengono firmati digitalmente
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



## BUDGET 2016

**CdR: DAI di Medicine Specialistiche**

**Direttore: Prof. Roberto Luzzati**



## Budget 2016 - Parte 1 - Attività DAI di Medicine Specialistiche

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

### DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

#### Ricovero ordinario

Entrati	1.973	1.005	1.005	0	0,0
di cui accettati	1.656	844	868	24	2,8
di cui trasferiti	317	161	137	-24	-14,9
Usciti	1.980	1.018	1.001	-17	-1,7
Dimessi	1.782	926	898	-28	-3,0
di cui deceduti	78	48	39	-9	-18,8
Trasferiti	198	92	103	11	12,0
Casi trattati	1.950	1.019	1.012	-7	-0,7
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	19.414	9.898	9.633	-265	-2,7
Entrati usciti lo stesso giorno	50	25	23	-2	-8,0
Posti letto medi	57,9	58,0	59,0	1,0	1,7
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	92,1	94,5	89,9	-4,6	-4,9
% DRG Chirurgici	9,2	9,4	8,1	-1,3	-13,8
% DRG Medici	90,8	90,6	91,9	1,3	1,4
Peso DRG (dei dimessi)	2.402,3	1.310,9	1.143,4	-167,5	-12,8

#### Performance in ricovero ordinario

<i>Degenza media del caso netta</i>	10,1	9,8	9,6	-0,2	-1,9
% dimessi outlier	3,4	3,1	2,7	-0,4	-12,9
Giornate di degenza outlier	939	497	348	-149	-30,0
% Giornate di degenza outlier	4,4	4,3	3,4	-0,9	-20,9
Giornate di degenza post dimissibilità	378	333	352	19	5,7
% Giornate di degenza post dimissibilità	0,3	0,4	0,7	0,3	75,0
% di ricoveri ripetuti in reparto entro 30 giorni (ric. ord.)	3,7	2,7	4,1	1,4	51,9

#### Ricoveri in DH

Accolti	706	438	482	44	10,0
Dimessi	706	199	270	71	35,7
Accessi	5.149	2.551	2.398	-153	-6,0
Posti letto medi	7,7	8,0	7,0	-1,0	-12,5
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	213,00	204,40	219,60	15,20	7,4
Accessi medi per caso	7,3	5,8	5,0	-0,8	-14,0
% DRG Chirurgici	32,70	37,70	38,50	0,80	2,1
% DRG medici	67,30	62,30	61,50	-0,80	-1,3
% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici	39,79	41,80	12,73	-29,07	-69,5
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	187	51	21	-30	-58,8
Peso DRG (dei dimessi)	804,3	212,0	283,0	71,0	33,5
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	1,140	1,070	1,050	-0,020	-1,9

#### Attività chirurgica

Interventi chirurgici in regime di ricovero	4	2	2	0	0,0
% di interventi urgenti	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0

#### Caratteristiche della casistica trattata in ricovero



## Budget 2016 - Parte 1 - Attività DAI di Medicine Specialistiche

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
Peso medio DRG (ric. ord.)	1,350	1,420	1,270	-0,150	-10,6
Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)	2,860	3,020	2,790	-0,230	-7,6
Peso medio DRG Medici (ric. ord.)	1,190	1,250	1,140	-0,110	-8,8
% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)	31,6	31,1	31,0	-0,1	-0,3
% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)	16,5	16,7	17,3	0,6	3,6
% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)	51,9	52,2	51,8	-0,4	-0,8
% di attrazione extra Prov. Ts	24,0	20,3	19,9	-0,4	-2,0
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts	9,0	7,2	9,2	2,0	27,2
% di attrazione Extra Regionale	15,0	13,1	10,7	-2,4	-18,1

### Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)

Numero di prestazioni	60.775	32.334	31.703	-631	-2,0
di cui visite	11.353	6.031	5.758	-273	-4,5
di cui controlli	10.165	5.280	5.107	-173	-3,3
% di prime visite sul totale di visite e controlli	52,8	53,3	53,0	-0,3	-0,6
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)	7,1	6,5	6,9	0,4	6,2
% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)	3,5	3,6	3,6	0,0	0,0
% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	12,4	12,8	11,1	-1,7	-13,3

### DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI

#### Compilazione cartella clinica

% compilazione della cartella clinica (escl. valutazione consenso trattamento dati e medici in formazione specialistica)	92,3	91,4	90,3	-1,0	-1,1
% di compilazione codice di dimissibilità	0,7	1,1	0,9	-0,2	-18,2

#### Buon uso del sangue e degli emocomponenti

% mancate comunic. avvenuta trasf./utilizzo sul tot. unità cons.	11,86	12,76	15,64	2,89	22,6
% richieste inappropriate	2,33	1,63	2,83	1,20	74,1
% richieste incomplete	29,77	33,33	28,30	-5,03	-15,1

#### Distribuzione diretta

Distribuzione diretta farmaci PHT (€)	41.191	30.348	2.676	-27.672	-91,2
Distribuzione primo ciclo: rapporto % cicli/dimessi	82	89	86	-3	-3,1

#### Elogi/Segnalazioni/Reclami

Elogi	21	11	16	5	45,5
Segnalazioni/reclami	6	4	5	1	25,0



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
24-150	Governo delle risorse assegnate	Governo delle risorse correnti utilizzate dalle Strutture afferenti al Dipartimento	TARGET: Monitoraggio attivo del budget assegnato alle strutture del Dipartimento
31-174	Sviluppo delle politiche del personale	Definizione del Piano ferie nei tempi previsti e invio di un report mensile alla Direzione Infermieristica sulla situazione delle ferie fruito dal personale del Comparto	TARGET: Piano ferie prodotto nei tempi concordati
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-176	Sviluppo delle politiche del personale	Monitoraggio delle eccedenze orarie del personale del comparto al fine del contenimento delle liquidazioni entro il Budget assegnato.	TARGET: Produzione di una reportistica mensile sulle eccedenze orarie del personale del comparto con evidenza di: 1) credito orario liquidato 2) credito orario residuo
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**DAI di Medicine Specialistiche**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo - B	1,0	1,0	1,0	1,0
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	2,7	2,5	3,0	3,0
Amministrativi - ass. amm.vo - C	2,0	1,7	2,0	2,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	93,6	87,6	93,0	93,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	3,0	3,0	3,0	3,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	5,6	5,6	5,0	4,0
Ota-Oss - op. tec. add. assistenza (ota) - B	1,0	1,0	1,0	1,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	32,1	30,8	33,0	32,0
Personale Riabilitazione - coll. prof. san. fisioterapista - D	5,0	5,0	5,0	5,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	1,0	1,0	1,0	1,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. neurofisiopat. - D	2,7	2,7	3,0	4,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. perfusione cardiovascolare - D	1,0	0,0	1,0	1,0
<b>Totale</b>	<b>150,7</b>	<b>141,9</b>	<b>151,0</b>	<b>150,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****DAI di Medicine Specialistiche**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico universitario - direttore di SC	3,0	3,0	3,0	3,0
dirigente medico - direttore di SC	1,8	1,8	2,0	2,0
dirigente medico universitario	2,7	2,7	3,0	3,0
dirigente medico	38,9	36,0	39,0	39,0
<b>Totale</b>	<b>46,4</b>	<b>43,5</b>	<b>47,0</b>	<b>47,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.



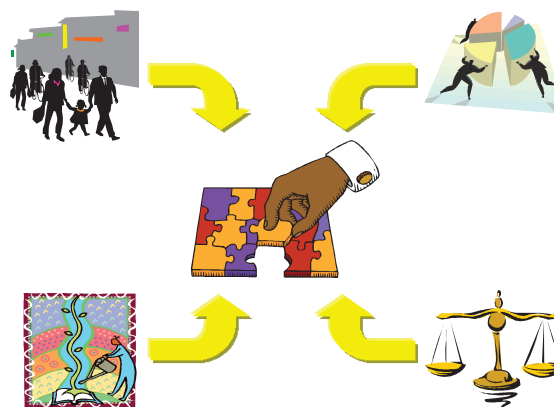


## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	2.738.906	2.053.915	684.991	12.864	57.129	917.861	38.145	568	3.765.474

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



## BUDGET 2016

**CdR: SC Clinica Dermatologica (UCO)**

**Direttore: Prof. Giusto Trevisan**



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC Clinica Dermatologica (UCO)**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Ricovero ordinario**

Entrati	224	125	100	-25	-20,0
di cui accettati	196	109	91	-18	-16,5
di cui trasferiti	28	16	9	-7	-43,8
Usciti	222	122	99	-23	-18,9
Dimessi	195	108	90	-18	-16,7
Trasferiti	27	14	9	-5	-35,7
Casi trattati	209	117	96	-21	-17,9
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	1.969	929	828	-101	-10,9
Entrati usciti lo stesso giorno	20	12	8	-4	-33,3
Posti letto medi	5,0	5,0	5,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>109,0</i>	<i>104,0</i>	<i>91,9</i>	<i>-12,1</i>	<i>-11,6</i>
% DRG Chirurgici	19,5	25,0	10,0	-15,0	-60,0
% DRG Medici	80,5	75,0	90,0	15,0	20,0
Peso DRG (dei dimessi)	167,4	97,3	75,5	-21,9	-22,4

**Performance in ricovero ordinario**

Indice comparativo di performance	1,00	1,00	1,00	0,00	0,0
Degenza media del caso netta	9,9	8,4	9,4	0,9	11,0
% dimessi outlier	3,1	1,9	3,3	1,4	73,7
Giornate di degenza outlier	25	13	27	14	107,7
% Giornate di degenza outlier	1,3	1,4	3,2	1,8	128,6
Giornate di degenza post dimissibilità	5	5	===	===	===
% Giornate di degenza post dimissibilità	0,3	0,5	0,0	-0,5	-100,0
% di ricoveri ripetuti in reparto entro 30 giorni (ric. ord.)	4,1	3,7	6,7	3,0	81,1

**Ricoveri in DH**

Accolti	281	166	227	61	36,7
Dimessi	281	86	146	60	69,8
Accessi	1.294	666	742	76	11,4
Posti letto medi	2,0	2,0	2,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>206,10</i>	<i>213,50</i>	<i>237,80</i>	<i>24,30</i>	<i>11,4</i>
Accessi medi per caso	4,6	4,0	3,3	-0,7	-18,5
% DRG Chirurgici	49,50	54,70	55,50	0,80	1,5
% DRG medici	50,50	45,30	44,50	-0,80	-1,8
% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici	47,18	56,41	3,08	-53,33	-94,5
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	67	22	2	-20	-90,9
Peso DRG (dei dimessi)	241,7	71,8	123,6	51,8	72,1
Peso medio DRG (dei dimessi)	0,860	0,840	0,850	0,010	1,2

**Caratteristiche della casistica trattata in ricovero**

Indice case mix (ric. ord.)	1,00	1,00	1,00	0,0	0,0
Peso medio DRG (ric. ord.)	0,860	0,900	0,840	-0,060	-6,7
Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)	1,010	1,070	0,910	-0,160	-15,0
Peso medio DRG Medici (ric. ord.)	0,820	0,850	0,830	-0,020	-2,4



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC Clinica Dermatologica (UCO)**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)	49,2	47,2	46,7	-0,5	-1,1
% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)	18,5	15,7	17,8	2,1	13,4
% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)	32,3	37,0	35,6	-1,4	-3,8
% di attrazione extra Prov. Ts	34,9	31,4	24,2	-7,3	-23,2
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts	14,5	11,3	13,6	2,2	19,6
% di attrazione Extra Regionale	20,4	20,1	10,6	-9,5	-47,3

**Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)**

Numero di prestazioni	19.224	10.447	9.958	-489	-4,7
di cui visite	6.478	3.436	3.424	-12	-0,3
di cui controlli	4.389	2.239	2.102	-137	-6,1
% di prime visite sul totale di visite e controlli	59,6	60,5	62,0	1,5	2,5
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)	10,4	10,1	10,6	0,5	5,0
% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)	4,8	4,5	4,5	0,0	0,0
% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	13,8	14,2	13,4	-0,8	-5,6

**DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI**

**Compilazione cartella clinica**

% compilazione della cartella clinica (escl. valutazione consenso trattamento dati e medici in formazione specialistica)	86,7	86,2	83,4	-2,8	-3,2
% di compilazione codice di dimissibilità	0,5	0,9	0,0	-0,9	-100,0

**Buon uso del sangue e degli emocomponenti**

% mancate comunic. avvenuta trasf./utilizzo sul tot. unità cons.	33,33	50,00	46,15	-3,85	-7,7
% richieste inappropriate	0,00	0,00	0,00	0,00	===
% richieste incomplete	0,00	0,00	12,50	12,50	===

**Distribuzione diretta**

Distribuzione diretta farmaci PHT (€)	127	===	95	===	===
Distribuzione primo ciclo: rapporto % cicli/dimessi	17	17	29	11	66,0

**Elogi/Segnalazioni/Reclami**

Elogi	1	0	0	0	===
Segnalazioni/reclami	1	1	1	0	0,0



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
4-14	3.2.2 Screening oncologici	Riorganizzazione nella diagnosi precoce del melanoma - (rete di primo e di secondo livello per la diagnosi precoce di melanoma maligno)  Azioni Organizzare una rete di primo livello che coinvolga le dermatologie del territorio incluso un servizio presso il CSO, ed uno screening di secondo livello di casi ad alto rischio presso la Clinica Dermatologica che può avvalersi della dermatoscopia e della microscopia confocale Produzione di dépliant informativi e per l'auto esame della cute	TARGET: Avvio, concordato con i Distretti, della rete di diagnosi precoce del melanoma. Produzione pubblicazione	36	16	16
19-79	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	Costruzione del Percorso preventivo-diagnostico-terapeutico e assistenziale per il paziente affetto da Melanoma.  Azioni Costruire il percorso di cura intraospedaliero condiviso nel trattamento del melanoma cutaneo. Obiettivo assegnato a SC Chirurgia Plastica SC Chirurgia Generale SC Clinica Dermatologica SC Oncologia SC Anatomia patologica. Capofila SC Chirurgia Plastica	TARGET: Pubblicazione del percorso di cura INTRAOSPEDALIERO sul sito Internet ASUITs entro il 31.12.2016	36	14	14
19-114	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	Diagnosi e terapia delle reazioni dei farmaci.  Azioni Estendere la diagnostica dei test di esposizione con la Rianimazione Costruire con la S.C. di Ricerche cliniche un percorso per la diagnostica delle reazioni avverse da farmaci con tecniche di laboratorio	TARGET: Procedura concordata e attivata  Percorso condiviso		14	14
20-117	3.4.7. Tempi d'attesa	Al fine del rispetto dei tempi di attesa si richiede l'effettuazione nel II semestre 2016 di un numero di prestazioni pari a quello indicato nella sezione "indicatori".	TARGET: Visita dermatologica (89.7) 825 Brevi 275 Differite  MODALITA' DI VALUTAZIONE: In sede di valutazione, in caso di scostamento dal numero di prestazioni prestabilito, si terrà conto del rispetto dei tempi di attesa nella specifica categoria di prestazioni.		14	14
21-123	3.4.8. Rischio clinico	Mantenere gli standard di compilazione della cartella clinica definiti in fase di ri-accreditamento JCI	TARGET: >=90%	14	14	14



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
21-124	3.4.8. Rischio clinico	Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede: 1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet) 2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%) 3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica	TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento 2) Risultato della survey >= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%) MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2	14	14	14
21-191	3.4.8. Rischio clinico	Integrazione Lettera di dimissione con compilazione scheda fattori di rischio  Azioni Estensione dalla fase sperimentale a regime	TARGET: % adesione nel secondo semestre 2016 (target 100%)  La valutazione raggiungimento obiettivi sarà effettuata sulla base del report trasmesso dall'Amministrazione regionale		14	14
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
19-66	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Contribuire alla riduzione della percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG Medico a livello aziendale. Dato aziendale 2015 38% (nel I semestre 2015 31%)	TARGET: Adesione alle prescrizioni aziendali in materia (riduzione della percentuale e/o del numero assoluto di DH diagnostici rispetto al dato registrato nel 2015).
22-147	3.5 Assistenza farmaceutica	Mantenimento della distribuzione del primo ciclo Garantire il primo ciclo di cure conforme a quanto previsto dalla lettera di dimissione in particolare a tutti i pazienti trasferiti in RSA	TARGET: 1) Mantenere il rapporto % cicli/dimessi registrato nel 2015 2) Assenza di segnalazioni di mancata o non conforme consegna dei farmaci in primo ciclo ai pazienti trasferiti in RSA  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Sul punto 1 argine pari alla deviazione standard degli ultimi due anni
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015  MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione





Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
19-68	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre il rapporto tra ricoveri ad altro rischio di inappropriatezza e ricoveri appropriati	Ridurre il rapporto tra ricoveri ad altro rischio di inappropriatezza e ricoveri appropriati
19-70	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Clinica Dermatologica (UCO)**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo - B	1,0	1,0	1,0	1,0
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	1,0	1,0	1,0	1,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	16,9	15,5	17,0	16,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	1,0	1,0	1,0	1,0
Ota-Oss - op. tec. add. assistenza (ota) - B	1,0	1,0	1,0	1,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	3,0	2,7	3,0	3,0
<b>Totale</b>	<b>23,9</b>	<b>22,2</b>	<b>24,0</b>	<b>23,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****SC Clinica Dermatologica (UCO)**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico universitario - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico universitario	1,7	1,7	2,0	2,0
dirigente medico	5,0	4,8	5,0	5,0
<b>Totale</b>	<b>7,7</b>	<b>7,5</b>	<b>8,0</b>	<b>8,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.

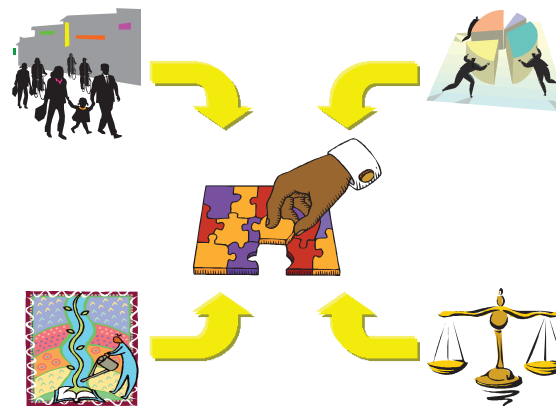


Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	340.040	233.899	106.141	336	22.566	306.934	0	220	670.096

Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



## BUDGET 2016

**CdR: SC Malattie Infettive**

**Direttore: Prof. Roberto Luzzati**



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività**  
**SC Malattie Infettive**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Ricovero ordinario**

Entrati	374	187	206	19	10,2
di cui accettati	284	148	163	15	10,1
di cui trasferiti	90	39	43	4	10,3
Usciti	375	186	205	19	10,2
Dimessi	311	159	172	13	8,2
di cui deceduti	8	4	2	-2	-50,0
Trasferiti	64	27	33	6	22,2
Casi trattati	364	189	202	13	6,9
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	4.108	2.064	1.924	-140	-6,8
Entrati usciti lo stesso giorno	14	8	5	-3	-37,5
Posti letto medi	12,0	12,0	12,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>94,1</i>	<i>95,4</i>	<i>88,3</i>	<i>-7,1</i>	<i>-7,4</i>
% DRG Chirurgici	3,2	3,8	8,7	4,9	128,9
% DRG Medici	96,8	96,2	91,3	-4,9	-5,1
Peso DRG (dei dimessi)	378,0	194,4	223,1	28,7	14,7

**Performance in ricovero ordinario**

<i>Indice comparativo di performance</i>	<i>0,99</i>	<i>1,02</i>	<i>0,78</i>	<i>-0,24</i>	<i>-23,5</i>
<i>Degenza media del caso netta</i>	<i>11,6</i>	<i>11,2</i>	<i>9,6</i>	<i>-1,6</i>	<i>-14,3</i>
<i>% dimessi outlier</i>	<i>5,8</i>	<i>4,4</i>	<i>4,7</i>	<i>0,3</i>	<i>6,8</i>
Giornate di degenza outlier	411	172	139	-33	-19,2
<i>% Giornate di degenza outlier</i>	<i>9,0</i>	<i>7,1</i>	<i>6,2</i>	<i>-0,9</i>	<i>-12,7</i>
Giornate di degenza post dimissibilità	269	253	221	-32	-12,6
<i>% Giornate di degenza post dimissibilità</i>	<i>0,5</i>	<i>1,0</i>	<i>2,5</i>	<i>1,5</i>	<i>150,0</i>
<i>% di ricoveri ripetuti in reparto entro 30 giorni (ric. ord.)</i>	<i>2,6</i>	<i>3,1</i>	<i>2,9</i>	<i>-0,2</i>	<i>-6,5</i>

**Ricoveri in DH**

Accolti	100	52	49	-3	-5,8
Dimessi	100	46	46	0	0,0
Accessi	1.169	544	538	-6	-1,1
Posti letto medi	4,0	4,0	4,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>93,10</i>	<i>87,20</i>	<i>86,20</i>	<i>-1,00</i>	<i>-1,1</i>
<i>Accessi medi per caso</i>	<i>11,6</i>	<i>10,2</i>	<i>11,0</i>	<i>0,8</i>	<i>7,5</i>
% DRG Chirurgici	4,00	2,20	2,20	0,00	0,0
% DRG medici	96,00	97,80	97,80	0,00	0,0
<i>% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici</i>	<i>54,74</i>	<i>54,55</i>	<i>26,67</i>	<i>-27,88</i>	<i>-51,1</i>
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	52	24	12	-12	-50,0
Peso DRG (dei dimessi)	101,9	43,1	53,4	10,4	24,0
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	<i>1,020</i>	<i>0,940</i>	<i>1,160</i>	<i>0,220</i>	<i>23,4</i>

**Caratteristiche della casistica trattata in ricovero**

<i>Indice case mix (ric. ord.)</i>	<i>0,92</i>	<i>0,89</i>	<i>0,87</i>	<i>0,0</i>	<i>-2,2</i>
<i>Peso medio DRG (ric. ord.)</i>	<i>1,220</i>	<i>1,220</i>	<i>1,300</i>	<i>0,080</i>	<i>6,6</i>
<i>Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)</i>	<i>2,570</i>	<i>2,400</i>	<i>2,760</i>	<i>0,360</i>	<i>15,0</i>



## Budget 2016 - Parte 1 - Attività SC Malattie Infettive

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
Peso medio DRG Medici (ric. ord.)	1,170	1,180	1,160	-0,020	-1,7
% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)	66,2	62,3	64,0	1,7	2,7
% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)	17,4	19,5	17,4	-2,1	-10,8
% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)	16,4	18,2	18,6	0,4	2,2
% di attrazione extra Prov. Ts	24,3	25,9	22,9	-2,9	-11,3
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts	10,7	11,7	13,8	2,1	17,5
% di attrazione Extra Regionale	13,6	14,1	9,2	-5,0	-35,1

### Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)

Numero di prestazioni	2.748	1.602	1.298	-304	-19,0
di cui visite	787	516	272	-244	-47,3
di cui controlli	1.771	947	893	-54	-5,7
% di prime visite sul totale di visite e controlli	30,8	35,3	23,3	-12,0	-34,0
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)	14,5	13,9	13,6	-0,3	-2,2
% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)	6,8	6,3	7,9	1,6	25,4
% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	21,6	22,5	18,4	-4,1	-18,2

## DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI

### Compilazione cartella clinica

% compilazione della cartella clinica (escl. valutazione consenso trattamento dati e medici in formazione specialistica)	84,7	83,1	84,2	1,1	1,3
% di compilazione codice di dimissibilità	1,9	3,1	2,9	-0,2	-6,5

### Buon uso del sangue e degli emocomponenti

% mancate comunic. avvenuta trasf./utilizzo sul tot. unità cons.	22,50	47,37	31,58	-15,79	-33,3
% richieste inappropriate	0,00	0,00	0,00	0,00	===
% richieste incomplete	11,54	14,29	15,38	1,10	7,7

### Distribuzione diretta

Distribuzione diretta farmaci PHT (€)	41.064	30.348	2.582	-27.766	-91,5
Distribuzione primo ciclo: rapporto % cicli/dimessi	162	155	153	-3	-1,7

### Elogi/Segnalazioni/Reclami

Elogi	3	3	1	-2	-66,7
Segnalazioni/reclami	0	0	0	0	===



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
3-13	3.2.14 Miglioramento della sorveglianza e della prevenzione delle malattie infettive	Definire un percorso per la prevenzione dell'infezione da HPV nei pazienti con infezione da HIV/AIDS. Assicurare l'esecuzione della vaccinazione anti-HPV al gruppo target selezionato presso il Centro MST, nel rispetto dell'anonimato previsto dalla normativa vigente.	TARGET: Formalizzazione del percorso specifico (selezione del campione destinato all'offerta vaccinale) entro 30/09/16  Inizio del ciclo vaccinale 'on site' offerto al 100% del gruppo target secondo le modalità previste dal percorso specifico (punto 1) nel periodo ottobre-dicembre 2016	24	15	15
9-32	3.4.1 Insufficienze d' organo e trapianti FEGATO	Implementazione di percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio  Azioni Assicurare i percorsi clinico-assistenziali previsti nel protocollo operativo congiunto per la gestione dei percorsi di continuità assistenziale tra la SC M.Infettive e la SC Dipendenze da Sostanze illegali (SCDSI)	TARGET: 100% dei casi segnalati dalla SC Dipendenze da Sostanze Illegali appartenenti al target individuato viene valutato congiuntamente secondo le modalità previste dal Protocollo e presenta un progetto di cura personalizzato (entro 31.12.16)	24	15	15
21-123	3.4.8. Rischio clinico	Mantenere gli standard di compilazione della cartella clinica definiti in fase di ri-accreditamento JCI	TARGET: >=90%	14	14	14
21-124	3.4.8. Rischio clinico	Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede: 1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet) 2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%) 3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica	TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento 2) Risultato della survey >= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)  MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2	14	14	14





Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
21-141	3.4.8. Rischio clinico	Formazione degli operatori sanitari sull'ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP.  Azioni Organizzare e completare il programma di formazione/aggiornamento (3 sessioni) dei medici prescrittori afferenti a: Dai Medicina, Dai Medicine Specialistiche, Onco-Ematologia, Dai Chirurgia, Chirurgie Special., Testa-Collo, Dai Terapia Intensiva/Emerg/Perioper.  Obiettivo comune a Malattie Infettive, Microbiologia e Farmacia	TARGET: Evidenza del materiale didattico prodotto  Il programma regionale viene condotto a termine nei tempi previsti	24	14	14
21-191	3.4.8. Rischio clinico	Integrazione Lettera di dimissione con compilazione scheda fattori di rischio  Azioni Estensione dalla fase sperimentale a regime	TARGET: % adesione nel secondo semestre 2016 (target 100%)  La valutazione raggiungimento obiettivi sarà effettuata sulla base del report trasmesso dall'Amministrazione regionale		14	14
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	TARGET: Almeno l'80% dei referti su G2 e delle lettere di dimissione vengono firmati digitalmente  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Per quanto riguarda le lettere di dimissione l'obiettivo è subordinato alla fornitura ed installazione dello specifico applicativo		14	14
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
19-66	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Contribuire alla riduzione della percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG Medico a livello aziendale. Dato aziendale 2015 38% (nel I semestre 2015 31%)	TARGET: Adesione alle prescrizioni aziendali in materia (riduzione della percentuale e/o del numero assoluto di DH diagnostici rispetto al dato registrato nel 2015).
22-147	3.5 Assistenza farmaceutica	Mantenimento della distribuzione del primo ciclo Garantire il primo ciclo di cure conforme a quanto previsto dalla lettera di dimissione in particolare a tutti i pazienti trasferiti in RSA	TARGET: 1) Mantenere il rapporto % cicli/dimessi registrato nel 2015 2) Assenza di segnalazioni di mancata o non conforme consegna dei farmaci in primo ciclo ai pazienti trasferiti in RSA  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Sul punto 1 argine pari alla deviazione standard degli ultimi due anni
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015  MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
21-128	3.4.8. Rischio clinico	<p>Riduzione del rischio associato alle infezioni nosocomiali e comunitarie nel DAI di Medicina Interna. Riduzione delle resistenze batteriche. Appropriato uso della terapia antibiotica.</p> <p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Applicazione progetto Antimicrobial Stewardship e del Bundle rischio infettivo</li> <li>- Adesione alle Linee Guida Regionali: Terapia Polmoniti batteriche</li> <li>- Aumentare il numero dei prelievi per esami microbiologici prima dell'inizio della terapia antibiotica empirica (ACCO)</li> <li>- Applicare le linee-guida Aziendali ed Internazionali per la terapia antibiotica empirica</li> <li>- Richiedere la consulenza infettivologica quando appropriato</li> <li>- Applicare i criteri della "descalation"</li> <li>- Assicurare al paziente, quando possibile, il passaggio alla terapia antibiotica orale</li> <li>- Controllare la durata della terapia antibiotica secondo linee guida</li> </ul> <p>Obiettivo comune alla SSCC di medicina interna</p>	<p>Riduzione del rischio associato alle infezioni nosocomiali e comunitarie nel DAI di Medicina Interna. Riduzione delle resistenze batteriche. Appropriato uso della terapia antibiotica.</p> <p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Applicazione progetto Antimicrobial Stewardship e del Bundle rischio infettivo</li> <li>- Adesione alle Linee Guida Regionali: Terapia Polmoniti batteriche</li> <li>- Aumentare il numero dei prelievi per esami microbiologici prima dell'inizio della terapia antibiotica empirica (ACCO)</li> <li>- Applicare le linee-guida Aziendali ed Internazionali per la terapia antibiotica empirica</li> <li>- Richiedere la consulenza infettivologica quando appropriato</li> <li>- Applicare i criteri della "descalation"</li> <li>- Assicurare al paziente, quando possibile, il passaggio alla terapia antibiotica orale</li> <li>- Controllare la durata della terapia antibiotica secondo linee guida</li> </ul> <p>Obiettivo comune alla SSCC di medicina interna</p>



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Malattie Infettive**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	0,7	0,7	1,0	1,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	15,0	13,4	15,0	15,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	1,0	1,0	1,0	1,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	1,6	1,6	1,0	1,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	6,1	5,8	6,0	6,0
<b>Totale</b>	<b>24,3</b>	<b>22,4</b>	<b>24,0</b>	<b>24,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****SC Malattie Infettive**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico universitario - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico	5,8	4,7	5,0	6,0
<b>Totale</b>	<b>6,8</b>	<b>5,7</b>	<b>6,0</b>	<b>7,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.

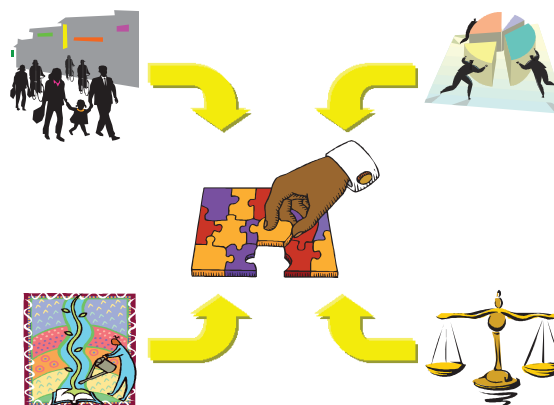


Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	1.655.725	1.489.570	166.155	2.367	3.507	58.366	0	348	1.720.312

Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



## BUDGET 2016

**CdR: SC Pneumologia**

**Direttore: Dott. Marco Confalonieri**





## Budget 2016 - Parte 1 - Attività SC Pneumologia

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

### DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

#### Ricovero ordinario

Entrati	667	349	331	-18	-5,2
di cui accettati	569	291	271	-20	-6,9
di cui trasferiti	98	58	60	2	3,4
Usciti	669	352	330	-22	-6,3
Dimessi	591	318	281	-37	-11,6
di cui deceduti	31	18	18	0	0,0
Trasferiti	78	34	49	15	44,1
Casi trattati	667	355	334	-21	-5,9
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	5.951	3.041	3.079	38	1,2
Entrati usciti lo stesso giorno	11	3	6	3	100,0
Posti letto medi	17,0	17,0	17,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	96,1	98,9	99,7	0,8	0,8
% DRG Chirurgici	13,0	10,7	11,7	1,0	9,3
% DRG Medici	87,0	89,3	88,3	-1,0	-1,1
Peso DRG (dei dimessi)	1.125,9	635,7	491,3	-144,4	-22,7

#### Performance in ricovero ordinario

<i>Indice comparativo di performance</i>	0,72	0,79	0,72	-0,07	-8,9
<i>Degenza media del caso netta</i>	9,0	8,6	9,2	0,7	7,7
<i>% dimessi outlier</i>	2,0	2,2	1,8	-0,4	-18,2
Giornate di degenza outlier	205	144	53	-91	-63,2
<i>% Giornate di degenza outlier</i>	3,2	3,9	1,6	-2,3	-59,0
Giornate di degenza post dimissibilità	65	55	131	76	138,2
<i>% Giornate di degenza post dimissibilità</i>	0,2	0,3	0,6	0,3	100,0
<i>% di ricoveri ripetuti in reparto entro 30 giorni (ric. ord.)</i>	4,7	3,1	5,0	1,9	61,3

#### Ricoveri in DH

Accolti	325	220	206	-14	-6,4
Dimessi	325	67	78	11	16,4
Accessi	2.686	1.341	1.118	-223	-16,6
Posti letto medi	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	855,40	859,60	716,70	-142,90	-16,6
<i>Accessi medi per caso</i>	8,3	6,1	5,4	-0,7	-11,0
% DRG Chirurgici	27,10	40,30	28,20	-12,10	-30,0
% DRG medici	72,90	59,70	71,80	12,10	20,3
<i>% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici</i>	29,18	12,82	12,73	-0,09	-0,7
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	68	5	7	2	40,0
Peso DRG (dei dimessi)	460,7	97,1	106,0	8,9	9,1
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	1,420	1,450	1,360	-0,090	-6,2

#### Attività chirurgica

Interventi chirurgici in regime di ricovero	4	2	2	0	0,0
<i>% di interventi urgenti</i>	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0



## Budget 2016 - Parte 1 - Attività SC Pneumologia

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

### Caratteristiche della casistica trattata in ricovero

Indice case mix (ric. ord.)	1,05	1,07	1,02	-0,1	-4,7
Peso medio DRG (ric. ord.)	1,910	2,000	1,750	-0,250	-12,5
Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)	3,900	4,480	3,720	-0,760	-17,0
Peso medio DRG Medici (ric. ord.)	1,610	1,700	1,490	-0,210	-12,4
% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)	42,8	41,8	44,1	2,3	5,5
% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)	25,4	25,2	27,8	2,6	10,3
% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)	31,8	33,0	28,1	-4,9	-14,8
% di attrazione extra Prov. Ts	34,4	28,3	32,9	4,6	16,1
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts	11,5	8,8	11,1	2,3	26,2
% di attrazione Extra Regionale	22,9	19,5	21,7	2,2	11,5

### Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)

Numero di prestazioni	26.697	14.286	13.660	-626	-4,4
di cui visite	2.551	1.353	1.203	-150	-11,1
di cui controlli	3.259	1.719	1.695	-24	-1,4
% di prime visite sul totale di visite e controlli	43,9	44,0	41,5	-2,5	-5,7
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)	5,2	4,2	5,1	0,9	21,4
% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)	2,9	3,4	3,3	-0,1	-2,9
% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	9,1	8,6	7,0	-1,6	-18,6

## DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI

### Compilazione cartella clinica

% compilazione della cartella clinica (escl. valutazione consenso trattamento dati e medici in formazione specialistica)	88,9	89,3	79,7	-9,6	-10,7
% di compilazione codice di dimissibilità	0,7	0,9	1,1	0,2	22,2

### Buon uso del sangue e degli emocomponenti

% mancate comunic. avvenuta trasf./utilizzo sul tot. unità cons.	12,68	16,46	24,07	7,62	46,3
% richieste inappropriate	5,49	3,70	5,41	1,70	45,9
% richieste incomplete	14,29	18,52	18,92	0,40	2,2

### Distribuzione diretta

Distribuzione primo ciclo: rapporto % cicli/dimessi	70	84	79	-4	-5,3
---	----	----	----	----	------

### Elogi/Segnalazioni/Reclami

Elogi	7	4	5	1	25,0
Segnalazioni/reclami	4	2	3	1	50,0



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
2-5	3.2.11. Emersione e prevenzione delle malattie	<p>Maggior consapevolezza della lotta al fumo all'interno della SC Pneumologia, particolarmente a contatto con pazienti vittime di tale abitudine dannosa</p> <p>Azioni Realizzare in collaborazione con la SS Dipendenze legali un Corso ai dipendenti sui corretti stili di vita con particolare riferimento al fumo di tabacco Azione educativa attiva degli operatori sanitari per la disassuefazione al fumo dei pazienti che afferiscono alla SC Pneumologia</p>	TARGET: Adottare la prescrizione di consigli antifumo (minimal advice antitabagico) al 100% dei pazienti registrata in cartella	11	9	8
3-11	3.2.14 Miglioramento della sorveglianza e della prevenzione delle malattie infettive	Sorveglianza polmoniti nosocomiali (Attività relativa al CIO)	TARGET: Report di monitoraggio numero ed eziologia polmoniti nosocomiali	15	9	8
8-27	3.3.2 Avvio della rete delle Cure Palliative (obiettivo in collaborazione con la referente aziendale della rete dott.ssa Rita Ceccherini)	<p>Partecipazione alla rete cure palliative Riduzione della durata e del numero dei ricoveri o accessi in PS per sintomatologia respiratoria</p> <p>Azioni Miglioramento del processo di cura al paziente con patologia neoplastica in fine vita (gestione del paziente affetto da versamento pleurico neoplastico non passibile di trattamento chirurgico) Costruire percorsi diagnostici e terapeutici/palliativi per i soggetti affetti da versamento pleurico neoplastico che necessitano di inquadramento diagnostico mediante pleuroscopia e trattamento palliativo mediante talcaggio pleurico</p> <p>Obiettivo comune per SC Pneumologia, SC Oncologia, SC ARTA</p>	TARGET: Formalizzazione Percorso condiviso con la rete delle cure palliative e articolazioni territoriali	15	9	8



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
15-49	3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti - POLMONE	Ridurre il tasso di ospedalizzazione dei pazienti di età 50-74 anni affetti da BPCO (maggior coinvolgimento dei Distretti nella presa in carico anche con la collaborazione dei MMG e delle loro aggregazioni)  Azioni Formazione per MMG e per infermieri del territorio: piano formativo dedicato (azioni mirate, rientranti in un programma coordinato ed integrato di formazione interaziendale sui PDTA)	TARGET: Riduzione rispetto al 2015 della degenza media e miglioramento degli indicatori di processo attraverso applicazione di un bundle di cura intraospedaliero specifico (Tempi: II semestre 2016)	11	9	8
17-59	3.4.3 Sviluppo reti di patologia	Sviluppo della rete dedicata alle malattie polmonari  Azioni Partecipazione alla definizione dei percorsi (coordinatore centro malattie rare di Udine) Mantenere il corretto aggiornamento e inserimento della casistica sul registro regionale Costruire/introdurre una scheda di trasferimento (sia presso altri reparti che presso altre strutture) contenente informazioni infermieristiche	TARGET: Evidenza della scheda infermieristica di trasferimento/dimissione in ospedale e sul territorio e sperimentazione entro il 31.12.2016	11		8
19-85	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Rete per il trattamento delle patologie emorragiche e trombotiche, emostasi.  Azioni Predisporre un progetto di fattibilità della rete provinciale per la cura delle MALATTIE EMORRAGICHE E TROMBOTICHE anche al fine di incrementare l'attrazione.  Obiettivo in collaborazione con il Dipartimento di Medicina Trasfusionale, Ematologia, Clinica medica, III Medica, Medicina d'Urgenza, Pneumologia, Utc e Cardiologia e le strutture territoriali	TARGET: Lo studio di fattibilità è disponibile presso la Direzione sanitaria aziendale entro il 31/12/2016		9	8



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
20-117	3.4.7. Tempi d'attesa	Al fine del rispetto dei tempi di attesa si richiede l'effettuazione nel II semestre 2016 di un numero di prestazioni pari a quello indicato nella sezione "indicatori".	TARGET: Spirometria semplice e globale (89.37.1, 89.37.2) 25 Brevi 25 Differite  Visita pneumologica (89.7) 250 Brevi 150 Differite  MODALITA' DI VALUTAZIONE: In sede di valutazione, in caso di scostamento dal numero di prestazioni prestabilito, si terrà conto del rispetto dei tempi di attesa nella specifica categoria di prestazioni.	8	8	8
21-123	3.4.8. Rischio clinico	Mantenere gli standard di compilazione della cartella clinica definiti in fase di ri-accreditamento JCI	TARGET: >=90%	10	10	10
21-124	3.4.8. Rischio clinico	Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede: 1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet) 2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%) 3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica	TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento  2) Risultato della survey >= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)  MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2	10	10	10
21-129	3.4.8. Rischio clinico	Miglioramento della qualità di compilazione della cartella clinica.  Azioni Integrazione della cartella con il campo relativo all'avvenuto intervento educativo nella scheda di sedazione Monitorare ogni settimana la qualità della compilazione della documentazione clinica su cartelle aperte (anche con controllo a campione)  Obiettivo assegnato a Gastroenterologia e Pneumologia	TARGET: Presenza del campo per la documentazione dell'avvenuto intervento educativo nella scheda di sedazione nel 100% delle cartelle campionate	9	9	9



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
21-191	3.4.8. Rischio clinico	Integrazione Lettera di dimissione con compilazione scheda fattori di rischio  Azioni Estensione dalla fase sperimentale a regime	TARGET: % adesione nel secondo semestre 2016 (taget 100%)  La valutazione raggiungimento obiettivosaà effettuata sulla base del report trasmesso dall'Amministrazione regionale		10	8
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	TARGET: Almeno l'80% dei referti su G2 e delle lettere di dimissione vengono firmati digitalmente  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Per quanto riguarda le lettere di dimissione l'obiettivo è subordinato alla fornitura ed intallazione dello specifico applicativo		8	7
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
19-66	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Contribuire alla riduzione della percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG Medico a livello aziendale. Dato aziendale 2015 38% (nel I semestre 2015 31%)	TARGET: Adesione alle prescrizioni aziendali in materia (riduzione della percentuale e/o del numero assoluto di DH diagnostici rispetto al dato registrato nel 2015).
22-147	3.5 Assistenza farmaceutica	Mantenimento della distribuzione del primo ciclo Garantire il primo ciclo di cure conforme a quanto previsto dalla lettera di dimissione in particolare a tutti i pazienti trasferiti in RSA	TARGET: 1) Mantenere il rapporto % cicli/dimessi registrato nel 2015 2) Assenza di segnalazioni di mancata o non conforme consegna dei farmaci in primo ciclo ai pazienti trasferiti in RSA  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Sul punto 1 argine pari alla deviazione standard degli ultimi due anni
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015  MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione





Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
19-70	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Pneumologia**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - ass. amm.vo - C	1,0	0,7	1,0	1,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	28,2	25,6	28,0	29,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	1,0	1,0	1,0	1,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	2,0	2,0	2,0	1,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	6,5	6,0	7,0	6,0
Personale Riabilitazione - coll. prof. san. fisioterapista - D	5,0	5,0	5,0	5,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	1,0	1,0	1,0	1,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. neurofisiopat. - D	2,3	2,3	3,0	3,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. perfusione cardiovascolare - D	1,0	0,0	1,0	1,0
<b>Totale</b>	<b>48,0</b>	<b>43,5</b>	<b>49,0</b>	<b>48,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****SC Pneumologia**

	<b>Media Anno 2015 (Unità)</b>		<b>Situazione al 31/12/2015 (Unità)</b>	<b>Situazione al 31/07/2016 (Unità)</b>
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico	13,7	12,2	14,0	14,0
<b>Totale</b>	<b>14,7</b>	<b>13,2</b>	<b>15,0</b>	<b>15,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario, nonché l'assunzione di una ulteriore unità.

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.

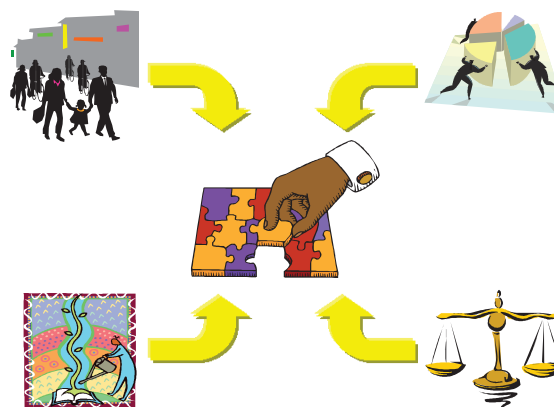


## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	547.799	192.758	355.042	6.209	28.804	142.975	1.269	0	<b>727.056</b>

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



## BUDGET 2016

**CdR: SC Gastroenterologia**

**Direttore: Dott. Fabio Monica**



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC Gastroenterologia**

**PRESTAZIONI AMBULATORIALI (FONTE G2 - SPORTELLO)**

Prestazione	ESTERNI					PS (*)					INTERNI (COMPRESI PRE-POST RICOVERO) (*)				
	Anno 2015	I Sem 2015	Sem 2016	Δ	Δ %	Anno 2015	I Sem 2015	Sem 2016	Δ	Δ %	Anno 2015	I Sem 2015	Sem 2016	Δ	Δ %
<b>TOTALE PRESTAZIONI</b>	<b>10.290</b>	<b>4.954</b>	<b>5.707</b>	<b>753</b>	<b>15,2</b>	<b>372</b>	<b>197</b>	<b>193</b>	<b>-4</b>	<b>-2,0</b>	<b>3.644</b>	<b>1.702</b>	<b>1.983</b>	<b>281</b>	<b>16,5</b>
APC (coagulatore ad argon) esofago, stomaco, duodeno, digiuno, retto e colon - R1022	0	0	0	0		0,0	0,0	0,0	0,0		28	12	14	2	16,7
Asportazione endoscopica lesione o tessuto esofageo con laser - 42.33.2	2	0	5	5		0,0	0,0	0,0	0,0		0	0	0	0	
Asportazione endoscopica tecnica termica lesione o tessuto stomaco - 45.43.2	3	2	2	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0	0	1	1	
Asportazione locale lesione o tessuto retto - 48.35	2	2	0	-2	-100,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0	0	0	0	
Asportazione, demolizione endoscopica con laser lesione o tessuto intestino crasso - 45.43.1	12	5	3	-2	-40,0	0,0	0,0	0,0	0,0		1	0	0	0	
Asportazione, demolizione endoscopica con laser lesione o tessuto stomaco - 43.41.2	1	0	0	0		0,0	0,0	0,0	0,0		1	1	1	0	0,0
Asportazione, demolizione endoscopica lesione duodeno - 45.30	3	2	1	-1	-50,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	1	0	0	0	
Asportazione, demolizione endoscopica lesione o tessuto esofageo - 42.33.1	4	4	1	-3	-75,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0	0	0	0	
Asportazione, demolizione endoscopica lesione o tessuto stomaco - 43.41.1	17	9	2	-7	-77,8	0,0	0,0	1,0	1,0		5	4	3	-1	-25,0
Biopsia endoscopica dello stomaco - 44.14	0	0	0	0		0,0	0,0	0,0	0,0		0	0	1	1	
Biopsia endoscopica intestino crasso - 45.25	309	148	143	-5	-3,4	2,0	0,0	0,0	0,0		124	69	47	-22	-31,9
Biopsia endoscopica intestino tenue - 45.14	1	0	0	0		0,0	0,0	0,0	0,0		3	2	0	-2	-100,0
Brushing e/o biopsia biliare o pancreatico - R1021	1	0	0	0		0,0	0,0	0,0	0,0		23	11	9	-2	-18,2
Colangiografia retrograda endoscopica E. - R1025	1	0	0	0		0,0	0,0	0,0	0,0		0	0	2	2	
Colangiopancreatografia- ERCP vie biliari e pancreas - R1018	2	0	9	9		0,0	0,0	0,0	0,0		254	116	106	-10	-8,6
Colonscopia con biopsia - 45.25	0	0	6	6		0,0	0,0	0,0	0,0		0	0	1	1	
Colonscopia endoscopio flessibile - 45.23	1.943	1.012	889	-123	-12,2	24,0	13,0	11,0	-2,0	-15,4	430	225	219	-6	-2,7
Colonscopia ileoscopia retrograda - 45.23.1	61	28	31	3	10,7	0,0	0,0	0,0	0,0		22	8	4	-4	-50,0
Colonscopia ileoscopia retrograda con biopsia - 45.26.1	165	80	93	13	16,3	1,0	1,0	0,0	-1,0	-100,0	46	16	25	9	56,3
Controllo epatologico - 89.01	190	107	105	-2	-1,9	0,0	0,0	0,0	0,0		0	0	0	0	
Controllo gastroenterologico - 89.01.9	491	240	279	39	16,3	0,0	0,0	0,0	0,0		11	6	10	4	66,7
Dilatazione bilio-pancreatica (meccanica - R1002	0	0	0	0		0,0	0,0	0,0	0,0		1	0	0	0	
Dilatazione bilio-pancreatica con pallon - R1003	0	0	0	0		0,0	0,0	0,0	0,0		26	8	12	4	50,0
Dilatazione endoscopica del piloro - 44.22.1	0	0	4	4		0,0	0,0	0,0	0,0		0	0	0	0	
Dilatazione endoscopica dell'Å esofago - 42.92.1	2	0	5	5		0,0	0,0	0,0	0,0		1	0	2	2	
Dilatazione esofago - 42.92	17	11	2	-9	-81,8	0,0	0,0	0,0	0,0		18	7	3	-4	-57,1
Dilatazione retto - 96.22	6	3	6	3	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0		6	3	0	-3	-100,0
Dilatazioni pneumatiche - R1001	0	0	0	0		0,0	0,0	0,0	0,0		5	3	3	0	0,0
Drenaggio cisti pancreatiche - R1020	0	0	0	0		0,0	0,0	0,0	0,0		1	0	0	0	
Drenaggio naso-biliare o naso pancreatic - R1017	0	0	0	0		0,0	0,0	0,0	0,0		8	4	3	-1	-25,0


**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC Gastroenterologia**
**PRESTAZIONI AMBULATORIALI (FONTE G2 - SPORTELLO)**

Prestazione	ESTERNI					PS (*)					INTERNI (COMPRESI PRE-POST RICOVERO) (*)				
	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Δ	Δ %	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Δ	Δ %	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Δ	Δ %
Emostasi con clips metalliche gastroduod - R1010	1	1	1	0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	37	15	17	2	13,3
Emostasi mediante coagulazione diatermic - R1009	0	0	0	0		0,0	0,0	0,0	0,0		3	0	3	3	
Emostasi o trattamento con collanti esofago, stomaco, duodeno, digiuno, retto e colon - R1011	0	0	1	1		0,0	0,0	0,0	0,0		11	6	4	-2	-33,3
Esofagogastroduodenoscopia con biopsia EGDB - 45.16	1.405	732	675	-57	-7,8	17,0	6,0	15,0	9,0	150,0	311	167	138	-29	-17,4
Esofagogastroduodenoscopia EGD - 45.13	590	298	328	30	10,1	176,0	103,0	74,0	-29,0	-28,2	625	315	378	63	20,0
Estrazione calcoli (per seduta) vie bili - R1016	1	0	5	5		0,0	0,0	0,0	0,0		132	55	61	6	10,9
Gastrostomia - R1012	1	1	0	-1	-100,0	1,0	1,0	0,0	-1,0	-100,0	24	15	2	-13	-86,7
Gastrostomia/duodenostomia percutanea endoscopica (peg) - 43.11	2	0	2	2		0,0	0,0	0,0	0,0		1	0	13	13	
Inserzione di bolla gastrica (palloncino) - 44.93.1	0	0	1	1		0,0	0,0	0,0	0,0		0	0	2	2	
Legatura varici esofagee e gastriche - 44.91	12	2	16	14	700,0	9,0	4,0	1,0	-3,0	-75,0	39	20	21	1	5,0
Litotripsia meccanica endoluminale - R1014	0	0	0	0		0,0	0,0	0,0	0,0		4	1	2	1	100,0
Manometria esofagea - 89.32	22	6	7	1	16,7	0,0	0,0	0,0	0,0		5	2	2	0	0,0
Manometria esofagea 24 ore - 89.32.1	0	0	5	5		0,0	0,0	0,0	0,0		2	0	0	0	
Mucosectomia e/o dissezione sottomucosa endoscopica dello stomaco/duodeno - 43.41.4	0	0	1	1		0,0	0,0	0,0	0,0		0	0	0	0	
Ph metria esofagea (24 ore) - 42.29.2	16	9	12	3	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0		1	0	3	3	
Polipectomia endoscopica intestino crasso - 45.42	1.245	614	615	1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0		123	60	63	3	5,0
Posizionamento protesi biliari espandibili - R1007	0	0	1	1		0,0	0,0	0,0	0,0		4	2	6	4	200,0
Posizionamento protesi biliari o pancrea - R1006	1	0	3	3		0,0	0,0	0,0	0,0		60	25	22	-3	-12,0
Posizionamento protesi espandibili - R1005	0	0	0	0		0,0	0,0	0,0	0,0		15	6	10	4	66,7
Proctosigmoidoscopia con biopsia - 48.24	1	1	3	2	200,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0	0	0	0	
Rettosigmoidoscopia endoscopio rigido - 48.23	1	0	0	0		0,0	0,0	0,0	0,0		0	0	1	1	
Rettosigmoidoscopia endoscopio flessibile - 45.24	122	45	84	39	86,7	8,0	4,0	3,0	-1,0	-25,0	51	21	19	-2	-9,5
Rimozione di bolla gastrica (palloncino) - 44.94.1	0	0	2	2		0,0	0,0	1,0	1,0		0	0	1	1	
Rimozione mezzi di sintesi interni - 97.89.1	3	0	0	0		1,0	1,0	1,0	0,0	0,0	18	13	6	-7	-53,8
Scleroterapia varici esofagee - 42.33.3	2	0	1	1		2,0	2,0	2,0	0,0	0,0	4	2	3	1	50,0
Scleroterapia varici gastroduodenali - R1008	0	0	0	0		0,0	0,0	0,0	0,0		2	0	0	0	
Sedazione cosciente - 99.29.A	2.347	988	1.646	658	66,6	88,0	37,0	71,0	34,0	91,9	863	351	588	237	67,5
Sfinterotomia della papilla vie biliari - R1019	2	0	9	9		0,0	0,0	0,0	0,0		171	74	68	-6	-8,1
Sostituzione tubo per gastrostomia - 97.02	5	1	1	0	0,0	15,0	8,0	3,0	-5,0	-62,5	4	3	3	0	0,0
Visita di screening del colon retto 2° livello - 89.7	0	0	1	1		0,0	0,0	0,0	0,0		0	0	0	0	
Visita epatologica - 89.7	42	22	27	5	22,7	0,0	0,0	0,0	0,0		0	0	0	0	
Visita gastroenterologica - 89.7A.9	1.236	581	674	93	16,0	26,0	15,0	8,0	-7,0	-46,7	119	54	81	27	50,0



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
8-26	3.3.2 Avvio della rete delle Cure Palliative (obiettivo in collaborazione con la referente aziendale della rete dott.ssa Rita Ceccherini)	Programma integrato di gestione dell'alimentazione enterale mediante PEG  Azioni Istituire un gruppo di lavoro ospedale territorio Analizzare i protocolli esistenti in ASUITS Identificare e condividere i percorsi integrati	TARGET: Evidenza di protocollo condiviso Garantire ai pazienti modalità comuni di accesso all'alimentazione enterale tramite PEG entro 2016	15	13	13
19-87	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	Prevenzione della malnutrizione nel malato oncologico e con patologia cronica Supporto nutrizionale artificiale enterale e parenterale Definire un protocollo condiviso con le strutture ospedaliere e con quelle territoriali per la nutrizione artificiale e la prevenzione della malnutrizione  Obiettivo in collaborazione tra Clinica Medica, Gastroenterologia, Oncologia, Distretti	TARGET: Elaborazione del PDTA per la nutrizione artificiale e per la prevenzione della malnutrizione entro il 31.12.2016	15	13	13
19-90	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure: Implementazione nell'Ospedale di Cattinara di un protocollo specifico per il trattamento delle varici esofagee  Azioni - Definire e condividere entro il primo semestre dell'anno, un protocollo intra-ospedaliero sulla "legatura varici esofagee in pazienti con ipertensione portale" - Applicare nel secondo semestre del 2016 il protocollo di trattamento  Obiettivo assegnato a SC Clinica Patologie del Fegato (UCO), SC Medicina d'urgenza e SC Gastroenterologia	TARGET: Condivisione protocollo tra le strutture coinvolte nel programma entro il 30 giugno 2016 e adozione sperimentale del protocollo  Valutazione intermedia ed individuazione delle criticità entro 31.10.2016	15	13	13
19-108	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	Colonscopia senza dolore  Azioni Garantire la colonscopia di qualità Sicurezza della sedazione cosciente	TARGET: Colonscopie di screening in sedazione cosciente > 70% (rapporto colonscopie in sedazione /colonscopie totali)  Riduzione del numero delle complicanze associate a sedazione del paziente rispetto al 2015  (Tempi: Il semestre 2016)	19	13	13





Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
20-117	3.4.7. Tempi d'attesa	Al fine del rispetto dei tempi di attesa si richiede l'effettuazione nel II semestre 2016 di un numero di prestazioni pari a quello indicato nella sezione "indicatori".	TARGET: Colonscopia (45.23, 45.23.1, 45.26.1) 400 Brevi 350 Differite Esofagogastroduodenoscopia (45.13, 45.16, 45.19.1) 250 Brevi 175 Differite Rettosigmoidoscopia (45.24, 48.23) 30 Brevi 25 Differite Visita gastroenterologica (89.7) 150 Brevi 200 Differite  MODALITA' DI VALUTAZIONE: In sede di valutazione, in caso di scostamento dal numero di prestazioni prestabilito, si terrà conto del rispetto dei tempi di attesa nella specifica categoria di prestazioni.	12	12	12
21-124	3.4.8. Rischio clinico	Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede: 1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet) 2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%) 3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica	TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento 2) Risultato della survey >= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)  MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2	12	12	12
21-129	3.4.8. Rischio clinico	Miglioramento della qualità di compilazione della cartella clinica.  Azioni Integrazione della cartella con il campo relativo all'avvenuto intervento educativo nella scheda di sedazione Monitorare ogni settimana la qualità della compilazione della documentazione clinica su cartelle aperte (anche con controllo a campione)  Obiettivo assegnato a Gastroenterologia e Pneumologia	TARGET: Presenza del campo per la documentazione dell'avvenuto intervento educativo nella scheda di sedazione nel 100% delle cartelle campionate	12	12	12



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	TARGET: Almeno l'80% dei referti su G2 viene firmato digitalmente		12	12
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015 MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Gastroenterologia**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	1,0	0,8	1,0	1,0
Amministrativi - ass. amm.vo - C	1,0	1,0	1,0	1,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	15,9	15,6	15,0	15,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	1,0	1,0	1,0	1,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	1,0	1,0	1,0	1,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	3,0	3,0	3,0	3,0
<b>Totale</b>	<b>22,9</b>	<b>22,4</b>	<b>22,0</b>	<b>22,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****SC Gastroenterologia**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico - direttore di SC	0,8	0,8	1,0	1,0
dirigente medico	8,0	7,9	8,0	7,0
<b>Totale</b>	<b>8,8</b>	<b>8,7</b>	<b>9,0</b>	<b>8,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.



## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

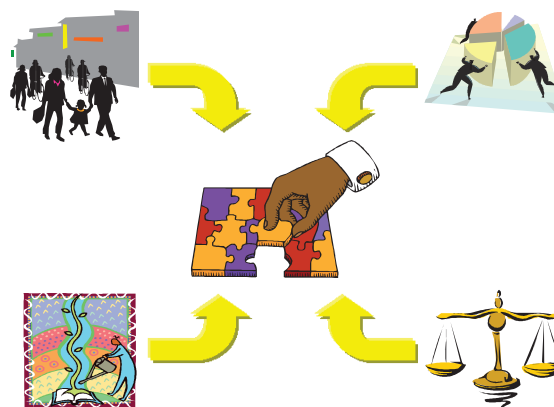
Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	152.275	137.688	14.587	46	496	369.162	36.876	0	558.854

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".

Servizio Sanitario Regionale

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA  
INTEGRATA DI TRIESTE



**BUDGET 2016**

**CdR: SC Geriatria**

**Direttore: Prof. Gabriele Toigo**





## Budget 2016 - Parte 1 - Attività SC Geriatria

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

### DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

#### Ricovero ordinario

Entrati	716	346	377	31	9,0
di cui accettati	607	296	343	47	15,9
di cui trasferiti	109	50	34	-16	-32,0
Usciti	720	358	376	18	5,0
Dimessi	674	333	355	22	6,6
di cui deceduti	38	25	19	-6	-24,0
Trasferiti	46	25	21	-4	-16,0
Casi trattati	720	359	390	31	8,6
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	7.223	3.736	3.802	66	1,8
Entrati usciti lo stesso giorno	12	8	4	-4	-50,0
Posti letto medi	20,2	19,0	25,0	6,0	31,6
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	98,1	108,9	83,6	-25,3	-23,2
% DRG Chirurgici	4,3	3,9	4,5	0,6	15,4
% DRG Medici	95,7	96,1	95,5	-0,6	-0,6
Peso DRG (dei dimessi)	704,1	362,7	353,5	-9,1	-2,5

#### Performance in ricovero ordinario

<i>Indice comparativo di performance</i>	0,93	0,87	0,80	-0,07	-8,0
<i>Degenza media del caso netta</i>	10,1	10,6	9,8	-0,8	-7,3
% dimessi outlier	2,7	2,4	2,3	-0,1	-4,2
Giornate di degenza outlier	211	98	129	31	31,6
% Giornate di degenza outlier	2,6	2,4	3,3	0,9	37,5
Giornate di degenza post dimissibilità	39	20	===	===	===
% Giornate di degenza post dimissibilità	0,2	0,1	0,0	-0,1	-100,0
% di ricoveri ripetuti in reparto entro 30 giorni (ric. ord.)	3,3	1,8	3,4	1,6	88,9

#### Ricoveri in DH

Accolti	0	0	0	0	===
Dimessi	0	0	0	0	===
Accessi	0	0	0	0	===
Posti letto medi	0,8	1,0	0,0	-1,0	-100,0

#### Caratteristiche della casistica trattata in ricovero

<i>Indice case mix (ric. ord.)</i>	1,07	1,12	1,01	-0,1	-9,8
<i>Peso medio DRG (ric. ord.)</i>	1,040	1,090	1,000	-0,090	-8,3
<i>Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)</i>	2,710	3,640	1,970	-1,670	-45,9
<i>Peso medio DRG Medici (ric. ord.)</i>	0,970	0,990	0,950	-0,040	-4,0
% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)	1,0	1,2	0,6	-0,6	-50,0
% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)	7,6	7,2	8,7	1,5	20,8
% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)	91,4	91,6	90,7	-0,9	-1,0
% di attrazione extra Prov. Ts	2,2	1,5	2,0	0,5	31,3
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts	0,9	0,3	1,4	1,1	369,0
% di attrazione Extra Regionale	1,3	1,2	0,6	-0,6	-53,1



## Budget 2016 - Parte 1 - Attività SC Geriatria

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

### Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)

Numero di prestazioni	1.813	1.045	1.080	35	3,3
di cui visite	258	123	157	34	27,6
di cui controlli	64	28	33	5	17,9
% di prime visite sul totale di visite e controlli	80,1	81,5	82,6	1,1	1,3
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)	3,0	3,1	4,6	1,5	48,4
% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)	1,5	1,9	1,9	0,0	0,0
% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	3,1	2,4	8,3	5,9	245,8

### DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI

#### Compilazione cartella clinica

% compilazione della cartella clinica (escl. valutazione consenso trattamento dati e medici in formazione specialistica)	96,2	96,3	94,6	-1,7	-1,7
% di compilazione codice di dimissibilità	0,3	0,3	0,0	-0,3	-100,0

#### Buon uso del sangue e degli emocomponenti

% mancate comunic. avvenuta trasf./utilizzo sul tot. unità cons.	8,60	2,08	3,30	1,21	58,2
% richieste inappropriate	0,00	0,00	2,13	2,13	===
% richieste incomplete	50,00	53,70	42,55	-11,15	-20,8

#### Distribuzione diretta

Distribuzione primo ciclo: rapporto % cicli/dimessi	93	95	90	-6	-5,8
---	----	----	----	----	------

#### Elogi/Segnalazioni/Reclami

Elogi	5	2	3	1	50,0
Segnalazioni/reclami	0	0	0	0	===



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
16-52	3.4.2. Emergenza urgenza	Implementazione del PDTA delle fratture del femore: integrazione dell'attività di ortogeriatra.  Azioni Implementare la parte di ortogeriatra del PDTA delle fratture di femore mediante stesura di un documento condiviso che descriva il processo di accoglimento e gestione del paziente fratturato da parte del reparto di ortopedia con la collaborazione del geriatra comprendente gli aspetti medici ed infermieristici	TARGET: Integrazione del PDTA delle fratture del femore con istruzione operative di orto geriatra e adozione di una modalità di valutazione del paziente orto geriatrico comune (cartella clinica ortopedica)  Aggiornamento del documento condiviso nel 2014 e sua pubblicazione su sito web aziendale	60	20	20
21-123	3.4.8. Rischio clinico	Mantenere gli standard di compilazione della cartella clinica definiti in fase di ri-accreditamento JCI	TARGET: >=90%	20	20	20
21-124	3.4.8. Rischio clinico	Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede: 1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet) 2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%) 3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica	TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento  2) Risultato della survey >= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)  MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2	20	20	20
21-191	3.4.8. Rischio clinico	Integrazione Lettera di dimissione con compilazione scheda fattori di rischio  Azioni Estensione dalla fase sperimentale a regime	TARGET: % adesione nel secondo semestre 2016 (target 100%)  La valutazione raggiungimento obiettivi sarà effettuata sulla base del report trasmesso dall'Amministrazione regionale		20	20
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	TARGET: Almeno l'80% dei referti su G2 e delle lettere di dimissione vengono firmati digitalmente  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Per quanto riguarda le lettere di dimissione l'obiettivo è subordinato alla fornitura ed installazione dello specifico applicativo		20	20
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
22-147	3.5 Assistenza farmaceutica	Mantenimento della distribuzione del primo ciclo Garantire il primo ciclo di cure conforme a quanto previsto dalla lettera di dimissione in particolare a tutti i pazienti trasferiti in RSA	TARGET: 1) Mantenere il rapporto % cicli/dimessi registrato nel 2015 2) Assenza di segnalazioni di mancata o non conforme consegna dei farmaci in primo ciclo ai pazienti trasferiti in RSA  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Sul punto 1 argine pari alla deviazione standard degli ultimi due anni
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015  MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
16-54	3.4.2. Emergenza urgenza	Incremento dell'attività OBG attraverso identificazione e correzione degli elementi interferenti esistenti e Riorganizzazione del punto di primo soccorso dell'Ospedale Maggiore  Indicazione comune per Pronto Soccorso, Geriatria 118 e Distretti	Incremento dell'attività OBG attraverso identificazione e correzione degli elementi interferenti esistenti e Riorganizzazione del punto di primo soccorso dell'Ospedale Maggiore  Indicazione comune per Pronto Soccorso, Geriatria 118 e Distretti
19-70	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Geriatria**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	17,6	17,5	18,0	18,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	13,5	13,2	14,0	14,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. neurofisiopat. - D	0,5	0,5	0,0	1,0
<b>Totale</b>	<b>31,6</b>	<b>31,2</b>	<b>32,0</b>	<b>33,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****SC Geriatria**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico universitario - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico universitario	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico	6,4	6,4	7,0	7,0
<b>Totale</b>	<b>8,4</b>	<b>8,4</b>	<b>9,0</b>	<b>9,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.



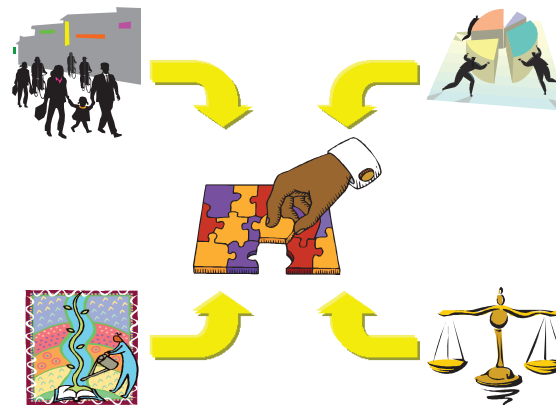


## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	43.067	0	43.067	3.907	1.756	40.425	0	0	89.156

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



## BUDGET 2016

CdR: DAI Oncologico



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
24-150	Governo delle risorse assegnate	Governo delle risorse correnti utilizzate dalle Strutture afferenti al Dipartimento	TARGET: Monitoraggio attivo del budget assegnato alle strutture del Dipartimento
31-174	Sviluppo delle politiche del personale	Definizione del Piano ferie nei tempi previsti e invio di un report mensile alla Direzione Infermieristica sulla situazione delle ferie fruito dal personale del Comparto	TARGET: Piano ferie prodotto nei tempi concordati
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-176	Sviluppo delle politiche del personale	Monitoraggio delle eccedenze orarie del personale del comparto al fine del contenimento delle liquidazioni entro il Budget assegnato.	TARGET: Produzione di una reportistica mensile sulle eccedenze orarie del personale del comparto con evidenza di: 1) credito orario liquidato 2) credito orario residuo
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione

**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto****DAI Oncologico**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	3,0	2,1	3,0	3,0
Amministrativi - ass. amm.vo - C	2,0	1,9	2,0	2,0
Amministrativi - coll. amm.vo prof.le - D	1,0	1,0	1,0	0,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	32,8	31,5	34,0	35,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	3,0	3,0	3,0	3,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	10,9	10,6	10,0	11,0
Ota-Oss - op. tec. add. assistenza (ota) - B	1,0	1,0	1,0	0,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	10,8	9,3	11,0	12,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	1,7	1,6	2,0	2,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. radiologia medica - D	13,0	11,9	13,0	14,0
<b>Totale</b>	<b>79,2</b>	<b>73,9</b>	<b>80,0</b>	<b>82,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****DAI Oncologico**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico - direttore di SC	2,2	2,2	2,0	2,0
dirigente medico universitario	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico	19,9	19,0	21,0	20,0
<b>Totale</b>	<b>23,0</b>	<b>22,2</b>	<b>24,0</b>	<b>23,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.

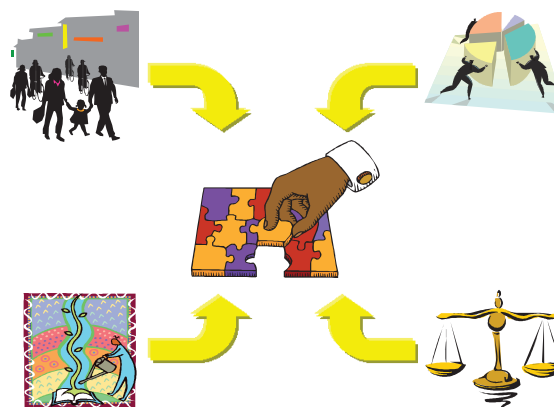


## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	6.137.535	5.426.423	711.111	2.994	14.424	296.269	0	0	6.451.221

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



## BUDGET 2016

**CdR: SC Ematologia clinica**

**Direttore: Dott. Gianluca Festini**



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC Ematologia clinica**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Ricovero ordinario**

Entrati	437	202	223	21	10,4
di cui accettati	364	171	190	19	11,1
di cui trasferiti	73	31	33	2	6,5
Usciti	442	201	222	21	10,4
Dimessi	411	187	207	20	10,7
di cui deceduti	35	12	21	9	75,0
Trasferiti	31	14	15	1	7,1
Casi trattati	433	211	230	19	9,0
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	5.679	2.906	2.730	-176	-6,1
Entrati usciti lo stesso giorno	6	2	2	0	0,0
Posti letto medi	21,0	23,0	19,0	-4,0	-17,4
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	74,2	69,9	79,0	9,1	13,0
% DRG Chirurgici	5,6	4,8	1,4	-3,4	-70,8
% DRG Medici	94,4	95,2	98,6	3,4	3,6
Peso DRG (dei dimessi)	946,9	417,8	352,5	-65,3	-15,6

**Performance in ricovero ordinario**

<i>Indice comparativo di performance</i>	0,46	0,32	0,23	-0,09	-28,1
<i>Degenza media del caso netta</i>	13,2	13,9	11,9	-2,0	-14,1
<i>% dimessi outlier</i>	3,4	4,8	3,4	-1,4	-29,2
<i>Giornate di degenza outlier</i>	187	118	97	-21	-17,8
<i>% Giornate di degenza outlier</i>	3,0	3,9	3,4	-0,5	-12,8
<i>Giornate di degenza post dimissibilità</i>	174	82	45	-37	-45,1
<i>% Giornate di degenza post dimissibilità</i>	0,9	0,6	1,0	0,4	66,7
<i>% di ricoveri ripetuti in reparto entro 30 giorni (ric. ord.)</i>	33,1	26,2	31,4	5,2	19,8

**Ricoveri in DH**

Accolti	37	35	19	-16	-45,7
Dimessi	36	11	6	-5	-45,5
Accessi	565	271	236	-35	-12,9
Posti letto medi	6,0	6,0	6,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	30,00	29,00	25,20	-3,80	-13,1
<i>Accessi medi per caso</i>	10,2	7,7	10,6	2,9	37,3
% DRG Chirurgici	0,00	0,00	0,00	0,00	===
% DRG medici	100,00	100,00	100,00	0,00	0,0
<i>% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici</i>	60,61	63,64	20,00	-43,64	-68,6
<i>Casi con DRG medico di tipo diagnostico</i>	20	7	1	-6	-85,7
Peso DRG (dei dimessi)	34,2	9,4	5,6	-3,8	-40,2
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	0,920	0,860	0,940	0,080	9,3

**Caratteristiche della casistica trattata in ricovero**

<i>Indice case mix (ric. ord.)</i>	1,22	1,24	1,17	-0,1	-5,6
<i>Peso medio DRG (ric. ord.)</i>	2,300	2,230	1,700	-0,530	-23,8
<i>Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)</i>	9,740	9,600	6,640	-2,960	-30,8





## Budget 2016 - Parte 1 - Attività SC Ematologia clinica

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
Peso medio DRG Medici (ric. ord.)	1,860	1,860	1,630	-0,230	-12,4
% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)	32,8	28,9	35,3	6,4	22,1
% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)	32,4	34,8	25,1	-9,7	-27,9
% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)	34,8	36,4	39,6	3,2	8,8
% di attrazione extra Prov. Ts	22,8	22,7	19,2	-3,5	-15,3
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts	15,0	15,2	13,1	-2,0	-13,2
% di attrazione Extra Regionale	7,8	7,6	6,1	-1,5	-19,4

### Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)

Numero di prestazioni	14.138	6.825	7.976	1.151	16,9
di cui visite	1.000	514	610	96	18,7
di cui controlli	4.853	2.378	2.725	347	14,6
% di prime visite sul totale di visite e controlli	17,1	17,8	18,3	0,5	2,8
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)	7,6	6,1	9,2	3,1	50,8
% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)	1,4	0,9	1,1	0,2	22,2
% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	11,5	12,6	11,5	-1,1	-8,7

## DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI

### Compilazione cartella clinica

% compilazione della cartella clinica (escl. valutazione consenso trattamento dati e medici in formazione specialistica)	75,9	74,6	83,9	9,3	12,4
% di compilazione codice di dimissibilità	1,2	1,1	0,5	-0,6	-54,5

### Buon uso del sangue e degli emocomponenti

% mancate comunic. avvenuta trasf./utilizzo sul tot. unità cons.	1,77	1,31	1,03	-0,28	-21,1
% richieste inappropriate	0,18	0,11	0,00	-0,11	-100,0
% richieste incomplete	38,19	40,86	58,61	17,75	43,4

### Distribuzione diretta

Distribuzione diretta farmaci PHT (€)	17.819	8.739	7.491	-1.248	-14,3
Distribuzione primo ciclo: rapporto % cicli/dimessi	81	86	71	-15	-17,3

### Elogi/Segnalazioni/Reclami

Elogi	1	0	3	3	===
Segnalazioni/reclami	2	1	0	-1	-100,0



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-85	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Rete per il trattamento delle patologie emorragiche e trombotiche, emostasi.</p> <p>Azioni</p> <p>Predisporre un progetto di fattibilità della rete provinciale per la cura delle MALATTIE EMORRAGICHE E TROMBOTICHE anche al fine di incrementare l'attrazione.</p> <p>Obiettivo in collaborazione con il Dipartimento di Medicina Trasfusionale, Ematologia, Clinica medica, III Medica, Medicina d'Urgenza, Pneumologia, Utic e Cardiologia e le strutture territoriali</p>	TARGET: Lo studio di fattibilità è disponibile presso la Direzione sanitaria aziendale entro il 31/12/2016		15	12
19-94	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Attivazione di un ambulatorio per consulenze ematologiche presso l'ospedale di Cattinara destinato ai pazienti ricoverati</p> <p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Attivare presso il Presidio di Cattinara un ambulatorio di consulenza specialistica ematologica per i pazienti ricoverati</li> <li>- Attivare presso il Presidio di Cattinara un ambulatorio per le biopsie osteomidollari per pazienti ricoverati</li> </ul>	TARGET: Il 100% delle richieste di consulenza vengono erogate e correttamente parametrizzate su G2 clinico di visite e di biopsie osteomidollari	20	15	14
21-123	3.4.8. Rischio clinico	Mantenere gli standard di compilazione della cartella clinica definiti in fase di ri-accreditamento JCI	TARGET: >=90%	12	12	12
21-124	3.4.8. Rischio clinico	<p>Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet)</li> <li>2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)</li> <li>3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica</li> </ol>	<p>TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento</p> <p>2) Risultato della survey &gt;= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)</p> <p>MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2</p>	12	12	12



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
21-130	3.4.8. Rischio clinico	<p>Coinvolgimento attivo dei malati presi in carico nel percorso diagnostico terapeutico mediante la condivisione e diffusione delle informazioni trasmesse con opuscoli/format dedicati all'educazione sanitaria su problemi specifici inerenti il ricovero ed alle patologie in corso: Presenza in ogni S.C. di materiale dedicato all'informazione e all'educazione sanitaria</p> <p>Azioni</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ricognizione sul materiale informativo esistente</li> <li>2. Revisione e aggiornamento del materiale esistente</li> <li>3. Compilazione e diffusione degli opuscoli/format mancanti o carenti</li> </ol>	<p>TARGET: Miglioramento dei risultati per quanto riguarda la completezza di compilazione della cartella clinica relativa alla scheda "Educazione sanitaria" (&gt;90%)</p> <p>Presenza per ogni S.C. di un elenco comprendente l'offerta di opuscoli/format dedicati all'educazione sanitaria</p>	28		12
21-191	3.4.8. Rischio clinico	<p>Integrazione Lettera di dimissione con compilazione scheda fattori di rischio</p> <p>Azioni</p> <p>Estensione dalla fase sperimentale a regime</p>	<p>TARGET: % adesione nel secondo semestre 2016 (target 100%)</p> <p>La valutazione raggiungimento obiettivi sarà effettuata sulla base del report trasmesso dall'Amministrazione regionale</p>		14	12
22-93	3.5 Assistenza farmaceutica	Attivazione della centrale unica di allestimento farmaci oncoematologici	<p>TARGET: Trasferimento e validazione dei protocolli di chemioterapia alla nuova piattaforma Dossier</p> <p>Avvio del nuovo sistema di prescrizione, allestimento e somministrazione.</p>	28	18	14
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	<p>TARGET: Almeno l'80% dei referti su G2 e delle lettere di dimissione vengono firmati digitalmente</p> <p>MODALITA' DI VALUTAZIONE: Per quanto riguarda le lettere di dimissione l'obiettivo è subordinato alla fornitura ed installazione dello specifico applicativo</p>		14	12
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
19-66	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Contribuire alla riduzione della percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG Medico a livello aziendale. Dato aziendale 2015 38% (nel I semestre 2015 31%)	TARGET: Adesione alle prescrizioni aziendali in materia (riduzione della percentuale e/o del numero assoluto di DH diagnostici rispetto al dato registrato nel 2015).
22-147	3.5 Assistenza farmaceutica	Mantenimento della distribuzione del primo ciclo Garantire il primo ciclo di cure conforme a quanto previsto dalla lettera di dimissione in particolare a tutti i pazienti trasferiti in RSA	TARGET: 1) Mantenere il rapporto % cicli/dimessi registrato nel 2015 2) Assenza di segnalazioni di mancata o non conforme consegna dei farmaci in primo ciclo ai pazienti trasferiti in RSA  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Sul punto 1 argine pari alla deviazione standard degli ultimi due anni
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015  MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
19-67	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre la percentuale di ricoveri ordinari medici oltre soglia sul totale dei ricoveri ordinari medici di pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni. Dato aziendale 2014: 9%	Ridurre la percentuale di ricoveri ordinari medici oltre soglia sul totale dei ricoveri ordinari medici di pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni. Dato aziendale 2014: 9%
19-70	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Ematologia clinica**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	1,0	0,8	1,0	1,0
Amministrativi - ass. amm.vo - C	1,0	1,0	1,0	1,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	16,1	15,0	17,0	17,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	1,0	1,0	1,0	1,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	3,9	3,7	3,0	4,0
Ota-Oss - op. tec. add. assistenza (ota) - B	1,0	1,0	1,0	0,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	7,8	6,6	8,0	9,0
<b>Totale</b>	<b>31,8</b>	<b>29,1</b>	<b>32,0</b>	<b>33,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****SC Ematologia clinica**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico - direttore di SC FF	0,2	0,2	1,0	1,0
dirigente medico universitario	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico	8,7	8,1	8,0	8,0
<b>Totale</b>	<b>9,8</b>	<b>9,2</b>	<b>10,0</b>	<b>10,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.





## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

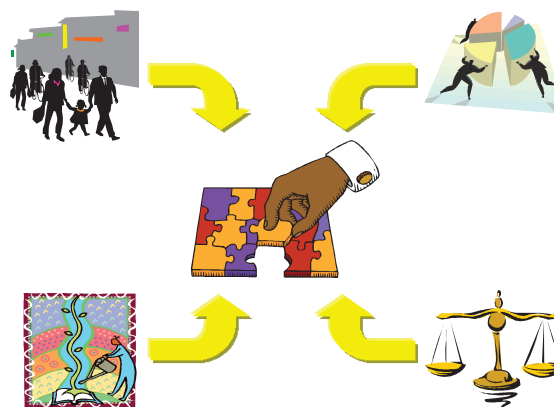
Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	3.351.591	2.821.249	530.342	1.860	11.969	84.794	0	0	3.450.214

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".

Servizio Sanitario Regionale

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA  
INTEGRATA DI TRIESTE



**BUDGET 2016**

**CdR: SC Oncologia**

**Direttore: Dott.ssa Alessandra Guglielmi**



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC Oncologia**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Ricovero ordinario**

Entrati	284	147	145	-2	-1,4
di cui accettati	205	107	106	-1	-0,9
di cui trasferiti	79	40	39	-1	-2,5
Usciti	285	143	144	1	0,7
Dimessi	261	131	139	8	6,1
di cui deceduti	42	21	19	-2	-9,5
Trasferiti	24	12	5	-7	-58,3
Casi trattati	274	145	146	1	0,7
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	2.970	1.409	1.450	41	2,9
Entrati usciti lo stesso giorno	1	1	0	-1	-100,0
Posti letto medi	9,2	9,0	10,0	1,0	11,1
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	88,5	86,6	79,7	-6,9	-8,0
% DRG Chirurgici	1,9	1,5	5,8	4,3	286,7
% DRG Medici	98,1	98,5	94,2	-4,3	-4,4
Peso DRG (dei dimessi)	313,5	152,7	163,7	11,0	7,2

**Performance in ricovero ordinario**

<i>Indice comparativo di performance</i>	1,26	1,38	1,08	-0,30	-21,7
<i>Degenza media del caso netta</i>	10,9	9,8	10,0	0,2	2,2
<i>% dimessi outlier</i>	7,3	6,9	4,3	-2,6	-37,7
<i>Giornate di degenza outlier</i>	259	131	50	-81	-61,8
<i>% Giornate di degenza outlier</i>	7,3	7,8	2,7	-5,1	-65,4
<i>Giornate di degenza post dimissibilità</i>	335	72	8	-64	-88,9
<i>% Giornate di degenza post dimissibilità</i>	3,5	1,6	0,1	-1,5	-93,8
<i>% di ricoveri ripetuti in reparto entro 30 giorni (ric. ord.)</i>	18,0	14,5	21,6	7,1	49,0

**Ricoveri in DH**

Accolti	0	0	0	0	===
Dimessi	0	0	0	0	===
Accessi	0	0	0	0	===
Posti letto medi	0,8	1,0	0,0	-1,0	-100,0

**Caratteristiche della casistica trattata in ricovero**

<i>Indice case mix (ric. ord.)</i>	1,36	1,29	1,49	0,2	15,5
<i>Peso medio DRG (ric. ord.)</i>	1,200	1,170	1,180	0,010	0,9
<i>Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)</i>	3,710	2,640	2,290	-0,350	-13,3
<i>Peso medio DRG Medici (ric. ord.)</i>	1,150	1,140	1,110	-0,030	-2,6
<i>% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)</i>	56,3	60,3	48,2	-12,1	-20,1
<i>% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)</i>	26,1	26,7	25,9	-0,8	-3,0
<i>% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)</i>	17,6	13,0	25,9	12,9	99,2
<i>% di attrazione extra Prov. Ts</i>	10,0	10,7	3,6	-7,1	-66,3
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts</i>	2,7	0,8	2,9	2,1	277,0
<i>% di attrazione Extra Regionale</i>	7,3	9,9	0,7	-9,2	-92,8



## Budget 2016 - Parte 1 - Attività SC Oncologia

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

### Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)

Numero di prestazioni	14.177	7.202	7.155	-47	-0,7
di cui visite	700	329	367	38	11,6
di cui controlli	6.208	3.090	3.175	85	2,8
% di prime visite sul totale di visite e controlli	10,1	9,6	10,4	0,8	8,3
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)	2,8	3,3	1,6	-1,7	-51,5
% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)	0,7	0,6	0,6	0,0	0,0
% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	7,6	8,2	5,2	-3,0	-36,6

### DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI

#### Compilazione cartella clinica

% compilazione della cartella clinica (escl. valutazione consenso trattamento dati e medici in formazione specialistica)	83,4	82,5	84,3	1,8	2,2
% di compilazione codice di dimissibilità	5,7	3,8	0,7	-3,1	-81,6

#### Buon uso del sangue e degli emocomponenti

% mancate comunic. avvenuta trasf./utilizzo sul tot. unità cons.	5,16	2,75	2,76	0,01	0,4
% richieste inappropriate	0,00	0,00	0,00	0,00	===
% richieste incomplete	10,57	6,25	21,43	15,18	242,9

#### Distribuzione diretta

Distribuzione diretta farmaci PHT (€)	16.611	10.391	4.835	-5.556	-53,5
Distribuzione primo ciclo: rapporto % cicli/dimessi	599	616	525	-91	-14,8

#### Elogi/Segnalazioni/Reclami

Elogi	31	18	12	-6	-33,3
Segnalazioni/reclami	3	2	0	-2	-100,0



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
5-16	3.2.2 Screening Oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia - K della MAMMELLA	Implementazione percorso alto rischio attraverso selezione pazienti in corso di esame radiologico e/o visita senologica e/o oncologica mediante utilizzo apposita tabella di fattori di rischio che definiscano l'eleggibilità a counselling genetico, eventuale test e/o screening personalizzato  Obiettivo assegnato alle strutture afferenti alla Breast Unit	TARGET: Definire un protocollo condiviso (anche con IRCCS Burlo) e avviarne l'implementazione  Adottare un protocollo provinciale coerente con i principi di accreditamento EUSOMA per la definizione del profilo di rischio eredo-familiare del cancro della mammella (protocollo coerente con i principi di accreditamento EUSOMA inviata alla DCS per l'adozione formale)	7	6	6
5-17	3.2.2 Screening Oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia - K della MAMMELLA	Portare a termine accreditamento EUSOMA della BREAST UNIT	TARGET: Accreditamento ottenuto entro l'anno.	7	6	6
5-18	3.2.2 Screening Oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia - K della MAMMELLA	Aggiornamento PTDA ca mammella elaborato nel novembre 2014  Sono coinvolte nell'obiettivo tutte le strutture afferenti alla Breast Unit	TARGET: Aggiornare il contenuto ed i processi descritti nel documento di PTDA già condiviso nel 2014 - secondo le ultime evidenze scientifiche - definendo le tempistiche delle varie fasi del percorso	7	6	6
5-21	3.2.2 Screening Oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia - K della MAMMELLA	Progettare ed attivare un evento formativo per la condivisione dei casi di neoplasia mammaria trattati in ambulatorio e degenza (implementare la nurse case-management): la condivisione multi professionale dei percorsi e delle scelte terapeutiche ha lo scopo di offrire agli infermieri gli strumenti per una migliore comprensione delle finalità dei trattamenti	TARGET: Evidenza del materiale prodotto e dell'avvio dell'iniziativa formativa	5	6	6
8-27	3.3.2 Avvio della rete delle Cure Palliative (obiettivo in collaborazione con la referente aziendale della rete dott.ssa Rita Ceccherini)	Partecipazione alla rete cure palliative Riduzione della durata e del numero dei ricoveri o accessi in PS per sintomatologia respiratoria  Azioni Miglioramento del processo di cura al paziente con patologia neoplastica in fine vita (gestione del paziente affetto da versamento pleurico neoplastico non passibile di trattamento chirurgico) Costruire percorsi diagnostici e terapeutici/palliativi per i soggetti affetti da versamento pleurico neoplastico che necessitano di inquadramento diagnostico mediante pleuroscopia e trattamento palliativo mediante talcaggio pleurico	TARGET: Formalizzazione Percorso condiviso con la rete delle cure palliative e articolazioni territoriali	5	6	5



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-73	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Miglioramento della gestione del paziente sottoposto ad intervento per cancro colo-rettale e condivisione di un comune protocollo di cura.</p> <p>Azioni Produrre uno schema di follow-up per le neoplasie del colon retto operate radicalmente, condiviso con la SC Oncologia Garantire l'introduzione del protocollo doi follow-up con indicazioni, tempistiche delle visite, degli esami strumentali o ematochimici da richiedere in funzione del rischio di ricaduta dello stadio iniziale</p> <p>Obiettivo condiviso tra SC Chir Gen e SC Oncologia</p>	TARGET: Evidenza di un documento di follow up condiviso ed applicazione pratica nel 100% dei casi	5	6	6
19-79	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Costruzione del Percorso preventivo-diagnostico-terapeutico e assistenziale per il paziente affetto da Melanoma.</p> <p>Azioni Costruire il percorso di cura intraospedaliero condiviso nel trattamento del melanoma cutaneo. Obiettivo assegnato a SC Chirurgia Plastica SC Chirurgia Generale SC Clinica Dermatologica SC Oncologia SC Anatomia patologica. Capofila SC Chirurgia Plastica</p>	TARGET: Pubblicazione del percorso di cura INTRAOSPEDALIERO sul sito Internet ASUITs entro il 31.12.2016	5	6	6



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-86	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Prevenzione della malnutrizione nel malato oncologico e con patologia cronica</p> <p>Supporto nutrizionale artificiale enterale e parenterale</p> <p>Migliorare la gestione del paziente a rischio di malnutrizione</p> <p>Azioni</p> <p>Attivazione intraospedaliera del supporto nutrizionale artificiale enterale e parenterale in continuità con le strutture Distrettuali</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incrementare l'attività dell'Ambulatorio ed il numero di consulenze di Nutrizione Clinica per la prevenzione della malnutrizione in continuità con le strutture Distrettuali</li> <li>- Definire un protocollo condiviso con le strutture ospedaliere e con quelle territoriali per la nutrizione artificiale e la prevenzione della malnutrizione</li> </ul> <p>Obiettivo comune a Clinica Medica, Oncologia, ORL, Neurologia, Distretti</p>	<p>TARGET: 1) Numero di pazienti con screening nutrizionale maggiore del 2015(Codice ICD-9 cm V77.2 "Screening per l'individuazione di malnutrizione")</p> <p>2) Riduzione dei ricoveri per malnutrizione rispetto al 2015 (Codici ICD-9 cm 261, 262, 263.xx)</p>	7	6	6
19-87	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Prevenzione della malnutrizione nel malato oncologico e con patologia cronica</p> <p>Supporto nutrizionale artificiale enterale e parenterale</p> <p>Definire un protocollo condiviso con le strutture ospedaliere e con quelle territoriali per la nutrizione artificiale e la prevenzione della malnutrizione</p> <p>Obiettivo in collaborazione tra Clinica Medica, Gastroenterologia, Oncologia, Distretti</p>	<p>TARGET: Elaborazione del PDTA per la nutrizione artificiale e per la prevenzione della malnutrizione entro il 31.12.2016</p>	7	6	6
19-95	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Riorganizzazione dell'offerta per visite oncologiche post-intervento</p> <p>Azioni</p> <p>Istituzione di agende per prime visite oncologiche prenotabili dalle strutture alla dimissione del paziente per le diverse patologie d'organo.</p>	<p>TARGET: Entro 30/9 disponibilità delle agende (post intervento) per le diverse patologie d'organo.</p>	7	6	6



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-96	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Maggiore confidenza e riduzione dei livelli di ansia del paziente rispetto ai cateteri venosi centrali  Azioni In/Formare i pazienti ed i loro caregiver alla corretta gestione domiciliare dei cateteri venosi centrali dei pazienti in chemioterapia	TARGET: Evidenza di una brochure illustrativa prodotta ad hoc  Misurazione dei livelli di stress prima e dopo l'intervento educativo  Riduzione delle complicanze rispetto al 2015, assicurando disponibilità per eventuali necessità urgenti durante la giornata  Tempi: dal 1/9/2016 inizio raccolta dati e successiva implementazione se riscontri positivi	7	6	5
21-123	3.4.8. Rischio clinico	Mantenere gli standard di compilazione della cartella clinica definiti in fase di ri-accreditamento JCI	TARGET: >=90%	8	8	8
21-124	3.4.8. Rischio clinico	Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede: 1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet) 2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%) 3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica	TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento  2) Risultato della survey >= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)  MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2	8	8	8





Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
21-130	3.4.8. Rischio clinico	<p>Coinvolgimento attivo dei malati presi in carico nel percorso diagnostico terapeutico mediante la condivisione e diffusione delle informazioni trasmesse con opuscoli/format dedicati all'educazione sanitaria su problemi specifici inerenti il ricovero ed alle patologie in corso: Presenza in ogni S.C. di materiale dedicato all'informazione e all'educazione sanitaria</p> <p>Azioni</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ricognizione sul materiale informativo esistente</li> <li>2. Revisione e aggiornamento del materiale esistente</li> <li>3. Compilazione e diffusione degli opuscoli/format mancanti o carenti</li> </ol>	<p>TARGET: Miglioramento dei risultati per quanto riguarda la completezza di compilazione della cartella clinica relativa alla scheda "Educazione sanitaria" (&gt;90%)</p> <p>Presenza per ogni S.C. di un elenco comprendente l'offerta di opuscoli/format dedicati all'educazione sanitaria</p>	7		6
21-191	3.4.8. Rischio clinico	<p>Integrazione Lettera di dimissione con compilazione scheda fattori di rischio</p> <p>Azioni</p> <p>Estensione dalla fase sperimentale a regime</p>	<p>TARGET: % adesione nel secondo semestre 2016 (target 100%)</p> <p>La valutazione raggiungimento obiettivi sarà effettuata sulla base del report trasmesso dall'Amministrazione regionale</p>		6	4
22-93	3.5 Assistenza farmaceutica	Attivazione della centrale unica di allestimento farmaci oncoematologici	<p>TARGET: Trasferimento e validazione dei protocolli di chemioterapia alla nuova piattaforma Dossier</p> <p>Avvio del nuovo sistema di prescrizione, allestimento e somministrazione.</p>	8	6	6
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	<p>TARGET: Almeno l'80% dei referti su G2 e delle lettere di dimissione vengono firmati digitalmente</p> <p>MODALITA' DI VALUTAZIONE: Per quanto riguarda le lettere di dimissione l'obiettivo è subordinato alla fornitura ed installazione dello specifico applicativo</p>		6	4
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
22-147	3.5 Assistenza farmaceutica	Mantenimento della distribuzione del primo ciclo Garantire il primo ciclo di cure conforme a quanto previsto dalla lettera di dimissione in particolare a tutti i pazienti trasferiti in RSA	TARGET: 1) Mantenere il rapporto % cicli/dimessi registrato nel 2015 2) Assenza di segnalazioni di mancata o non conforme consegna dei farmaci in primo ciclo ai pazienti trasferiti in RSA  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Sul punto 1 argine pari alla deviazione standard degli ultimi due anni
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015  MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruite / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruite / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
19-67	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre la percentuale di ricoveri ordinari medici oltre soglia sul totale dei ricoveri ordinari medici di pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni. Dato aziendale 2014: 9%	Ridurre la percentuale di ricoveri ordinari medici oltre soglia sul totale dei ricoveri ordinari medici di pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni. Dato aziendale 2014: 9%
19-70	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]	Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con stessa MDC (in una struttura regionale) [dato Aziendale 8%]



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Oncologia**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	1,0	1,0	1,0	1,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	15,7	15,5	16,0	17,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	2,0	2,0	2,0	2,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	5,0	4,9	5,0	5,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	3,0	2,7	3,0	3,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	1,0	1,0	1,0	1,0
<b>Totale</b>	<b>27,7</b>	<b>27,2</b>	<b>28,0</b>	<b>29,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza. Inoltre previsto incremento dotazione con 1 unità infermieristica.

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****SC Oncologia**

	<b>Media Anno 2015 (Unità)</b>		<b>Situazione al 31/12/2015 (Unità)</b>	<b>Situazione al 31/07/2016 (Unità)</b>
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico	6,2	6,0	7,0	6,0
<b>Totale</b>	<b>7,2</b>	<b>7,0</b>	<b>8,0</b>	<b>7,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario. Si conferma 1 unità a TD in più rispetto al 31/7/16 (fino a dicembre a espletamento procedure di acquisizione)

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.

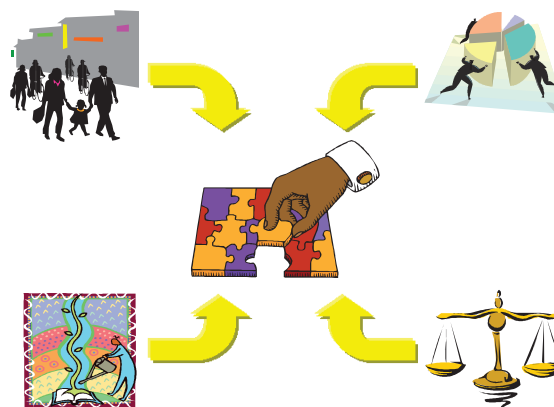


## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	2.757.537	2.605.175	152.363	1.133	2.315	203.682	0	0	2.964.668

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



## BUDGET 2016

**CdR: SC Radioterapia**

**Direttore: Dott. Aulo Beorchia**





Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
5-16	3.2.2 Screening Oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia - K della MAMMELLA	Implementazione percorso alto rischio attraverso selezione pazienti in corso di esame radiologico e/o visita senologica e/o oncologica mediante utilizzo apposita tabella di fattori di rischio che definiscano l'eleggibilità a counselling genetico, eventuale test e/o screening personalizzato  Obiettivo assegnato alle strutture afferenti alla Breast Unit	TARGET: Definire un protocollo condiviso (anche con IRCCS Burlo) e avviarne l'implementazione  Adottare un protocollo provinciale coerente con i principi di accreditamento EUSOMA per la definizione del profilo di rischio eredo-familiare del cancro della mammella (protocollo coerente con i principi di accreditamento EUSOMA inviata alla DCS per l'adozione formale)	18	14	14
5-17	3.2.2 Screening Oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia - K della MAMMELLA	Portare a termine accreditamento EUSOMA della BREAST UNIT	TARGET: Accreditamento ottenuto entro l'anno.	18	13	13
5-18	3.2.2 Screening Oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia - K della MAMMELLA	Aggiornamento PTDA ca mammella elaborato nel novembre 2014  Sono coinvolte nell'obiettivo tutte le strutture afferenti alla Breast Unit	TARGET: Aggiornare il contenuto ed i processi descritti nel documento di PTDA già condiviso nel 2014 - secondo le ultime evidenze scientifiche - definendo le tempistiche delle varie fasi del percorso	18	14	14
11-39	3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti	Studio di fattibilità per l'implementazione dei trattamenti di Total Body Irradiation (TBI), tecnica preliminare principalmente per i trapianti di midollo  Azioni 1) Valutare con la Direzione Sanitaria la ricaduta per l'azienda in termini di costi/benefici 2) Effettuare visite presso i centri di riferimento 3) Valutare con la Direzione Sanitaria dell'Ospedale Burlo Garofolo il possibile reclutamento di pazienti  Obiettivo comune per radioterapia e Fisica Sanitaria	TARGET: Evidenza dello studio entro il 30.11.2016  Eventuale stesura della procedura operativa per l'introduzione della tecnica TBI	18	13	13



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
13-42	3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti - CUORE	<p>Studio di fattibilità per l'introduzione nel 2017 di un protocollo specifico per i portatori di devices cardiologici impiantabili (CIED) che devono sottoporsi a Radioterapia</p> <p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promuovere la costituzione di un gruppo di lavoro nazionale AIFM (fisici medici), AMNCO, AIAC (cardiologi) e AIRO (radioterapisti oncologici)</li> <li>- Definire un protocollo da adottare a Trieste</li> </ul> <p>Obiettivo comune per Radioterapia, Cardiologia e Fisica Sanitaria</p>	TARGET: Stesura di un protocollo operativo entro il 31.10.2016 (da adottare eventualmente nel 2017)		13	13
19-105	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Radioterapia Stereotassica Body: Studio di fattibilità per l'implementazione dei trattamenti di radioterapia stereotassica e Definizione del protocollo operativo specifico per l'implementazione dei trattamenti di radioterapia stereotassica</p> <p>Azioni</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Valutare con la Direzione Sanitaria la ricaduta per l'azienda in termini di costi/benefici</li> <li>2) Effettuare visite presso i centri di riferimento</li> </ol>	<p>TARGET: Evidenza dello studio entro il 30.11.2016</p> <p>Eventuale stesura della procedura operativa per l'introduzione della tecnica di radioterapia stereotassica</p>	18	13	13
21-124	3.4.8. Rischio clinico	<p>Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet)</li> <li>2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)</li> <li>3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica</li> </ol>	<p>TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento</p> <p>2) Risultato della survey &gt;= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)</p> <p>MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2</p>	10	10	10
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	TARGET: Almeno l'80% dei referti su G2 viene firmato digitalmente		10	10
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Radioterapia**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	1,0	0,3	1,0	1,0
Amministrativi - ass. amm.vo - C	1,0	0,9	1,0	1,0
Amministrativi - coll. amm.vo prof.le - D	1,0	1,0	1,0	0,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	1,0	1,0	1,0	1,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	2,0	1,9	2,0	2,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	0,7	0,6	1,0	1,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. radiologia medica - D	13,0	11,9	13,0	14,0
<b>Totale</b>	<b>19,7</b>	<b>17,6</b>	<b>20,0</b>	<b>20,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza. Previste inoltre sostituzione di 1 ausiliario e di 1 amministrativo.

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****SC Radioterapia**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico	5,0	5,0	5,0	5,0
<b>Totale</b>	<b>6,0</b>	<b>6,0</b>	<b>6,0</b>	<b>6,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.

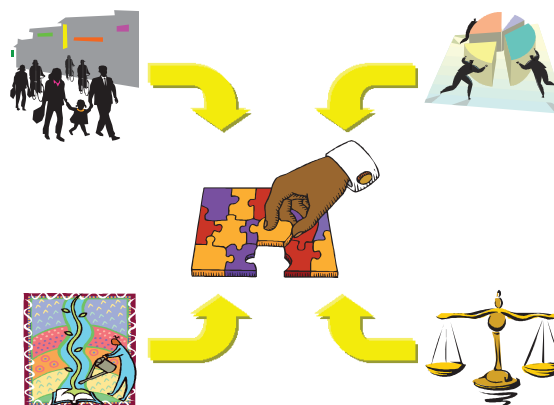


## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	28.406	0	28.406	0	140	7.793	0	0	36.339

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



## BUDGET 2016

**CdR: DAI di Medicina perioperatoria terapia intensiva ed emergenza**

**Direttore: Prof. Umberto Lucangelo**





## Budget 2016 - Parte 1 - Attività

### DAI di Medicina perioperatoria terapia intensiva ed emergenza

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

#### DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

##### Ricovero ordinario

Entrati	1.255	620	610	-10	-1,6
di cui accettati	278	136	145	9	6,6
di cui trasferiti	977	484	465	-19	-3,9
Usciti	1.258	625	607	-18	-2,9
Dimessi	203	91	97	6	6,6
di cui deceduti	161	71	74	3	4,2
Trasferiti	1.055	534	510	-24	-4,5
Casi trattati	971	495	492	-3	-0,6
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	4.396	2.386	2.185	-201	-8,4
Entrati usciti lo stesso giorno	285	143	138	-5	-3,5
Posti letto medi	16,0	16,0	16,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	80,2	87,3	79,8	-7,5	-8,6
% DRG Chirurgici	26,1	18,7	25,8	7,1	38,0
% DRG Medici	73,9	81,3	74,2	-7,1	-8,7
Peso DRG (dei dimessi)	464,8	197,2	286,8	89,7	45,5

##### Performance in ricovero ordinario

<i>Degenza media del caso netta</i>	5,7	6,2	5,5	-0,7	-11,4
% dimessi outlier	1,0	1,1	2,1	1,0	90,9
Giornate di degenza outlier	45	17	31	14	82,4
% Giornate di degenza outlier	2,7	1,9	3,0	1,1	57,9

##### Ricoveri in DH

Accolti	0	0	0	0	===
Dimessi	0	0	0	0	===
Accessi	0	0	0	0	===
Posti letto medi	0,0	0,0	0,0	0,0	===

##### Caratteristiche della casistica trattata in ricovero

<i>Peso medio DRG (ric. ord.)</i>	2,290	2,170	2,960	0,790	36,4
<i>Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)</i>	4,380	5,200	6,360	1,160	22,3
<i>Peso medio DRG Medici (ric. ord.)</i>	1,550	1,470	1,780	0,310	21,1
% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)	30,5	39,6	34,0	-5,6	-14,1
% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)	22,2	18,7	13,4	-5,3	-28,3
% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)	47,3	41,8	52,6	10,8	25,8
% di attrazione extra Prov. Ts	22,7	22,0	24,7	2,8	12,6
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts	14,3	16,5	18,6	2,1	12,6
% di attrazione Extra Regionale	8,4	5,5	6,2	0,7	12,6

##### Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)

Numero di prestazioni	14.870	8.324	6.322	-2.002	-24,1
di cui visite	972	536	587	51	9,5
di cui controlli	403	213	304	91	42,7
% di prime visite sul totale di visite e controlli	70,7	71,6	65,9	-5,7	-8,0



## Budget 2016 - Parte 1 - Attività

### DAI di Medicina perioperatoria terapia intensiva ed emergenza

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)	10,7	10,5	7,8	-2,7	-25,7
% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)	0,8	0,9	0,3	-0,6	-66,7
% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	9,8	8,0	8,7	0,7	8,7

### DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI

#### Compilazione cartella clinica

% compilazione della cartella clinica (escl. valutazione consenso trattamento dati e medici in formazione specialistica)	91,2	90,0	91,3	1,3	1,4
% di compilazione codice di dimissibilità	0,0	0,0	0,0	0,0	===

#### Buon uso del sangue e degli emocomponenti

% mancate comunic. avvenuta trasf./utilizzo sul tot. unità cons.	10,88	12,38	11,75	-0,63	-5,1
% richieste inappropriate	9,84	8,88	9,18	0,30	3,4
% richieste incomplete	19,83	20,92	22,30	1,38	6,6

#### Elogi/Segnalazioni/Reclami

Elogi	10	3	3	0	0,0
Segnalazioni/reclami	2	2	0	-2	-100,0



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
24-150	Governo delle risorse assegnate	Governo delle risorse correnti utilizzate dalle Strutture afferenti al Dipartimento	TARGET: Monitoraggio attivo del budget assegnato alle strutture del Dipartimento.
31-174	Sviluppo delle politiche del personale	Definizione del Piano ferie nei tempi previsti e invio di un report mensile alla Direzione Infermieristica sulla situazione delle ferie fruito dal personale del Comparto	TARGET: Piano ferie prodotto nei tempi concordati
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-176	Sviluppo delle politiche del personale	Monitoraggio delle eccedenze orarie del personale del comparto al fine del contenimento delle liquidazioni entro il Budget assegnato.	TARGET: Produzione di una reportistica mensile sulle eccedenze orarie del personale del comparto con evidenza di: 1) credito orario liquidato 2) credito orario residuo
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



Codice	Linea aziendale	Obiettivo specifico	Target aziendale/Annotazioni
27-168	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	Sviluppo della funzione hub neurochirurgica. Azioni Definire percorsi di diagnosi, ricovero e cura dedicati ad ammalati non residenti	Sviluppo della funzione hub neurochirurgica. Azioni Definire percorsi di diagnosi, ricovero e cura dedicati ad ammalati non residenti



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**DAI di Medicina perioperatoria terapia intensiva ed emergenza**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	163,9	155,7	166,0	163,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	5,0	3,4	5,0	4,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	9,9	9,8	8,0	7,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	24,3	21,3	25,0	30,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	10,0	8,8	9,0	8,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. neurofisiopat. - D	1,0	1,0	1,0	1,0
<b>Totale</b>	<b>214,1</b>	<b>200,0</b>	<b>214,0</b>	<b>213,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****DAI di Medicina perioperatoria terapia intensiva ed emergenza**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico universitario - direttore di SC	2,0	2,0	2,0	2,0
dirigente medico	54,9	50,6	55,0	55,0
<b>Totale</b>	<b>56,9</b>	<b>52,6</b>	<b>57,0</b>	<b>57,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.

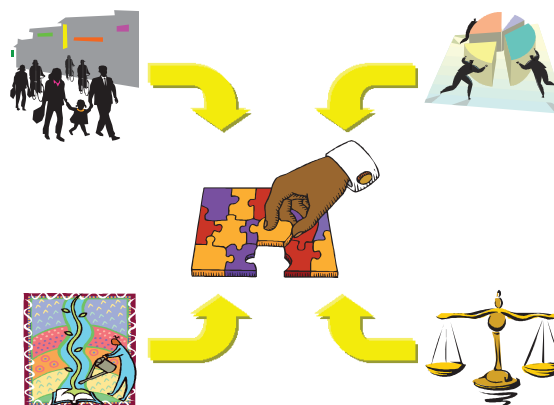


## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	902.037	2.869	899.168	19.852	78.262	2.409.732	0	72.657	<b>3.482.541</b>

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



## BUDGET 2016

**CdR: SC Anestesia rianimazione e terapia antalgica (UCO)**

**Direttore: Prof. Giorgio Berlot**





**Budget 2016 - Parte 1 - Attività**  
**SC Anestesia rianimazione e terapia antalgica (UCO)**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Ricovero ordinario**

Entrati	1.146	567	531	-36	-6,3
di cui accettati	266	131	138	7	5,3
di cui trasferiti	880	436	393	-43	-9,9
Usciti	1.148	570	530	-40	-7,0
Dimessi	176	79	82	3	3,8
di cui deceduti	139	61	63	2	3,3
Trasferiti	972	491	448	-43	-8,8
Casi trattati	875	447	424	-23	-5,1
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	3.678	1.949	1.794	-155	-8,0
Entrati usciti lo stesso giorno	233	115	89	-26	-22,6
Posti letto medi	13,0	13,0	13,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	82,4	87,7	79,6	-8,1	-9,2
% DRG Chirurgici	27,8	17,7	28,0	10,3	58,2
% DRG Medici	72,2	82,3	72,0	-10,3	-12,5
Peso DRG (dei dimessi)	390,7	149,4	247,5	98,1	65,6

**Performance in ricovero ordinario**

<i>Indice comparativo di performance</i>	0,57	0,52	0,55	0,03	5,8
<i>Degenza media del caso netta</i>	5,1	5,4	4,8	-0,6	-10,8
<i>% dimessi outlier</i>	1,1	1,3	2,4	1,1	84,6
Giornate di degenza outlier	45	17	31	14	82,4
<i>% Giornate di degenza outlier</i>	3,6	2,8	3,8	1,0	35,7

**Ricoveri in DH**

Accolti	0	0	0	0	===
Dimessi	0	0	0	0	===
Accessi	0	0	0	0	===
Posti letto medi	0,0	0,0	0,0	0,0	===

**Caratteristiche della casistica trattata in ricovero**

<i>Indice case mix (ric. ord.)</i>	1,10	1,02	1,22	0,2	19,6
<i>Peso medio DRG (ric. ord.)</i>	2,220	1,890	3,020	1,130	59,8
<i>Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)</i>	4,190	4,490	6,520	2,030	45,2
<i>Peso medio DRG Medici (ric. ord.)</i>	1,460	1,330	1,650	0,320	24,1
<i>% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)</i>	32,4	41,8	35,4	-6,4	-15,3
<i>% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)</i>	21,0	16,5	13,4	-3,1	-18,8
<i>% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)</i>	46,6	41,8	51,2	9,4	22,5
<i>% di attrazione extra Prov. Ts</i>	25,0	25,3	24,4	-0,9	-3,7
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts</i>	15,3	19,0	20,7	1,7	9,2
<i>% di attrazione Extra Regionale</i>	9,7	6,3	3,7	-2,7	-42,2

**Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)**

Numero di prestazioni	14.636	8.194	6.179	-2.015	-24,6
di cui visite	740	408	444	36	8,8



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività**  
**SC Anestesia rianimazione e terapia antalgica (UCO)**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
di cui controlli	401	211	304	93	44,1
% di prime visite sul totale di visite e controlli	64,9	65,9	59,4	-6,5	-9,9
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)	10,8	10,6	7,9	-2,7	-25,5
% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)	0,8	0,9	0,2	-0,7	-77,8
% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	11,4	9,3	9,2	-0,1	-1,1

**DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI**

**Compilazione cartella clinica**

% compilazione della cartella clinica (escl. valutazione consenso trattamento dati e medici in formazione specialistica)	90,4	89,4	92,7	3,3	3,7
% di compilazione codice di dimissibilità	0,0	0,0	0,0	0,0	===

**Buon uso del sangue e degli emocomponenti**

% mancate comunic. avvenuta trasf./utilizzo sul tot. unità cons.	11,21	13,08	12,58	-0,49	-3,8
% richieste inappropriate	10,00	8,81	9,89	1,08	12,2
% richieste incomplete	19,39	20,97	23,67	2,70	12,9

**Elogi/Segnalazioni/Reclami**

Elogi	6	2	3	1	50,0
Segnalazioni/reclami	2	2	0	-2	-100,0



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
7-24	3.3.2 Avvio della rete della terapia del dolore	<p>Formalizzazione della rete di terapia del dolore in Provincia di Trieste - Partecipare all'avvio della rete regionale della terapia del dolore (DGR 165 dd. 05.02.2016, Allegato 1, Capp. 7-9 e Cap. 11.2: La rete locale della terapia del dolore)</p> <p>Azioni Definire il percorso clinico assistenziale per la soppressione e il controllo del dolore (art. 2, comma 1, lett. b) L. 38/2010) della Provincia di Trieste (Capp.7-9 dell'Allegato 1 della DGR 165/2016) Individuare il set minimo di indicatori per garantire l'accesso alla rete (MMG/AFT, Hub &amp; Spoke) dei pazienti con dolore cronico e acuto</p>	<p>TARGET: Disponibilità del documento di costituzione della rete di Terapia del dolore della Provincia di Trieste entro il 30.10.2016</p> <p>Individuazione del set minimo di indicatori di funzionamento della rete (Set minimo di Indicatori individuati nella DGR 165/2016:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Numero di pazienti in carico alla rete di TD;</li> <li>2. Tempo di attesa per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali di terapia del dolore;</li> <li>3. Numero di protocolli o PDTA TD redatti e implementati nelle reti locali;</li> <li>4. Numero di interventi di terapia del dolore, eseguiti in regime di ricovero ospedaliero;</li> <li>5. Consumo farmaci analgesici: consumo di farmaci oppioidi, consumo di analgesici non oppioidi;</li> <li>6. Presenza di valutazione e rivalutazione del dolore nella documentazione sanitaria)</li> </ol>	9	9	9
7-25	3.3.2 Avvio della rete della terapia del dolore	<p>Mantenimento delle attività specifiche del programma "Ospedale senza dolore" - Rete regionale della terapia del dolore (DGR 165 dd. 05.02.2016, Allegato 1) e Mantenimento dell'attività e dei programmi di contrasto al dolore postoperatorio e cronico per i pazienti ricoverati</p> <p>Azioni Avviare l'attività interventistica per il trattamento del dolore del DAI MPTIE e definizione del percorso clinico assistenziale Mantenimento della formazione residenziale e sul campo rivolta al personale medico e infermieristico delle SSCC aziendali interessate Aggiornamento dei protocolli aziendali per il trattamento del dolore</p>	<p>TARGET: Disponibilità e archiviazione del percorso clinico assistenziale con riorganizzazione delle risorse umane e degli spazi dedicati allo scopo.</p> <p>Posizionamento di catetere peridurale e infiltrazioni peridurali nei pazienti low back pain in almeno 20 casi clinici.</p> <p>Realizzazione di almeno 1 evento formativo dedicato al trattamento del dolore acuto e cronico</p> <p>Aggiornamento dei protocolli di trattamento del dolore del paziente ricoverato</p>	9	7	7



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
8-27	3.3.2 Avvio della rete delle Cure Palliative (obiettivo in collaborazione con la referente aziendale della rete dott.ssa Rita Ceccherini)	<p>Partecipazione alla rete cure palliative Riduzione della durata e del numero dei ricoveri o accessi in PS per sintomatologia respiratoria</p> <p>Azioni Miglioramento del processo di cura al paziente con patologia neoplastica in fine vita (gestione del paziente affetto da versamento pleurico neoplastico non passibile di trattamento chirurgico) Costruire percorsi diagnostici e terapeutici/palliativi per i soggetti affetti da versamento pleurico neoplastico che necessitano di inquadramento diagnostico mediante pleuroscopia e trattamento palliativo mediante talcaggio pleurico</p>	TARGET: Formalizzazione Percorso condiviso con la rete delle cure palliative e articolazioni territoriali	9	7	7
11-38	3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti	<p>Sicurezza in sala operatoria nel processo di donazione in linea con il progetto di miglioramento promosso dal CRT FVG, con l'obiettivo di uniformare i protocolli organizzativi e le check list dei materiali e dei presidi sanitari delle sedi regionali di prelievo di organi e tessuti.</p> <p>Azioni Adeguamento delle procedure aziendali di donazione e prelievo di organi al progetto di miglioramento regionale del CRT regionale: Integrare la documentazione del protocollo aziendale per il donatore di organi con definizione di una nuova matrice di responsabilità che coinvolga il personale delle strutture interessate Aggiornare il personale Adeguare le dotazioni tecniche e strumentali, riorganizzazione delle procedure operative in recepimento delle nuove check list regionali condivise</p> <p>Obiettivo assegnato a SC ARTA e Complesso operatorio</p>	<p>TARGET: Disponibilità del nuovo protocollo aziendale integrato secondo piano di miglioramento CRT del FVG</p> <p>Organizzazione e svolgimento di almeno due eventi formativi dedicati, di cui uno esteso a livello regionale</p>	9	7	7



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
12-40	3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti - TRAUMI	Mantenimento del timing relativo ai processi clinico - assistenziali nel trauma Azioni Proseguire il monitoraggio del timing relativo ai processi clinico -assistenziali nel trauma	TARGET: Produzione di una reportistica per casistica clinica e proposta di eventuale piano di miglioramento entro dicembre 2016	9	7	7
13-41	3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti - CUORE	Mantenimento delle attività di monitoraggio degli arresti cardiaci occorsi in Ospedale Azioni Proseguire il monitoraggio sull'arresto cardiaco intraospedaliero	TARGET: Produzione di una reportistica per casistica clinica e proposta di eventuale piano di miglioramento entro il 31.12.2016	9	7	7
16-53	3.4.2. Emergenza urgenza	Implementazione del PDTA delle fratture del femore: Disponibilità di un protocollo condiviso aziendale per il trattamento del paziente con frattura di femore in terapia antiaggregante e anticoagulante Azioni Integrare il PDTA delle fratture di femore mediante stesura di un documento condiviso fra ortopedici, cardiologi ed anestesisti per la gestione della terapia antiaggregante e anticoagulante dei pazienti con frattura di femore Obiettivo comune a Clinica ort, ARTA, Cardiologia	TARGET: Evidenza del protocollo. Produzione di Istruzioni operative sulla gestione della terapia antiaggregante e anticoagulante perioperatoria per integrare il PDTA		7	7
19-76	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	Implementazione percorso cure palliative: supporto ed accompagnamento dei familiari dei pazienti terminali Azioni Formazione del personale medico e infermieristico della SC congiuntamente agli operatori territoriali interessati Costruzione di percorsi di supporto/collaborazione con psicologi e infermieri afferenti all'area territoriale (incontri cadenzati con i familiari dei degenti prossimi alla morte) Individuazione di adeguate soluzioni logistiche	TARGET: 1) Progettazione/avvio, entro il 2016, di corsi di aggiornamento rivolto a tutto il personale 2) Definizione di una proposta di procedura scritta entro il 2016	9	7	7



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-81	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	Avvio del "Patient Blood Management" presso l'Ospedale di Cattinara.  Condividere un progetto sul Patient Blood Management con le Strutture di Anestesia e Rianimazione e di Clinica ortopedica dell'Ospedale di Cattinara per i pazienti candidati a interventi ortopedici in elezione	TARGET: 1) Evidenza del progetto  2) Nr. richieste di trasfusioni provenienti dal reparto ortopedico dell'Ospedale di Cattinara nel 2016 <2015	9	7	7
21-123	3.4.8. Rischio clinico	Mantenere gli standard di compilazione della cartella clinica definiti in fase di ri-accreditamento JCI	TARGET: >=90%	9	7	7
21-124	3.4.8. Rischio clinico	Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede: 1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet) 2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%) 3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica	TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento  2) Risultato della survey >= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)  MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2	9	7	7
21-138	3.4.8. Rischio clinico	Mantenimento del monitoraggio delle infezioni da CVC e delle polmoniti nosocomiali.  Azioni Proseguire nelle attività di auto sorveglianza delle infezioni correlate al CVC e delle infezioni di polmonite nosocomiale nei pazienti ventilati Predisporre il rapporto annuale da inviare alla CIO e alle strutture coinvolte	TARGET: Disponibilità e diffusione del report di valutazione	10	7	7
21-191	3.4.8. Rischio clinico	Integrazione Lettera di dimissione con compilazione scheda fattori di rischio  Azioni Estensione dalla fase sperimentale a regime	TARGET: % adesione nel secondo semestre 2016 (target 100%)  La valutazione raggiungimento obiettivi sarà effettuata sulla base del report trasmesso dall'Amministrazione regionale		7	7



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	TARGET: Almeno l'80% dei referti su G2 e delle lettere di dimissione vengono firmati digitalmente  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Per quanto riguarda le lettere di dimissione l'obiettivo è subordinato alla fornitura ed installazione dello specifico applicativo		7	7
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015 MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano





Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Anestesia rianimazione e terapia antalgica (UCO)**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	60,3	58,0	60,0	60,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	1,9	1,9	1,0	1,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	0,9	0,9	0,0	0,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	7,8	7,8	8,0	8,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	1,0	1,0	1,0	1,0
<b>Totale</b>	<b>71,9</b>	<b>69,6</b>	<b>70,0</b>	<b>70,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****SC Anestesia rianimazione e terapia antalgica (UCO)**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico universitario - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico	43,9	39,9	44,0	44,0
<b>Totale</b>	<b>44,9</b>	<b>40,9</b>	<b>45,0</b>	<b>45,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.

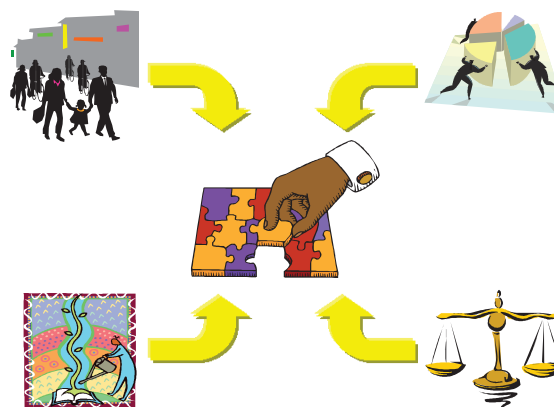


## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	606.208	2.869	603.339	14.935	59.674	1.051.685	0	72.657	1.805.159

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



## BUDGET 2016

**CdR: SC Anestesia e rianimazione HM**

**Direttore: Prof. Umberto Lucangelo**



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC Anestesia e rianimazione HM**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Ricovero ordinario**

Entrati	146	73	94	21	28,8
di cui accettati	12	5	7	2	40,0
di cui trasferiti	134	68	87	19	27,9
Usciti	147	75	92	17	22,7
Dimessi	27	12	15	3	25,0
di cui deceduti	22	10	11	1	10,0
Trasferiti	120	63	77	14	22,2
Casi trattati	135	70	85	15	21,4
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	718	437	391	-46	-10,5
Entrati usciti lo stesso giorno	58	30	53	23	76,7
Posti letto medi	3,0	3,0	3,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>70,9</i>	<i>86,0</i>	<i>81,3</i>	<i>-4,7</i>	<i>-5,5</i>
% DRG Chirurgici	14,8	25,0	13,3	-11,7	-46,8
% DRG Medici	85,2	75,0	86,7	11,7	15,6
Peso DRG (dei dimessi)	74,2	47,8	39,4	-8,4	-17,6

**Performance in ricovero ordinario**

Indice comparativo di performance	0,63	0,47	0,29	-0,18	-38,3
Degenza media del caso netta	9,3	10,6	11,1	0,5	5,0

**Ricoveri in DH**

Accolti	0	0	0	0	===
Dimessi	0	0	0	0	===
Accessi	0	0	0	0	===
Posti letto medi	0,0	0,0	0,0	0,0	===

**Caratteristiche della casistica trattata in ricovero**

Indice case mix (ric. ord.)	1,41	1,86	1,71	-0,2	-8,1
Peso medio DRG (ric. ord.)	2,750	3,980	2,620	-1,360	-34,2
Peso medio DRG Chirurgici (ric. ord.)	6,660	8,540	4,510	-4,030	-47,2
Peso medio DRG Medici (ric. ord.)	2,070	2,460	2,330	-0,130	-5,3
% dimessi 0-64 anni (ric. ord.)	18,5	25,0	26,7	1,7	6,8
% dimessi 65-74 anni (ric. ord.)	29,6	33,3	13,3	-20,0	-60,1
% dimessi ultra 75enni (ric. ord.)	51,9	41,7	60,0	18,3	43,9
% di attrazione extra Prov. Ts	7,4	0,0	26,7	26,7	===
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts	===	===	6,7	===	===
% di attrazione Extra Regionale	===	===	20,0	===	===

**Attività ambulatoriale per esterni (fonte G2 sportello)**

Numero di prestazioni	234	130	143	13	10,0
di cui visite	232	128	143	15	11,7
di cui controlli	2	2	0	-2	-100,0
% di prime visite sul totale di visite e controlli	99,1	98,5	100,0	1,5	1,5
% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)	4,3	3,1	6,3	3,2	103,2



## Budget 2016 - Parte 1 - Attività SC Anestesia e rianimazione HM

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)	0,4	0,8	0,7	-0,1	-12,5
% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	4,7	3,9	7,0	3,1	79,5

### DATI ED INDICATORI DI ADESIONE ALLE POLITICHE AZIENDALI

#### Compilazione cartella clinica

% compilazione della cartella clinica (escl. valutazione consenso trattamento dati e medici in formazione specialistica)	94,7	94,1	90,5	-3,7	-3,9
% di compilazione codice di dimissibilità	0,0	0,0	0,0	0,0	===

#### Buon uso del sangue e degli emocomponenti

% mancate comunic. avvenuta trasf./utilizzo sul tot. unità cons.	5,08	0,00	2,50	2,50	===
% richieste inappropriate	7,89	11,76	0,00	-11,76	-100,0
% richieste incomplete	28,95	23,53	4,55	-18,98	-80,7

#### Elogi/Segnalazioni/Reclami

Elogi	3	===	===	===	===
Segnalazioni/reclami	0	===	===	===	===



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-92	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Mantenimento delle procedure di sedoanalgesia e monitoraggio fuori reparto dei pazienti sottoposti a termoablazione di noduli tiroidei, dei soggetti claustrofobici sottoposto a esame diagnostico di risonanza magnetica e mantenimento dell'assistenza programmata per i test delle allergie farmacologiche	TARGET: Garanzia della sedoanalgesia anche al di fuori del reparto nel 100% dei casi con redazione di un report di attività da parte della struttura	20	17	17
20-122	3.4.7. Tempi d'attesa	Incremento degli interventi di cataratta, riduzione delle liste d'attesa e Semplificazione dell'accesso ospedaliero per i pazienti  Azioni Incrementare il numero di interventi di cataratta	TARGET: Numero di interventi chirurgici di cataratta maggiore che nel 2015	20	17	17
21-123	3.4.8. Rischio clinico	Mantenere gli standard di compilazione della cartella clinica definiti in fase di ri-accreditamento JCI	TARGET: >=90%	20	17	17
21-124	3.4.8. Rischio clinico	Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede: 1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet) 2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%) 3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica	TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento 2) Risultato della survey >= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)  MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2	20	17	17
21-139	3.4.8. Rischio clinico	Adeguamento delle procedure e delle linee guida interne della struttura a quelle esistenti presso la SC ARTA  Azioni Effettuare la revisione della dotazione dei presidi di Emergenza, compreso il materiale dedicato al paziente pediatrico, con adeguamento dei protocolli e delle procedure in base alle LLGG di riferimento ed in analogia con la SC ARTA. Predisporre una procedura di aggiornamento delle procedure interne	TARGET: Relazione finale attestante l'aggiornamento di tutte le procedure interne inerenti alla gestione delle urgenze/emergenze ed adeguamento delle dotazioni in base alle linee guida di riferimento e in analogia con la SC ARTA	20	17	17





Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	TARGET: Almeno l'80% dei referti su G2 e delle lettere di dimissione vengono firmati digitalmente  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Per quanto riguarda le lettere di dimissione l'obiettivo è subordinato alla fornitura ed installazione dello specifico applicativo		15	15
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015 MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Anestesia e rianimazione HM**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	14,2	13,7	14,0	16,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	1,0	0,6	1,0	0,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	1,0	1,0	0,0	0,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	1,0	0,4	1,0	1,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	2,0	2,0	2,0	2,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. neurofisiopat. - D	1,0	1,0	1,0	1,0
<b>Totale</b>	<b>20,2</b>	<b>18,7</b>	<b>19,0</b>	<b>20,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****SC Anestesia e rianimazione HM**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico universitario - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico	11,0	10,7	11,0	11,0
<b>Totale</b>	<b>12,0</b>	<b>11,7</b>	<b>12,0</b>	<b>12,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.



Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	62.894	0	62.894	4.917	13.486	92.372	0	0	173.670

Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
11-38	3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti	<p>Sicurezza in sala operatoria nel processo di donazione in linea con il progetto di miglioramento promosso dal CRT FVG, con l'obiettivo di uniformare i protocolli organizzativi e le check list dei materiali e dei presidi sanitari delle sedi regionali di prelievo di organi e tessuti.</p> <p>Azioni Adeguamento delle procedure aziendali di donazione e prelievo di organi al progetto di miglioramento regionale del CRT regionale: Integrare la documentazione del protocollo aziendale per il donatore di organi con definizione di una nuova matrice di responsabilità che coinvolga il personale delle strutture interessate Aggiornare il personale Adeguare le dotazioni tecniche e strumentali, riorganizzazione delle procedure operative in recepimento delle nuove check list regionali condivise</p> <p>Obiettivo assegnato a SC ARTA e Complesso operatorio</p>	<p>TARGET: Disponibilità del nuovo protocollo aziendale integrato secondo piano di miglioramento CRT del FVG</p> <p>Organizzazione e svolgimento di almeno due eventi formativi dedicati, di cui uno esteso a livello regionale</p>	50	50	50
21-136	3.4.8. Rischio clinico	<p>Aggiornamento e revisione della "Cartella Operatoria" con il coinvolgimento delle SSCC interessate</p> <p>Azioni Migliorare la sicurezza del paziente perioperatorio attraverso la revisione della "Cartella Perioperatoria" a seguito di un'analisi delle criticità gestionali/ organizzative segnalate dagli operatori e l'applicazione condivisa di apporti correttivi.</p>	<p>TARGET: La nuova Cartella operatoria è disponibile per l'uso entro il 30.10.2016</p> <p>Utilizzo della cartella operatoria nel 100% della casistica operatoria dal 01.11.2016</p>	50	50	50
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015 MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione





**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**Complesso Operatorio - HC**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	75,3	70,5	75,0	70,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	1,1	0,1	2,0	2,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	7,0	6,9	7,0	6,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	14,1	12,7	14,0	18,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	6,0	4,8	6,0	5,0
<b>Totale</b>	<b>103,5</b>	<b>95,1</b>	<b>104,0</b>	<b>101,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza. Inoltre, Direzione avvierà con il DAI un piano di adeguamento del personale del complesso operatorio come previsto dal piano di sviluppo del settore.

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").



## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	221.455	0	221.455	0	3.440	1.179.967	0	0	1.404.862

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-91	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatezza ed efficienza dell'attività	Ampliamento dell'offerta chirurgica con l'inclusione dei pazienti ASA3 selezionati in base alla previsione di un rapido recupero postoperatorio	TARGET: Operato il 25% dei pazienti ASA 3 reputati non idonei all'intervento chirurgico in Day Surgery previa verifica di elegibilità in condizioni di massima sicurezza per il paziente  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Relazione da parte della struttura e documentazione dell'attività.	33		
20-122	3.4.7. Tempi d'attesa	Incremento degli interventi di cataratta, riduzione delle liste d'attesa e Semplificazione dell'accesso ospedaliero per i pazienti  Azioni Incrementare il numero di interventi di cataratta	TARGET: Numero di interventi chirurgici di cataratta maggiore che nel 2015	33		
21-137	3.4.8. Rischio clinico	Aggiornamento e revisione della "Cartella Operatoria" con il coinvolgimento delle SSCC interessate  Azioni Migliorare la sicurezza del paziente perioperatorio attraverso la revisione della "Cartella Perioperatoria" a seguito di un'analisi delle criticità gestionali/ organizzative segnalate dagli operatori e l'applicazione condivisa di apporti correttivi.	TARGET: La nuova Cartella operatoria è disponibile per l'uso entro il 31.12.2016	34		
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>		



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015 MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**Day surgery HM - Sala operatoria**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	14,1	13,4	17,0	17,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	1,0	0,8	1,0	1,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	1,0	1,0	1,0	1,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	1,4	0,4	2,0	3,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	1,0	1,0	0,0	0,0
<b>Totale</b>	<b>18,5</b>	<b>16,7</b>	<b>21,0</b>	<b>22,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").



## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

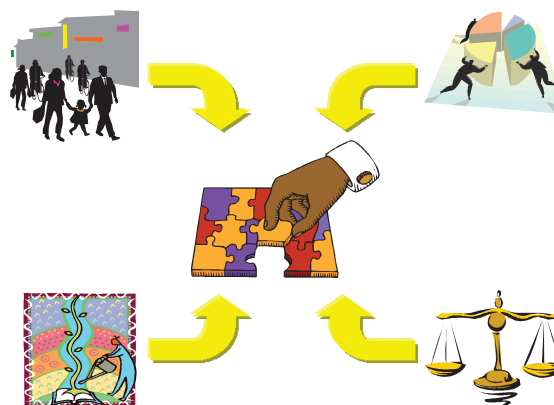
Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	11.480	0	11.480	0	1.662	85.708	0	0	98.850

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".

Servizio Sanitario Regionale

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA  
INTEGRATA DI TRIESTE



**BUDGET 2016**

**CdR: DIP di Medicina Trasfusionale**

**Direttore: Dott. Luca Mascaretti**

Dipartimento di Medicina  
Trasfusionale di Area Vasta  
Giuliano-Isontina

Parte 1 - Attività



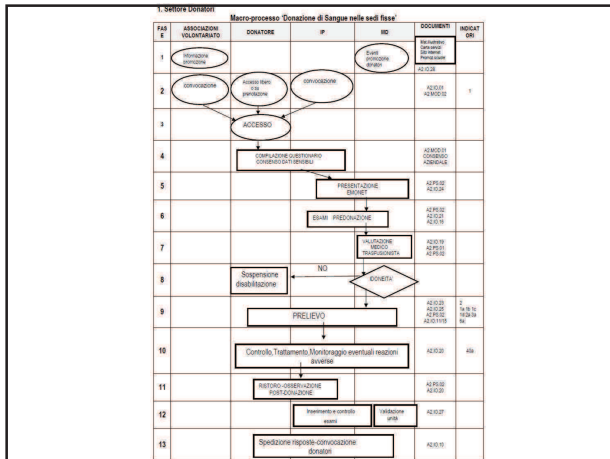
Settori Clinici e Raccolta:

G.d.L. Donatori

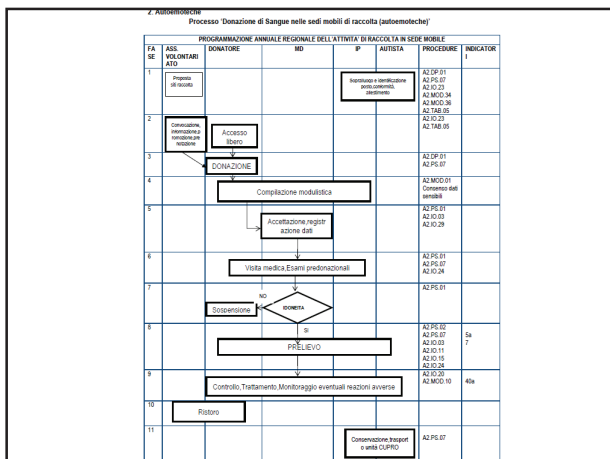
Dolfini (coord.), Mascaretti, De Antoni, Tomasella, Camilot, Ravalico, Valecic, Nurchis, Perna

Donatori di sangue  
Attività 2015 vs. 2014

Dott. Paolo Dolfini

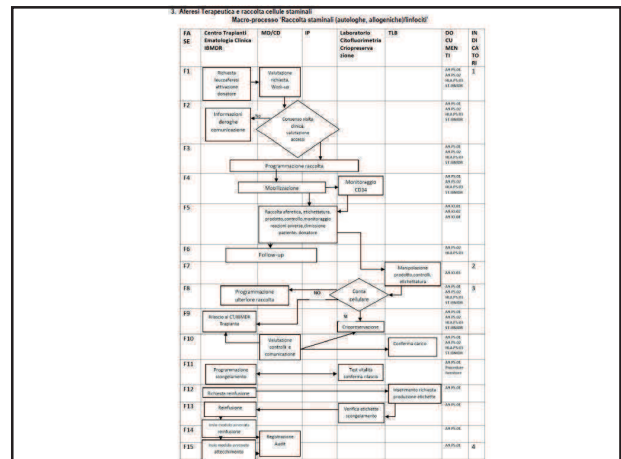


	2014	2015	Δ %
S.I. Dipart.	15768	16531	+4,8%
S.I. OM	8423	8101	-3,8%
S.I. Burlo	488	464	-4,9%
S.I. Autoemoteca		952	
S.I. GO	2824	2823	0%
S.I. Monf	2588	2752	+6,3%
Plasma OM	1935	2048	+5,8%
Plasma Burlo	640	621	-2,9%
Plasma GO	561	602	+7,3%
Plasma Monf	481	500	+3,9%
Autoem GO Tot.	2419	2309	-4,5%
Totale Dipart.	20957	21853	+4,2%
Plasma Dip.	4590	4655	+1,4%

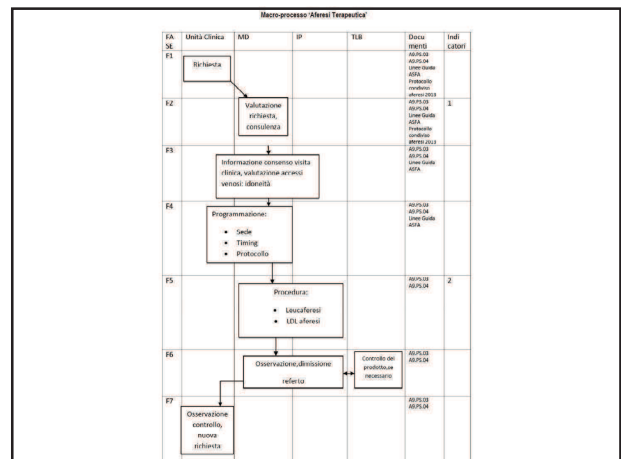


Dip. UDINE	2014	2015	Δ %
S.I.	36149	34974	-3,2%
Totale	47879	46757	-2,3%
Dip. PN			
S.I.	13929	13824	-0,8%
Totale	19503	19241q	-1,3%

		2014	2015	Δ
Autoemoteca TS	sangue	/////////	952	
	Totale		952	
Burlo	sangue	488	464	
	plasma	640	621	
	piastrine	335	349	
	totale	1463	1434	
Maggiore	sangue	8423	8101	
	plasma	1935	2048	
	piastrine	171	185	
	totale	10529	10334	
<b>Tot. Area Giuliana</b>		<b>11992</b>	<b>12720</b>	<b>+ 6%</b>
Autoemoteca GO	sangue	1446	1425	
	plasma	973	884	
	totale	2419	2309	
Monfalcone	sangue	2588	2752	
	plasma	481	500	
	piastrine	74	97	
	totale	3143	3349	
Gorizia	sangue	2824	2823	
	plasma	561	602	
	piastrine	18	56	
	totale	3403	3481	
<b>Tot. Area Isontina</b>		<b>8965</b>	<b>9139</b>	<b>1,9%</b>
<b>Totale complessivo</b>	sangue	<b>15769</b>	<b>16514</b>	



DPT GO+TS	totale
SI raccolto	16514
emazie trasfuse	16624



Settori Clinici e Raccolta:  
**G.d.L. Aferesi terapeutica e raccolta staminali**  
 Florean (coord.), Bet, Simeone R., Suzzi, Raico, Cavallo, Omati, Carlini L., Giorgini, Spanò

**Attività nell'ambito di programmi terapeutici**

Tipo prestazione	Attività 2014	Attività 2015	Δ %
Ldl aferesi	18/1pz.	20/1pz.	+11,1
Leucaferesi depletiva pediatrica	-	-	-
Leucaferesi depletiva paziente adulto	6/3 pz	5/4 pz.	-16,6
Linfocitoferesi/DLI	-	1	+100

**Programma di raccolta e processazione di cellule staminali emopoietiche**

Tipo prestazione	Attività 2014	Attività 2015
N. raccolte cellule staminali autologhe per pazienti pediatrici	4/4 pz.	6/6 pz
N. raccolte cellule staminali autologhe per pazienti adulti	13/13 pz.	18/17 pz
N. raccolte cellule staminali omologhe dedicate/IBMDR	1 (Dedicata)	2 (1Dedicata ,1IBMDR )
N. prodotti provenienti da altri centri e presi in carico dal trasfusionale	3 1 HPC-A,2 HPC-M	6 3 HPC-A,1 HPC-M, 2 HPC-C
N. lavorazioni midollo osseo/cordone	7 3 rim. eritrociti-4 rim. plasma	5 2 rim. eritrociti 2 lavaggio
N. prelievi di staminali midollari omologhe/dedicate	11/6 pz.	5/4 pz
N. prelievi di staminali midollari IBMDR	1	1

**Ambulatorio trasfusionale: AOUTS  
2014 vs. 2015**

Emocomponente (Unità)	2014	2015	Delta % (2015-2014/2014*100)
Emazie concentrate	159	232	48
Piastrine	/	1	/
Salassi	198	191	-3,5
Autodepositi per siero collirio	119	128	7,5
Autodepositi per gel piastrinico	2	1	/
Autodepositi (unità) per trasfusione	227	130	-43
Autodepositi trasfusi (%)	40	34	-15

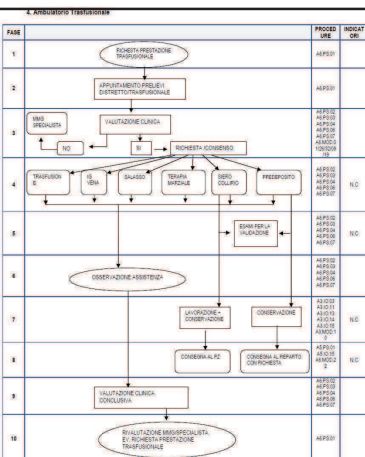
**Settori Clinici e Raccolta:**

**G.d.L. Ambulatorio Trasfusionale**

Bruno (coord.), Giavitto, Mascaretti, Morassi, De Antoni, Proscia, Fajt, Fazio, Siega, Zanetta, Olivo

**AMBULATORIO TRASFUSIONALE – TERAPIA MARZIALE**

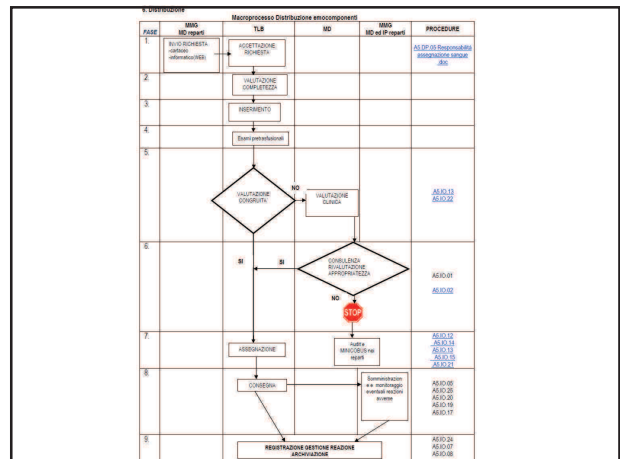
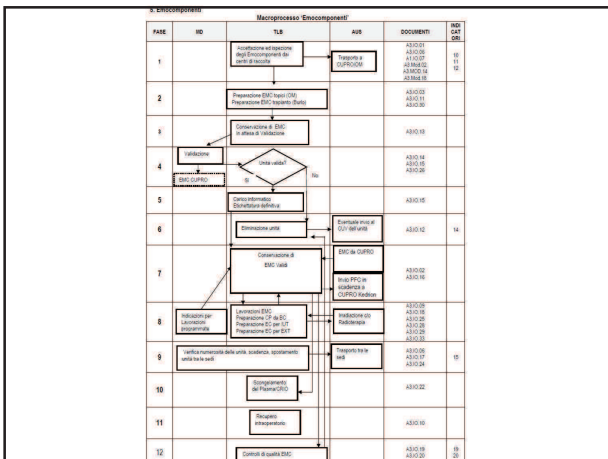
	2014	2015	Δ %
Terapia marziale			
...di cui:			
Ferinject	/	41	/
Ferlixit	377	186	-50,6



**Settori Clinici e Raccolta:**

**G.d.L. Emocomponenti**

Bet (coord.), Marchiò, Raccanelli, Niccolini, Tamai, Donda, Colmo, Fiermonte, Braides,



### Produzione Emocomponenti 2014 - 2015 Dipartimento di Area Vasta

Emocomponente (unità)	2014	2015	Delta % (2015-2014/2014*100)
Plasma fresco congelato da aferesi	4589	4651	1.3
	488	563	15.3
Pool di piastrine da BC	1545	1364	-11.7
Siero collirio Autologo Omologo	148	144	-2.7
Set	317	329	3.7

### Distribuzione Dipartimento 2014-2015

Emocomponente (Unità)	2014	2015
Emazie concentrate	17688	16624
Piastrine	1849	1817
Plasma	1445 (29p)	988(33p)
Emocomponenti non utilizzati per scadenza		
Emazie	202	171
Piastrine	481	440
Plasma	17(15p)	54(18p)

Settori Clinici e Raccolta:  
G.d.L. Distribuzione

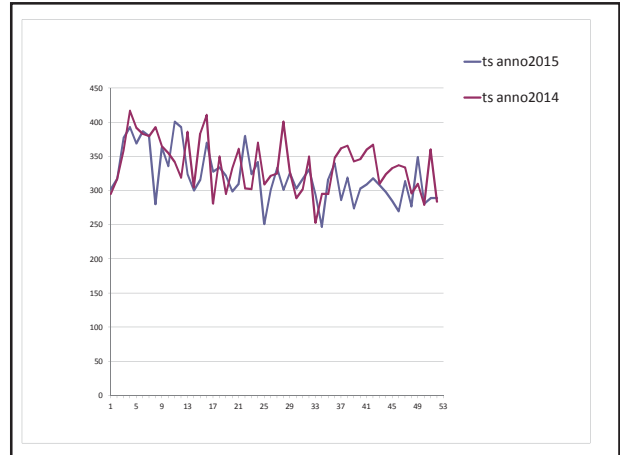
Barcobbello (coord.), Tomasella, Bacci, Camilot, Albrigo, Alessio, Perossa, Furlan B., Sestan, Dolce, Carlini M., Roman, Cormones

### Distribuzione AOOUTS 2014-2015

Emocomponente (Unità)	2014	2015
Emazie concentrate	11923	11010
Piastrine	1310	1045
Plasma	1080	703

### Distribuzione Burlo 2014-2015

Emocomponente (Unità)	2014	2015
Emazie concentrate	581	728
Piastrine	363	540
Plasma	125	136



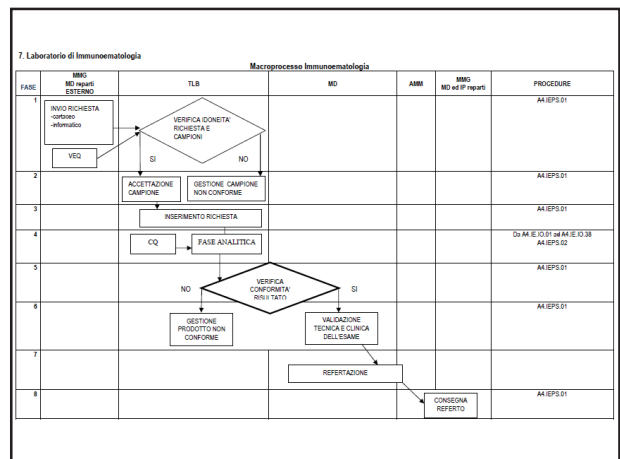
### Distribuzione isontino 2014-2015

Emocomponente (Unità)	2014	2015
Emazie concentrate	5184	4886
Piastrine	176	232
Plasma	240	147

**Settori Diagnostici/Laboratorio:**  
**G.d.L. Immunoematologia**  
 Barcobello (coord.), Giavitto, Guerci, Braides, Simeone F., Rizzo, Lazer, Donda,  
 Mezzorana, Zampar, Alessio, Albrigo

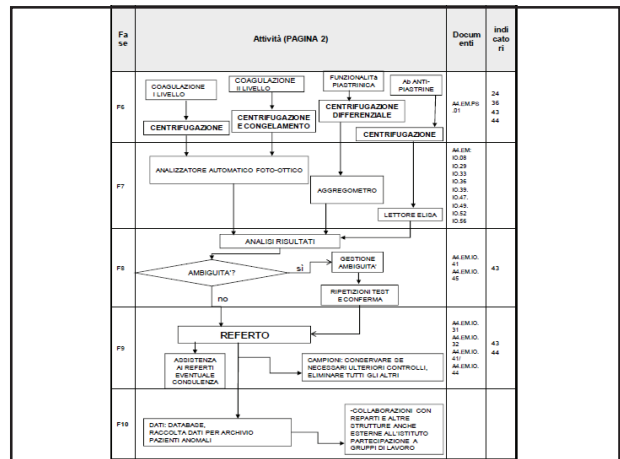
### Distribuzione Dipartimento 2015

Emocomponenti CONSEGNA TI 2015	EMAZIE	PLT	PLASMA
Burlo	728	540	136 (73)
Monfalcone	2259	42	31
Gorizia	2627	190	116
Maggiore	3200	573	77
Cattinara	7810	472	626
<b>TOTALE</b>	<b>16624</b>	<b>1817</b>	<b>986</b>



**Laboratorio Immunoematologia 2014-2015**

ESAMI IMMUNOEMATOLOGIA	2014 giuliano	2015 giuliano	Delta % 2015-2014/2014*100	ISONTINO 2014	ISONTINO 2015	Delta % 2015-2014/2014*100	TOTALE DIPARTIMENTO 2015
GRUPPO prima deter. AB0 Rh fenolipo Kell	7828	7338	-0.06	3800	3680	-0.05	11027
Controllo GRUPPO AB0 Rh	21268	20944	-1.5	12764	12556	-1.6	33500
GRUPPO AB0 Rh funicolo	1629	1533	-5.8	739	714	-3.3	2247
TIPIZZAZIONE Ag	/	1091	/	/	209	/	1300
TEST DI COOMBS DIRETTI	2990	2974	-0.5	986	1061	+7	4035
TEST DI COOMBS INDIRETTI	20529	20196	-1.6	8278	6998	-15	27194
IDENTIFICAZIONE ANTICORPI	351	396	12.8	127	185	45	581
PROVE CROCIATE	1671	1764	5.2	666	678	1.8	2442
AGGLUTININE A FREDDO	42	36	-14	23	1		37
TEST DI HAM	0	1	+100	0	0	/	1
TEST di Kleihauer	373	405	+8.5	0	0	/	405
ROE	9	4	-55	0	0	/	4
<b>TOT. ES. IMMUNOEMATOLOGIA</b>	<b>56669</b>	<b>56662</b>		<b>27473</b>	<b>26091</b>		<b>82773</b>

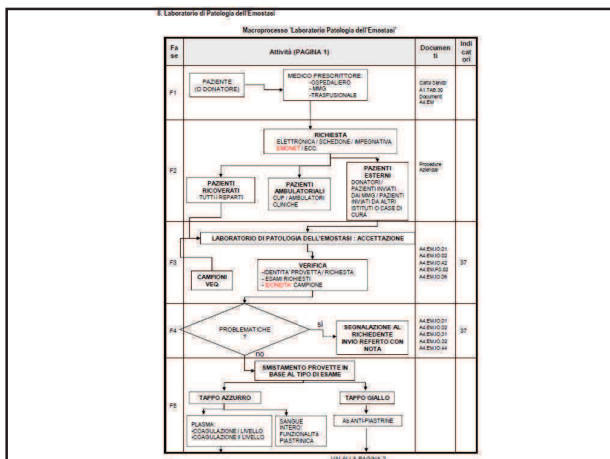


**Settori Diagnostici/Laboratorio:**  
**G.d.L. Patologia dell'Emostasi**  
 Pradella (coord.), Bet, Giavitto, Simsig, Mandanici, Savelli, Budica, Pacor, Roman

**Attività Laboratorio Patologia dell'Emostasi 2014-2015**  
 Dipartimento di Medicina Trasfusionale- area vasta giuliano-isontina

ESAME	Trieste			Gorizia		
	2014	2015	delta %	2014	2015	Delta %
PT	92 659	92 964	0.33	70 515	65 607	-6.96
APTT	73 177	75 410	3.05	17 526	16 593	-5.32
FIBRINOGENO	96 732	96 658	-0.13	9 975	9 929	-0.46
ANTITROMBINA	10 477	9 030	-13.81	1 633	1 364	-16.47
D-DIMERO	11 006	10 834	-1.56	845	697	-17.51
PROTEINA C	699	647	-7.44	772	613	-20.60
PROTEINA S	741	692	-6.61	783	615	-21.46
APC RESISTANCE	417	396	-5.04	585	414	-29.23
LUPUS	894	768	-14.09	706	583	-17.42
DOSAGGIO FATTORI*	720	911	33.38*	88	140	59.09**
FWW	60	66	10.00	3	=	=
AGGREG.PLTS	76	74	-2.63	=	=	=
Ab ANTI PF4/Eparina	64	42	-34.38	=	=	=
Ab ANTI-PLTS SOLUBILI	2	5	150.00	=	=	=
Anti-Xa (eparinemia)	39	26	-33.33	=	=	=
Dosaggio Rivaroxaban	18	37				
Dosaggio Apixaban	18	30				
Dosaggio Dabigatran	23	28		5***	1***	
<b>TOTALE</b>	<b>247 822</b>	<b>248 618</b>	<b>0.32</b>	<b>103 382</b>	<b>96 414</b>	<b>-6.74</b>

\*Nel conteggio dei FC di Trieste non rientrano i dosaggi di FVIII eseguiti per i casi di inibitore trattati nell'ambito del Dipartimento durante il 2015 e da fine 2015 i CQ degli emoderivati non è più eseguito a Trieste, bensì a Palmiano  
 \*\*Da luglio 2014 i FC richiesti in AS3 sono dosati a Trieste  
 \*\*\* i dosaggi dei DOAC richiesti a Gorizia sono eseguiti a Trieste



**Attività Laboratorio Patologia dell'Emostasi - totale**

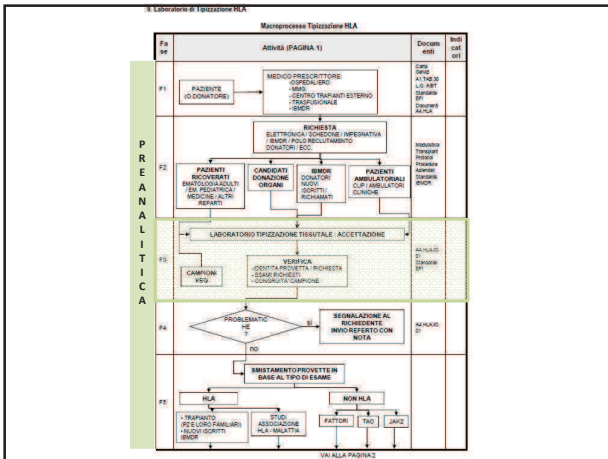
DOSAGGIO	2014	2015	Delta % (2015-2014/2014*100)
PT	163 174	158 571	-2.82
APTT	90 703	92 003	1.43
FIBRINOGENO	66 707	66 587	-0.18
ANTITROMBINA	12 110	10 394	-14.17
D-DIMERO	11 851	11 531	-2.70
PROTEINA C	1 471	1 260	-14.34
PROTEINA S	1 524	1 307	-14.24
APC RESISTANCE	1 002	810	-19.16
LUPUS	1 600	1 351	-15.56
DOSAGGIO FATTORI	720	911	26.53
FATTORI di VON WILLEBRAND	63	66	4.76
AGGREGAZIONE PIASTRINICA	76	74	-2.63
Ab ANTI PF4	64	42	-34.38
Ab ANTI-PIASTRINE SOLUBILI	2	5	150.00
Anti-Xa	39	26	-33.33
<b>TOTALE</b>	<b>351 204</b>	<b>345 032</b>	<b>-1.76</b>

Settori Diagnostici/Laboratorio:  
G.d.L. Tipizzazione HLA

Bevilacqua (coord.), Mascaretti, Pellis, Michelazzi, Guerci, **Vlachouli, Moro**

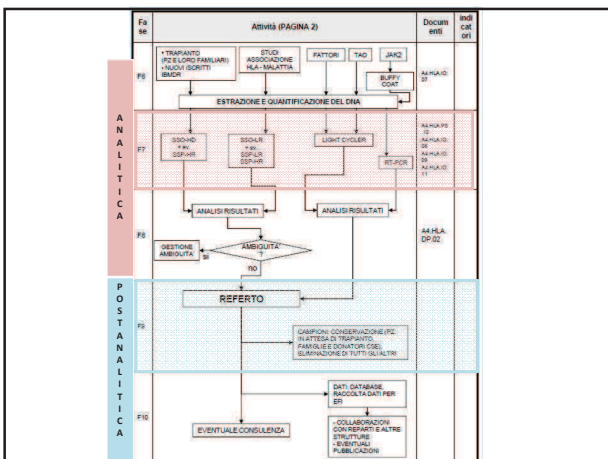
Laboratorio HLA: matrice dei rischi

Fase	Tipologia di Rischio	Osservazioni/Conseguenze	
PREANALITICA	F1	Il medico non informa adeguatamente il paziente sulle finalità del test genetico. Errore/incomplete compilazione della richiesta.	Pazienti/donatori poco informati sulle finalità del test genetico.
	F2	Richiesta incompletata.	Rischio di ritardo nella referenziazione.
	F3	Inosservanza delle procedure aziendali in merito alla richiesta di esami urgenti. Mancato arrivo del campione in laboratorio.	Rischio di scambio campione. Rischio per la salute del paziente. Rischio perdita accreditamento EFI.
	F4	Mancata verifica della corrispondenza provetta/richesta, degli esami richiesti, dell'identità del campione.	Non viene inviato un nuovo campione del paziente. Rischio di ritardo nella referenziazione. Rischio per la salute del paziente.
	F5	Mancata o inefficace segnalazione.	Rischio di scambio campione. Rischio per la salute del paziente.
	F6	Errore nello smistamento delle provette. Errore nella connessione delle provette (posizionamento o temperatura).	Rischio di scambio campione. Rischio per la salute del paziente.
	F7	Modello estrazione DNA non idoneo (no buffy per pz. leucopenici o richieste JAK2, errato settaggio volumi di eluzione del DNA). Errore trascrizione analitiche su provette per DNA, errore nel posizionamento campioni nell'estratore.	Rischio di scambio campione. Rischio per la salute del paziente.
	F8	Errore scambio campione in quantificazione DNA. Errore trascrizione dati.	Rischio per la salute del paziente.
	F9	Esami non eseguiti correttamente. Scambio di campioni in fase allestimento seduta. Utilizzo reattivi con lotti diversi nella stessa seduta. Errore inserimento analitiche in software gestione strumenti.	Rischio per la salute del paziente.
	F10	Inserimento dati errati nel software d'analisi (analitiche paziente, numero di lotti reattivi usati). Analisi dei dati non eseguita correttamente.	Rischio per la salute del paziente.
POSTANALITICA	F11	Errore trascrizione risultati esami nel referto. Errore di comparazione dei campioni. Errore nell'eliminazione dei campioni.	Rischio per la salute del paziente.
	F12	Comunicazione non efficace con il clinico o il paziente. Errore trascrizione dati in database EFI.	Rischio per la salute del paziente. Statistica del laboratorio non corretta.



Laboratorio di Tipizzazione HLA 2014-2015

	2014	2015	Delta % (2015-2014/2014*100)
<b>BIOLOGIA MOLECOLARE</b>			
ESTRAZIONE DNA	1615	1700	5.3
TIPIZZAZIONI HLA IN BASSA RISOLUZIONE (HLA-A, -B, -C, -DQA1, -DQB1, -DRB1)	2583	2730	5.7
TIPIZZAZIONI HLA H.R. (HLA-A, -B, -C, -DPB1, -DQA1, -DQB1, DRB1, -DRB3, -DRB4, -DRB5)	850	746	-12.2
JAK2 (V617F)	95	124	30.5
RICERCA POLIMORFISMI GENI CYP2C9 E VKORC1 (PZ TAO)	1	2	100.0
RICERCA MUTAZIONE G20210A NEL GENE PER IL FATTORE II	324	313	-3.4
RICERCA MUTAZIONE G1691A NEL GENE PER IL FATTORE V	386	400	3.6
RICERCA POLIMORFISMO C677T NEL GENE MTHFR	280	321	14.6
<b>Totale</b>	<b>6134</b>	<b>6336</b>	<b>3.3</b>



Tipizzazioni HLA: pazienti studiati	2014	2015	Delta % (2015-2014/2014*100)
<b>ATTIVITA' INERENTE IL TRAPIANTO CSE</b>			
Studi famigliari	72	75	4.2
Attivazioni Registro	8	12	50
TC (MUD)	2	10	400
Test verifica pre-trapianto	3	6	100
<b>ATTIVITA' INERENTE IL TRAPIANTO D'ORGANO</b>			
Tipizzazioni per potenziali donatori d'organo	26	15	-42.3
Tipizzazioni per candidati al trapianto d'organo	2	3	50
<b>ATTIVITA' PER IBMDR</b>			
Nuovi donatori	98	100	2
Alte risoluzioni per donatori Registro attivati	40	43	7.5
<b>TIPIZZAZIONI HLA E MALATTIA</b>			
Behçet	92	121	31.5
Celiachia	356	336	-5.6
Diabete di tipo I	17	15	-11.8
Ipersensibilità all'Abacavir	35	19	-45.7
Artrite psoriasica	128	154	20.3
Artrite reattiva e spondilite	177	163	-7.9
Artrite reumatoide	87	111	27.6
Autopatia antibiotico resistente in pz con m. Lyme	14	15	7.1
Psoriasi	18	8	-55.6
Uveite	29	17	-41.4
Altro	30	33	10
<b>TOTALE</b>	<b>1087</b>	<b>1256</b>	<b>15.5</b>

Ambulatorio TAO e Patologia dell'Emostasi  
Attività 2015 vs. 2014

Dott.ssa Maria Giavitto

Ambulatorio TAO – patologia dell'emostasi:  
Isontino: 2014 vs. 2015

Prestazione	2014	2015	Delta % (2015- 2014/2014*100)
VISITE DI SORVEGLIANZA TAO	AMBULATORIO GORIZIA 574	AMBULATORIO GORIZIA 532	-7%
	AMBULATORIO MONFALCONE 377	AMBULATORIO MONFALCONE 384	+2%
	<b>951</b>	<b>916</b>	-4%
VISITE PATOL.DELL'EMOSTASI ESTERNE	AMBULATORIO GORIZIA 24	AMBULATORIO GORIZIA 28	
CONSULENZE INT. EMOSTASI	AMBULATORIO GORIZIA 30	AMBULATORIO GORIZIA 36	





Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
18-62	3.4.5. Sangue ed emocomponenti	Supporto al miglioramento gli indici di qualità monitorati a livello regionale.  Azioni Aggiornare la composizione dei COBUS ASUITs, Burlo, AAS. 2 Monitorare costantemente i dati Effettuare Audit nei reparti in cui si verificano i maggiori scostamenti	TARGET: Evidenza dell'attività di monitoraggio  Evidenza delle azioni specifiche nei contesti ad elevata inapproprietezza ossia superiore al 10%	14	11	11
18-63	3.4.5. Sangue ed emocomponenti	Garantire il volume di attività trasfusionale erogata durante il 2014 a favore delle strutture territoriali e distrettuali (trasfusione nella propria struttura di residenza, RSA o Residenza per anziani) ed Evitare l'inappropriato ricovero ospedaliero  Azioni Completare la procedura sulla trasfusione extra-ospedaliera e condividerla con le strutture territoriali di ASUITs Effettuare incontri in/formativi con Distretti ed RSA Organizzare incontri con MMG per divulgare la procedura Monitorare dati trasfusioni extra-ospedaliere	TARGET: 1) Almeno l'80 % dei pazienti ospiti di RSA o Residenze per anziani è stato trasfuso nella propria struttura di residenza e non ha effettuato accessi ospedalieri per la sola terapia trasfusionale  2) evidenza degli incontri con i MMG	14	11	11
18-64	3.4.5. Sangue ed emocomponenti	Accreditamento della struttura dipartimentale  Azioni Azioni di adeguamento/miglioramento per ottemperare ai requisiti della DGR 2528/11	TARGET: Il Dipartimento di Medicina Trasfusionale di ASUI-Ts consegue il rinnovo dell'Accreditamento Regionale secondo la DGR 2528/2011	30	23	23
19-81	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Approprietezza ed efficienza dell'attività	Avvio del "Patient Blood Management" presso l'Ospedale di Cattinara.  Azioni Condividere un progetto sul Patient Blood Management con le Strutture di Anestesia e Rianimazione e di Clinica ortopedica dell'Ospedale di Cattinara per i pazienti candidati a interventi ortopedici in elezione	TARGET: 1) Evidenza del progetto 2) Evidenza dell'avvio delle richieste tramite emonet web	14	11	11



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-85	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Rete per il trattamento delle patologie emorragiche e trombotiche, emostasi.</p> <p>Azioni</p> <p>Predisporre un progetto di fattibilità della rete provinciale per la cura delle MALATTIE EMORRAGICHE E TROMBOTICHE anche al fine di incrementare l'attrazione.</p> <p>Obiettivo in collaborazione con il Dipartimento di Medicina Trasfusionale, Ematologia, Clinica medica, III Medica, Medicina d'Urgenza, Pneumologia, Uric e Cardiologia e le strutture territoriali</p>	TARGET: Lo studio di fattibilità è disponibile presso la Direzione sanitaria aziendale entro il 31/12/2016		11	11
21-124	3.4.8. Rischio clinico	<p>Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede:</p> <p>1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet)</p> <p>2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)</p> <p>3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica</p>	<p>TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento</p> <p>2) Risultato della survey &gt;= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)</p> <p>MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2</p>	14	11	11
21-198	3.4.8. Rischio clinico	<p>Rispetto delle nuove disposizioni procedure trasfusionali</p> <p>Azioni</p> <p>Implementazione del decreto 2 novembre 2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti"</p> <p>Obiettivo condiviso tra SC DMP e Dip di med Trasfusionale</p>	TARGET: Pubblicazione procedure e documenti aggiornati rispondenti alla nuova normativa	14	11	11



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	TARGET: Almeno l'80% dei referti su DNLAB vengono firmati digitalmente MODALITA' DI VALUTAZIONE: Obiettivo subordinato all'avvio dello specifico applicativo		11	11
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
18-60	3.4.5. Sangue ed emocomponenti	<p>Garantire la raccolta del sangue destinato al frazionamento industriale e di plasma da aferesi</p> <p>Azioni Organizzare e svolgere riunioni del Comitato di Dipartimento allargato alle Associazioni di volontariato del sangue (2 riunioni svolte nel primo Quadrimestre 2016) Monitorare i dati di raccolta Partecipare agli incontri regionali sulla programmazione della raccolta, incluso la messa a punto di software specifici (DonUp, non ancora disponibile)</p>	<p>TARGET: Sangue destinato al frazionamento: valore del 2014 (+/-2%)</p> <p>Plasma da aferesi: valore del 2015 aumentato del 2 %, come previsto dalle Regioni che aderiscono all'accordo interregionale plasma</p> <p>Indicatore (per emocomponenti e per periodo): nr. unità raccolte 2016 – unità raccolte 2015)/unità raccolte nel 2015 * 100 &gt;=0</p>
18-61	3.4.5. Sangue ed emocomponenti	<p>Riorganizzazione delle attività di raccolta di sangue ed emocomponenti attraverso le Unità di Raccolta Mobili. Le attività di raccolta sangue ed emocomponenti sono omogenee nel territorio regionale (In collaborazione con ASUI Ud e con la Direzione Centrale della Salute)</p>	<p>TARGET: Presenza del Calendario annuale uscite nei UMR. Nr. uscite svolte/N. uscite programmate) * 100 Nr. unità SI raccolte UMR-TS Nr. unità SI raccolte UMR-Gorizia Nr. unità plasma raccolte UMR-Gorizia</p>
24-150	Governo delle risorse assegnate	<p>Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari</p>	<p>TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015</p> <p>MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.</p>
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	<p>Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP</p>	<p>TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti</p>
31-174	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Definizione del Piano ferie nei tempi previsti e invio di un report mensile alla Direzione Infermieristica sulla situazione delle ferie fruito dal personale del Comparto</p>	<p>TARGET: Piano ferie prodotto nei tempi concordati</p>
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale</p>	<p>TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%</p> <p>MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).</p>
31-176	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Monitoraggio delle eccedenze orarie del personale del comparto al fine del contenimento delle liquidazioni entro il Budget assegnato.</p>	<p>TARGET: Produzione di una reportistica mensile sulle eccedenze orarie del personale del comparto con evidenza di: 1) credito orario liquidato 2) credito orario residuo</p>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**DIP di Medicina Trasfusionale**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	17,8	17,3	17,0	18,0
Ota-Oss - op. tec. add. assistenza (ota) - B	1,0	1,0	1,0	1,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	1,0	1,0	1,0	1,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	1,8	1,5	3,0	3,0
Tecnici non sanitari - op. tec. - B	1,3	1,3	1,0	1,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. lab. biomed. - D	36,7	35,9	34,0	35,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. esperto - tec. san. lab. biomedico - DS	1,8	1,8	1,0	1,0
<b>Totale</b>	<b>61,4</b>	<b>59,8</b>	<b>58,0</b>	<b>60,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza, con assunzione di 5 tecnici di laboratorio.

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****DIP di Medicina Trasfusionale**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico	12,0	11,7	12,0	12,0
dirigente biologo	2,0	2,0	2,0	2,0
<b>Totale</b>	<b>15,0</b>	<b>14,7</b>	<b>15,0</b>	<b>15,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.



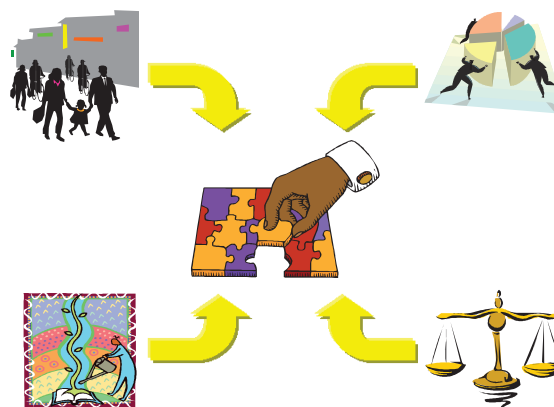
Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	10.853	0	10.853	0	1.303.704	563.964	0	0	1.878.521

Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".





## BUDGET 2016

**CdR: DAI di Diagnostica per immagini**

**Direttore: Prof.ssa Maria Assunta Cova**



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
24-150	Governo delle risorse assegnate	Governo delle risorse correnti utilizzate dalle Strutture afferenti al Dipartimento	TARGET: Monitoraggio attivo del budget assegnato alle strutture del Dipartimento
31-174	Sviluppo delle politiche del personale	Definizione del Piano ferie nei tempi previsti e invio di un report mensile alla Direzione Infermieristica sulla situazione delle ferie fruito dal personale del Comparto	TARGET: Piano ferie prodotto nei tempi concordati
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-176	Sviluppo delle politiche del personale	Monitoraggio delle eccedenze orarie del personale del comparto al fine del contenimento delle liquidazioni entro il Budget assegnato.	TARGET: Produzione di una reportistica mensile sulle eccedenze orarie del personale del comparto con evidenza di: 1) credito orario liquidato 2) credito orario residuo
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**DAI di Diagnostica per immagini**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	6,0	5,8	6,0	6,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	16,4	15,7	17,0	16,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	6,2	6,0	6,0	6,0
Ota-Oss - op. tec. add. assistenza (ota) - B	1,0	0,9	1,0	1,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	6,3	6,0	7,0	7,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	5,0	5,0	5,0	5,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi. tec. econ. - A	2,0	1,7	2,0	2,0
Tecnici non sanitari - op. tec. - B	1,0	1,0	1,0	1,0
Tecnici non sanitari - ass. tec. - C	1,0	1,0	1,0	1,0
Tecnici non sanitari - coll. tec. prof. - D	1,0	1,0	1,0	1,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. radiologia medica - D	75,1	69,6	76,0	78,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. fisica san. - D	1,0	1,0	1,0	1,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. esperto - tec. san. rad. medica - DS	4,0	3,8	4,0	4,0
<b>Totale</b>	<b>126,0</b>	<b>118,5</b>	<b>128,0</b>	<b>129,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****DAI di Diagnostica per immagini**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico universitario - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico - direttore di SC	2,0	2,0	2,0	2,0
dirigente fisico - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico universitario	3,0	3,0	3,0	3,0
dirigente medico	36,8	34,9	37,0	36,0
dirigente fisico	6,0	5,5	6,0	6,0
dirigente biologo	1,0	0,8	1,0	1,0
<b>Totale</b>	<b>50,8</b>	<b>48,2</b>	<b>51,0</b>	<b>50,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.



## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

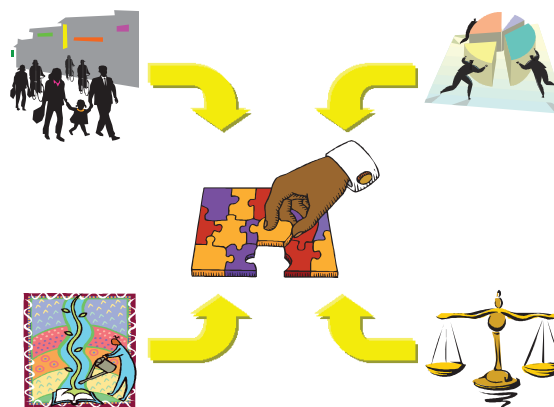
Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	752.993	0	752.993	0	16.626	769.113	127.336	0	1.666.067

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".

Servizio Sanitario Regionale

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA  
INTEGRATA DI TRIESTE



## BUDGET 2016

**CdR: SC Fisica Sanitaria**

**Direttore: Dott. Mario de Denaro**



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
11-39	3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti	<p>Studio di fattibilità per l'implementazione dei trattamenti di Total Body Irradiation (TBI), tecnica preliminare principalmente per i trapianti di midollo</p> <p>Azioni</p> <p>1) Valutare con la Direzione Sanitaria la ricaduta per l'azienda in termini di costi/benefici</p> <p>2) Effettuare visite presso i centri di riferimento</p> <p>3) Valutare con la Direzione Sanitaria dell'Ospedale Burlo Garofolo il possibile reclutamento di pazienti</p> <p>Obiettivo comune per radioterapia e Fisica Sanitaria</p>	<p>TARGET: Evidenza dello studio entro il 30.11.2016</p> <p>Eventuale stesura della procedura operativa per l'introduzione della tecnica TBI</p>	33	25	25
13-42	3.4.1 Insufficienze d'organo e trapianti - CUORE	<p>Studio di fattibilità per l'introduzione nel 2017 di un protocollo specifico per i portatori di devices cardiologici impiantabili (CIED) che devono sottoporsi a Radioterapia</p> <p>Azioni</p> <p>- Promuovere la costituzione di un gruppo di lavoro nazionale AIFM (fisici medici), AMNCO, AIAC (cardiologi) e AIRO (radioterapisti oncologici)</p> <p>- Definire un protocollo da adottare a Trieste</p> <p>Obiettivo comune per Radioterapia, Cardiologia e Fisica Sanitaria</p>	<p>TARGET: Stesura di un protocollo operativo entro il 31.10.2016 (da adottare eventualmente nel 2017)</p>		25	25
19-105	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Radioterapia Stereotassica Body: Studio di fattibilità per l'implementazione dei trattamenti di radioterapia stereotassica e Definizione del protocollo operativo specifico per l'implementazione dei trattamenti di radioterapia stereotassica</p> <p>Azioni</p> <p>1) Valutare con la Direzione Sanitaria la ricaduta per l'azienda in termini di costi/benefici</p> <p>2) Effettuare visite presso i centri di riferimento</p>	<p>TARGET: Evidenza dello studio entro il 30.11.2016</p> <p>Eventuale stesura della procedura operativa per l'introduzione della tecnica di radioterapia stereotassica</p>	34	25	25



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
21-131	3.4.8. Rischio clinico	<p>Creazione di un gruppo (Dose Team) che si occupi del processo di ottimizzazione utilizzando i database dosimetrici e riduzione del rischio di esposizione a radiazioni ionizzanti del paziente.</p> <p>Azioni</p> <p>1) Individuare i componenti del Dose Team e Costituire il gruppo di lavoro</p> <p>2) Analizzare in modo continuativo il database per Individuare le modalità di lavoro da ottimizzare</p> <p>3) Evidenziare l'origine delle criticità</p> <p>4) Definire le azioni correttive</p> <p>Obiettivo comune alle strutture del DAI di Diagnostica per immagini</p>	TARGET: Esistenza formalizzata del Dose Team e Report sulle prime evidenze entro l'anno con Individuazione delle azioni correttive e di un piano di miglioramento (comprensivo della tempistica)	33	25	25
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>





Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Fisica Sanitaria**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Ota-Oss - op. tec. add. assistenza (ota) - B	1,0	0,9	1,0	1,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi. tec. econ. - A	1,0	0,7	1,0	1,0
Tecnici non sanitari - ass. tec. - C	1,0	1,0	1,0	1,0
Tecnici non sanitari - coll. tec. prof. - D	1,0	1,0	1,0	1,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. radiologia medica - D	2,0	1,6	2,0	2,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. fisica san. - D	1,0	1,0	1,0	1,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. esperto - tec. san. rad. medica - DS	1,0	0,8	1,0	1,0
<b>Totale</b>	<b>8,0</b>	<b>6,9</b>	<b>8,0</b>	<b>8,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****SC Fisica Sanitaria**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente fisico - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente fisico	6,0	5,5	6,0	6,0
<b>Totale</b>	<b>7,0</b>	<b>6,5</b>	<b>7,0</b>	<b>7,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.

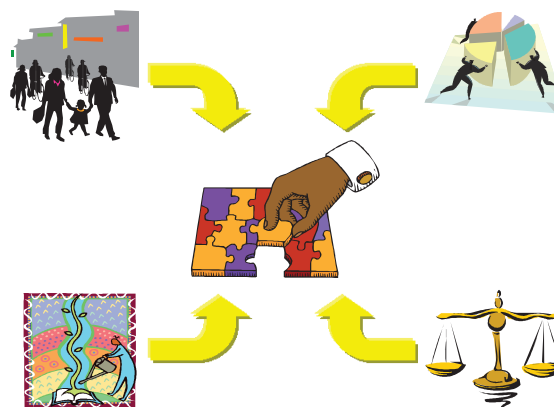


## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	0	0	0	0	7.552	0	0	0	7.552

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



## BUDGET 2016

**CdR: SC Medicina Nucleare**

**Direttore: Dott.ssa Franca Dore**



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
CdR: SC Medicina Nucleare**

**PRESTAZIONI AMBULATORIALI (FONTE G2 - SPORTELLO)**

Prestazione	ESTERNI					PS (*)					INTERNI (COMPRESI PRE-POST RICOVERO) (*)				
	Anno 2015	I Sem 2015	Sem 2016	Δ	Δ %	Anno 2015	I Sem 2015	Sem 2016	Δ	Δ %	Anno 2015	Sem 2015	Sem 2016	Δ	Δ %
<b>TOTALE PRESTAZIONI</b>	<b>10.708</b>	<b>5.442</b>	<b>4.059</b>	<b>-1.383</b>	<b>-25,4</b>	<b>29</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>85,7</b>	<b>2.285</b>	<b>1.070</b>	<b>1.138</b>	<b>68</b>	<b>6,4</b>
Angiocardio scintigrafia all'equilibrio - 92.05.4	0	0	1	1		0,0	0,0	0,0	0,0		0	0	0	0	
Densitometria ossea femore tecnica assorbimento raggi X - 88.99.2	2	1	2	1	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0	0	0	0	
Densitometria ossea lombare tecnica assorbimento raggi X - 88.99.2	4.263	2.082	1.449	-633	-30,4	0,0	0,0	0,0	0,0		69	43	10	-33	-76,7
Ricerca metastasi tumori tiroidei - 92.18.3	2	1	1	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0	0	0	0	
Scintigrafia addome ricerca diverticoli Meckel - 92.04.6	2	0	0	0		0,0	0,0	0,0	0,0		0	0	0	0	
Scintigrafia addome valutazione sanguinamento, gastroenterorragie- 92.04.4	0	0	0	0		0,0	0,0	0,0	0,0		5	3	6	3	100,0
Scintigrafia articolare - 92.18.2	0	0	0	0		0,0	0,0	0,0	0,0		4	4	0	-4	-100,0
Scintigrafia articolare polifasica - 92.14.2	4	1	3	2	200,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0	0	1	1	
Scintigrafia articolare segmentaria - 92.14.1	4	4	4	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0	0	0	0	
Scintigrafia epatica, fegato tre proiezioni - 92.02.1	0	0	1	1		0,0	0,0	0,0	0,0		0	0	0	0	
Scintigrafia epatobiliare, fegato e colecisti - 92.02.3	1	1	0	-1	-100,0	0,0	0,0	0,0	0,0		1	1	0	-1	-100,0
Scintigrafia ghiandole salivari con studio funzionale - 92.04.1	5	2	3	1	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0	0	0	0	
Scintigrafia globale corporea con cellule autologhe marcate - 92.18.4	108	59	51	-8	-13,6	0,0	0,0	0,0	0,0		28	9	21	12	133,3
Scintigrafia globale corporea con indicatori positivi - 92.18.1	1	0	1	1		0,0	0,0	0,0	0,0		50	25	19	-6	-24,0
Scintigrafia globale corporea con traccianti immunologici e recettoriali - 92.18.5	127	65	64	-1	-1,5	0,0	0,0	0,0	0,0		16	8	7	-1	-12,5
Scintigrafia linfatica e linfoghiandolare segmentaria - 92.16.1	136	72	54	-18	-25,0	0,0	0,0	0,0	0,0		209	111	157	46	41,4
Scintigrafia mammaria con indicatori positivi - 92.19.4	71	38	31	-7	-18,4	0,0	0,0	0,0	0,0		0	0	0	0	
Scintigrafia midollo osseo total body - 92.05.6	4	3	5	2	66,7	0,0	0,0	0,0	0,0		0	0	1	1	
Scintigrafia ossea - 92.18.2	781	404	362	-42	-10,4	0,0	0,0	0,0	0,0		116	58	51	-7	-12,1
Scintigrafia ossea polifasica - 92.14.2	140	75	52	-23	-30,7	0,0	0,0	0,0	0,0		6	3	3	0	0,0
Scintigrafia ossea segmentaria - 92.14.1	15	15	0	-15	-100,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0	0	0	0	
Scintigrafia paratiroidi - 92.13	37	19	17	-2	-10,5	0,0	0,0	0,0	0,0		4	0	0	0	
Scintigrafia polmonare ventilatoria - 92.15.2	0	0	0	0		1,0	0,0	0,0	0,0		1	0	0	0	
Scintigrafia polmone con indicatore positivo - 92.15.4	0	0	0	0		0,0	0,0	0,0	0,0		3	2	0	-2	-100,0
Scintigrafia polmone con MAA - 92.15.1	73	37	22	-15	-40,5	9,0	4,0	7,0	3,0	75,0	215	118	98	-20	-16,9
Scintigrafia rene con DMSA - 92.03.1	8	2	4	2	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0	0	0	0	
Scintigrafia rene studio funzione renale - 92.03.3	65	33	25	-8	-24,2	0,0	0,0	0,0	0,0		15	8	6	-2	-25,0
Scintigrafia ricerca lesioni angiomatose fegato - 92.02.2	0	0	1	1		0,0	0,0	0,0	0,0		0	0	0	0	
Scintigrafia segmentaria dopo scintigrafia total body o studio tomografico - 92.19.6	4.256	2.248	1.698	-550	-24,5	6,0	0,0	0,0	0,0		955	430	367	-63	-14,7
Scintigrafia surrene corticale - 92.19.1	0	0	1	1		0,0	0,0	0,0	0,0		0	0	0	0	
Scintigrafia surrene midollare - 92.19.2	25	10	9	-1	-10,0	0,0	0,0	0,0	0,0		13	7	6	-1	-14,3
Scintigrafia tiroide con TC99M - 92.01.3	65	36	29	-7	-19,4	0,0	0,0	0,0	0,0		3	2	7	5	250,0
Scintigrafia tiroide I-131 e iodocaptazione - 92.01.2	8	3	5	2	66,7	0,0	0,0	0,0	0,0		0	0	0	0	



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
CdR: SC Medicina Nucleare**

**PRESTAZIONI AMBULATORIALI (FONTE G2 - SPORTELLO)**

Prestazione	ESTERNI					PS (*)					INTERNI (COMPRESI PRE-POST RICOVERO) (*)				
	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Δ	Δ %	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Δ	Δ %	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Δ	Δ %
Studio quantitativo differenziale funzione polmonare - 92.15.3	118	32	27	-5	-15,6	6,0	0,0	0,0	0,0		321	107	260	153	143,0
Studio reflusso vescico-uretrale - 92.03.4	3	1	3	2	200,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0	0	0	0	
Studio transito gastroduodenale -92.0421	2	1	0	-1	-100,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0	0	0	0	
Terapia con anticorpi monoclonali fino a 185 MBQ - 92.28.4	1	1	0	-1	-100,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0	0	0	0	
Terapia con anticorpi monoclonali ogni 185 MBQ successivi - 92.28.5	1	1	0	-1	-100,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0	0	0	0	
Terapia ipertiroidismo fino a 370 MBQ - 92.28.1	7	3	8	5	166,7	0,0	0,0	0,0	0,0		1	0	0	0	
Terapia ipertiroidismo ogni 370 MBQ successivi - 92.28.2	7	3	7	4	133,3	0,0	0,0	0,0	0,0		1	0	0	0	
Tomoscintigrafia ossea - 92.1822	14	14	0	-14	-100,0	0,0	0,0	0,0	0,0		1	1	0	-1	-100,0
Tomoscintigrafia ossea in corso scintigrafia globale corporea -92.1821	175	80	43	-37	-46,3	0,0	0,0	0,0	0,0		43	14	9	-5	-35,7
Tomoscintigrafia polmone - 92.15.5	65	35	22	-13	-37,1	7,0	3,0	6,0	3,0	100,0	185	106	95	-11	-10,4
Tomoscintigrafia renale - 92.03.5	2	1	2	1	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0	0	0	0	
Tomoscintigrafia SPET cardiaca di perfusione a riposo - 92.0921	34	19	14	-5	-26,3	0,0	0,0	0,0	0,0		3	2	3	1	50,0
Tomoscintigrafia SPET cardiaca di perfusione dopo stimolo - 92.0922	35	19	14	-5	-26,3	0,0	0,0	0,0	0,0		3	2	4	2	100,0
Tomoscintigrafia SPET cerebrale - 92.11.5	22	12	15	3	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0		13	6	7	1	16,7
Visita medico nucleare pretrattamento - 89.03	19	9	9	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		1	0	0	0	



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
5-16	3.2.2 Screening Oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia - K della MAMMELLA	Implementazione percorso alto rischio attraverso selezione pazienti in corso di esame radiologico e/o visita senologica e/o oncologica mediante utilizzo apposita tabella di fattori di rischio che definiscano l'eleggibilità a counselling genetico, eventuale test e/o screening personalizzato  Obiettivo assegnato alle strutture afferenti alla Breast Unit	TARGET: Definire un protocollo condiviso (anche con IRCCS Burlo) e avviarne l'implementazione  Adottare un protocollo provinciale coerente con i principi di accreditamento EUSOMA per la definizione del profilo di rischio eredo-familiare del cancro della mammella (protocollo coerente con i principi di accreditamento EUSOMA inviata alla DCS per l'adozione formale)	16	16	16
5-17	3.2.2 Screening Oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia - K della MAMMELLA	Portare a termine accreditamento EUSOMA della BREAST UNIT	TARGET: Accreditamento ottenuto entro l'anno.	16	12	12
5-18	3.2.2 Screening Oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia - K della MAMMELLA	Aggiornamento PTDA ca mammella elaborato nel novembre 2014  Sono coinvolte nell'obiettivo tutte le strutture afferenti alla Breast Unit	TARGET: Aggiornare il contenuto ed i processi descritti nel documento di PTDA già condiviso nel 2014 - secondo le ultime evidenze scientifiche - definendo le tempistiche delle varie fasi del percorso	14	12	12
21-124	3.4.8. Rischio clinico	Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede: 1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet) 2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%) 3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica	TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento  2) Risultato della survey >= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)  MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2	10	10	10





Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
21-131	3.4.8. Rischio clinico	<p>Creazione di un gruppo (Dose Team) che si occupi del processo di ottimizzazione utilizzando i database dosimetrici e riduzione del rischio di esposizione a radiazioni ionizzanti del paziente.</p> <p>Azioni</p> <p>1) Individuare i componenti del Dose Team e Costituire il gruppo di lavoro</p> <p>2) Analizzare in modo continuativo il database per Individuare le modalità di lavoro da ottimizzare</p> <p>3) Evidenziare l'origine delle criticità</p> <p>4) Definire le azioni correttive</p> <p>Obiettivo comune alle strutture del DAI di Diagnostica per immagini</p>	TARGET: Esistenza formalizzata del Dose Team e Report sulle prime evidenze entro l'anno con Individuazione delle azioni correttive e di un piano di miglioramento (comprensivo della tempistica)	14	12	12
21-145	3.4.8. Rischio clinico	<p>Minimizzare il rischio associato all'utilizzo di radiofarmaco</p> <p>Azioni</p> <p>- Effettuare la revisione batch record dei radiofarmaci</p> <p>- Definire istruzioni operative per l'allestimento dei radiofarmaci e dei controlli di qualità</p>	TARGET: Conformità della Gestione Radiofarmaco con i parametri per la sicurezza (norme vigenti) Riduzione eventi non conformi	14	12	12
26-160	Integrazione delle funzioni territoriali e ospedaliere	<p>Processo divulgativo e conoscitivo della S.C. Medicina Nucleare in ambito territoriale</p> <p>Azioni</p> <p>Audit sui processi assistenziali del Cdr con la partecipazione dei Coordinatori Infermieristici e TSRM di ASUITs in collaborazione con i Distretti</p>	TARGET: Conclusione dell'Audit e diffusione dei risultati entro il 31/12/2016 e Individuazione di azioni correttive e di un piano di miglioramento da mettere in atto nel 2017	16	14	14
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	TARGET: Almeno l'80% dei referti su G2 viene firmato digitalmente		12	12
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015 MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Medicina Nucleare**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	2,0	2,0	2,0	2,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	1,0	0,9	1,0	1,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi. tec. econ. - A	1,0	1,0	1,0	1,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	2,0	2,0	2,0	2,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. radiologia medica - D	9,5	8,0	9,0	10,0
<b>Totale</b>	<b>15,5</b>	<b>13,9</b>	<b>15,0</b>	<b>16,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****SC Medicina Nucleare**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico	4,8	3,8	5,0	4,0
dirigente biologo	1,0	0,8	1,0	1,0
<b>Totale</b>	<b>6,8</b>	<b>5,6</b>	<b>7,0</b>	<b>6,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario, nonché l'assunzione di 1 ulteriore medico previa autorizzazione regionale

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.

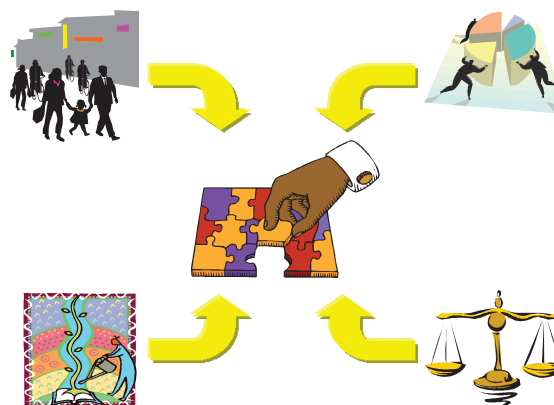


## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	301.356	0	301.356	0	525	5.690	0	0	307.571

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



## BUDGET 2016

**CdR: SC Radiologia HC (UCO)**

**Direttore: Prof.ssa Maria Assunta Cova**



Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC Radiologia HC (UCO)

PRESTAZIONI (FONTE CUPWEB)

Prestazione	ESTERNI					PS					INTERNI					TOTALE				
	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Δ	Δ %	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Δ	Δ %	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Δ	Δ %	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Δ	Δ %
<b>TOTALE PRESTAZIONI</b>	<b>30.727</b>	<b>15.833</b>	<b>15.408</b>	<b>-425</b>	<b>-2,7</b>	<b>54.888</b>	<b>25.710</b>	<b>30.326</b>	<b>4.616</b>	<b>18,0</b>	<b>44.598</b>	<b>22.787</b>	<b>22.202</b>	<b>-585</b>	<b>-2,6</b>	<b>130.213</b>	<b>64.330</b>	<b>67.936</b>	<b>3.606</b>	<b>5,6</b>
Angiografia	3	0	1	1		0	0	0	0		573	304	294	-10	-3,3	576	304	295	-9	-3,0
Assistenza rx in sala operatoria	0	0	0	0		0	0	0	0		1.964	977	1.069	92	9,4	1.964	977	1.069	92	9,4
Ecografia	8.095	4.588	3.979	-609	-13,3	4.389	1.979	2.337	358	18,1	3.892	1.944	1.772	-172	-8,8	16.376	8.511	8.088	-423	-5,0
Ecografia mammaria	4.146	2.169	2.330	161	7,4	3	3	8	5	166,7	386	238	233	-5	-2,1	4.535	2.410	2.571	161	6,7
Mammografia	4.540	2.319	2.259	-60	-2,6	2	2	2	0	0,0	102	52	67	15	28,8	4.644	2.373	2.328	-45	-1,9
N.proc. interv.	1.246	637	667	30	4,7	1	1	7	6	600,0	1.117	566	515	-51	-9,0	2.364	1.204	1.189	-15	-1,2
Non altrimenti classificate	0	0	96	96		0	0	75	75		24	9	82	73	811,1	24	9	253	244	2711,1
RNM	3.068	1.509	1.268	-241	-16,0	5	4	2	-2	-50,0	1.554	816	838	22	2,7	4.627	2.329	2.108	-221	-9,5
Rx (altre sedi con mezzo di contrasto)	272	134	139	5	3,7	27	11	10	-1	-9,1	588	292	247	-45	-15,4	887	437	396	-41	-9,4
Rx (altre sedi senza mezzo di contrasto)	4.528	1.991	1.946	-45	-2,3	27.424	12.800	14.306	1.506	11,8	6.563	3.560	2.992	-568	-16,0	38.515	18.351	19.244	893	4,9
Rx torace	1.503	733	911	178	24,3	10.703	5.381	6.247	866	16,1	17.992	9.198	9.000	-198	-2,2	30.198	15.312	16.158	846	5,5
Studio TC	492	280	194	-86	-30,7	45	28	39	11	39,3	530	255	256	1	0,4	1.067	563	489	-74	-13,1
TC	2.143	1.127	1.313	186	16,5	5.028	2.163	3.143	980	45,3	5.833	2.844	3.004	160	5,6	13.004	6.134	7.460	1.326	21,6
TC cerebrale	593	305	283	-22	-7,2	7.215	3.317	4.134	817	24,6	3.333	1.652	1.758	106	6,4	11.141	5.274	6.175	901	17,1
Visite, consulti, consulenze	98	41	22	-19	-46,3	46	21	16	-5	-23,8	147	80	75	-5	-6,3	291	142	113	-29	-20,4





Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
5-16	3.2.2 Screening Oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia - K della MAMMELLA	Implementazione percorso alto rischio attraverso selezione pazienti in corso di esame radiologico e/o visita senologica e/o oncologica mediante utilizzo apposita tabella di fattori di rischio che definiscano l'eleggibilità a counselling genetico, eventuale test e/o screening personalizzato  Obiettivo assegnato alle strutture afferenti alla Breast Unit	TARGET: Definire un protocollo condiviso (anche con IRCCS Burlo) e avviarne l'implementazione  Adottare un protocollo provinciale coerente con i principi di accreditamento EUSOMA per la definizione del profilo di rischio eredo-familiare del cancro della mammella (protocollo coerente con i principi di accreditamento EUSOMA inviata alla DCS per l'adozione formale)	8	8	8
5-17	3.2.2 Screening Oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia - K della MAMMELLA	Portare a termine accreditamento EUSOMA della BREAST UNIT	TARGET: Accreditamento ottenuto entro l'anno.	18	10	10
5-18	3.2.2 Screening Oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia - K della MAMMELLA	Aggiornamento PTDA ca mammella elaborato nel novembre 2014  Sono coinvolte nell'obiettivo tutte le strutture afferenti alla Breast Unit	TARGET: Aggiornare il contenuto ed i processi descritti nel documento di PTDA già condiviso nel 2014 - secondo le ultime evidenze scientifiche - definendo le tempistiche delle varie fasi del percorso	8	8	8
19-106	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	Avvio della tele-consulazione tra le strutture radiologiche di AAS2 (Ospedale di Gorizia/Monfalcone) e specifici settori clinici dell'Ospedale (attività Hub di ASUITs)  Azioni Implementare i casi d'uso consultazione/visualizzazione di referti e immagini negli ambiti inter-aziendale ed emergenziale (progetto di integrazione nel sistema PACS Regionale dell'area isontina e triestina – ASUITs struttura Hub) - Teleconsulto Gorizia/Monfalcone per casi di elezione complessi (nella fascia oraria 8-20 dei giorni feriali) - Trasmissione immagini da Gorizia/Monfalcone per visione da parte dello specialista di ASUITs	TARGET: Produzione di protocollo operativo entro il 30.09.2016  Le richieste di tele consultazioni sono garantite al 100% dei medici richiedenti dalle Strutture Spoke di Gorizia e Monfalcone		8	8



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-107	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Valutazione HTA dell'utilizzo di CO2 in sostituzione della metodica tradizionale nell'esecuzione di angiografie interventistiche (Analisi dei consumi di mezzo di contrasto in radiologia interventistica (in previsione di affiancamento dell'utilizzo della CO2 per l'esecuzione di angiografia periferiche).</p> <p>Azioni Valutare per un periodo di 6 mesi il quantitativo di mezzo di contrasto complessivo consumato per ogni procedura ed il mezzo di contrasto realmente impiegato in ogni procedura</p>	TARGET: Produzione di relazione entro il 31/12/2016 e messa in atto di eventuali correttivi per ottimizzare la modalità di utilizzo e il consumo di mezzo di contrasto iodato attualmente in uso	10	8	8



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
20-117	3.4.7. Tempi d'attesa	<p>Al fine del rispetto dei tempi di attesa si richiede l'effettuazione nel II semestre 2016 di un numero di prestazioni pari a quello indicato nella sezione "indicatori".</p> <p>Obiettivo comune alle SSCC di Radiologia (Cattinara e Maggiore). I dati presenti negli indicatori si riferiscono alla produzione complessiva.</p>	<p>TARGET: Ecografia addome (88.74.1, 88.7411, 88.75.1, 88.7511, 88.76.1) 450 Brevi 400 Differite ecografia capo e collo e per linfonodi - comprese ghiandole salivari (88.71.4) 150 Brevi 25 Differite Ecografia mammella (88.73.1, 88.73.2) 175 Brevi 75 Differite RM addome (88.95.1, 88.95.2, 88.95.4, 88.95.5) 25 Brevi 25 Differite RM articolari (88.94.1, 88.94.2) 25 Brevi 25 Differite RM rachide (88.93, 88.93.1) 50 Brevi 25 Differite RM Cervello tronco encefalico - incluso distretto vascolare (88.91.1, 88.91.2) 75 Brevi 75 Differite Rx mammografia (87.37.1, 87.37.2) 150 Brevi 50 Differite TC addome (88.01.1, 88.01.2, 88.01.3, 88.01.4, 88.01.5, 88.01.6) 110 Brevi 25 Differite TC capo e/o encefalo, cranio, sella turcica, orbite (87.03, 87.03.1) 125 Brevi 75 Differite TC rachide e bacino (88.38.1, 88.38.288.38.5) 25 Brevi 25 Differite TC torace e/o polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino (87.41, 87.41.1) 100 Brevi 25 Differite</p> <p>MODALITA' DI VALUTAZIONE: In sede di valutazione, in caso di scostamento dal numero di prestazioni prestabilito, si terrà conto del rispetto dei tempi di attesa nella specifica categoria di prestazioni.</p>	8	8	8
20-118	3.4.7. Tempi d'attesa	Costruire le Agende CUP secondo le indicazioni regionali/aziendali per codice di priorità clinica	TARGET: Evidenza delle agende per codice di priorità clinica	10	8	8



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
21-124	3.4.8. Rischio clinico	<p>Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet)</li> <li>2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)</li> <li>3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica</li> </ol>	<p>TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento</p> <p>2) Risultato della survey &gt;= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)</p> <p>MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2</p>	16	8	8
21-131	3.4.8. Rischio clinico	<p>Creazione di un gruppo (Dose Team) che si occupi del processo di ottimizzazione utilizzando i database dosimetrici e riduzione del rischio di esposizione a radiazioni ionizzanti del paziente.</p> <p>Azioni</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Individuare i componenti del Dose Team e Costituire il gruppo di lavoro</li> <li>2) Analizzare in modo continuativo il database per Individuare le modalità di lavoro da ottimizzare</li> <li>3) Evidenziare l'origine delle criticità</li> <li>4) Definire le azioni correttive</li> </ol> <p>Obiettivo comune alle strutture del DAI di Diagnostica per immagini</p>	<p>TARGET: Esistenza formalizzata del Dose Team e Report sulle prime evidenze entro l'anno con Individuazione delle azioni correttive e di un piano di miglioramento (comprensivo della tempistica)</p>	6	6	6
21-144	3.4.8. Rischio clinico	<p>Miglioramento nella gestione da parte del personale delle Radiologie delle reazioni acute a mdc con maggiore precocità di intervento e migliore appropriatezza delle azioni</p> <p>Azioni</p> <p>Ottimizzare la gestione del paziente allergico al mdc sulla base delle recenti evidenze cliniche.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Predisposizione di protocolli ad hoc</li> <li>- Realizzazione di un percorso formativo per il personale delle 2 Radiologie</li> </ul>	<p>TARGET: Evidenza del protocollo operativo</p> <p>Organizzazione di evento formativo comprensivo di parte teorica e pratica</p>	8	8	8



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
26-159	Integrazione delle funzioni territoriali e ospedaliere	<p>Avviare/incrementare/favorire Consulenze radiologiche telefoniche effettuate per MMG, relative a prescrizione di esami radiologici (TC e RM in particolare) e maggiore appropriatezza delle richieste in particolare di TC e RM</p> <p>Azioni Estendere il progetto sperimentale iniziato nel 2015 con la Struttura Poliambulatoriale di Muggia, ad altri Distretti/CAP/PDMG secondo il protocollo operativo messo a punto nel 2015</p> <p>Obiettivo comune per radiologia HC e HM</p>	TARGET: Estensione dell'attività rispetto al 2015 in collaborazione con i Distretti e registrazione dell'attività con numero di consulenze eseguite e loro esito		8	8
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	<p>TARGET: Almeno il 98% dei referti su G2 viene firmato digitalmente</p> <p>MODALITA' DI VALUTAZIONE: La percentuale può essere ottenuta solamente includendo anche l'inserimento a sistema di copie digitali conformi all'originale analogico. In caso contrario tale casistica sarà esclusa dalla valutazione (a denominatore e numeratore).</p>		6	6
30-173	Sviluppo del sistema informativo	<p>Avvio della registrazione delle attività interventistiche nel registro operatorio G2</p> <p>Azioni Inserire l'attività di radiologia interventistica ablativa (radiofrequenze, microonde, crioablazioni) su fegato, rene e tiroide nel registro operatorio G2 al fine di rendere l'operatività specifica nel sistema più veloce ed efficace.</p> <p>Obiettivo comune per Radiologia HC e HM</p>	TARGET: Inserimento nel sistema G2 chirurgico almeno del 75% dell'attività interventistica NON VASCOLARE (radiofrequenza, microonde, crioterapia) svolta a partire dalla data di messa a punto del sistema	8	6	6
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015 MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Radiologia HC (UCO)**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	3,0	2,8	3,0	3,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	9,1	9,1	10,0	9,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	3,0	2,9	3,0	3,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	3,6	3,5	4,0	4,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	3,0	3,0	3,0	3,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. radiologia medica - D	46,3	44,0	47,0	48,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. esperto - tec. san. rad. medica - DS	2,0	2,0	2,0	2,0
<b>Totale</b>	<b>70,1</b>	<b>67,4</b>	<b>72,0</b>	<b>72,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").





**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti**

**SC Radiologia HC (UCO)**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico universitario - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico universitario	3,0	3,0	3,0	3,0
dirigente medico	20,0	19,2	20,0	20,0
<b>Totale</b>	<b>24,0</b>	<b>23,2</b>	<b>24,0</b>	<b>24,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.



Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

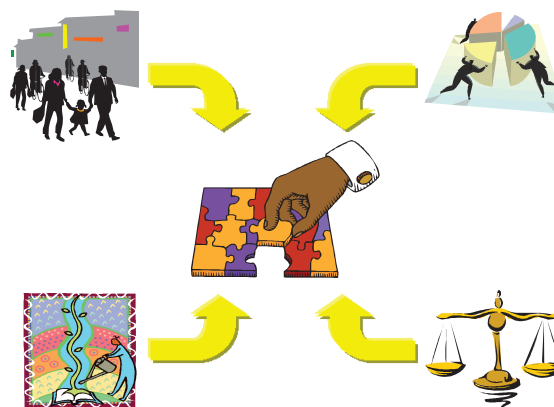
Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	326.605	0	326.605	0	6.879	692.506	127.336	0	1.153.326

Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".

Servizio Sanitario Regionale

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA  
INTEGRATA DI TRIESTE



**BUDGET 2016**

**CdR: SC Radiologia HM**

**Direttore: Dott. Fulvio Stacul**



Budget 2016 - Parte 1 - Attività  
SC Radiologia HM

PRESTAZIONI (FONTE CUPWEB)

Prestazione	ESTERNI					PS					INTERNI					TOTALE				
	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Δ	Δ %	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Δ	Δ %	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Δ	Δ %	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Δ	Δ %
<b>TOTALE PRESTAZIONI</b>	<b>43.042</b>	<b>22.359</b>	<b>22.714</b>	<b>355</b>	<b>1,6</b>	<b>8.808</b>	<b>4.681</b>	<b>4.526</b>	<b>-155</b>	<b>-3,3</b>	<b>7.497</b>	<b>3.878</b>	<b>3.891</b>	<b>13</b>	<b>0,3</b>	<b>59.347</b>	<b>30.918</b>	<b>31.131</b>	<b>213</b>	<b>0,7</b>
Assistenza rx in sala operatoria	0	0	0	0		0	0	0	0		207	100	128	28	28,0	207	100	128	28	28,0
Ecografia	5.442	3.023	2.651	-372	-12,3	1.122	555	546	-9	-1,6	1.024	564	439	-125	-22,2	7.588	4.142	3.636	-506	-12,2
Ecografia mammaria	2.776	1.511	1.525	14	0,9	3	0	1	1		77	37	51	14	37,8	2.856	1.548	1.577	29	1,9
Mammografia	3.959	2.145	2.240	95	4,4	0	0	0	0		12	8	5	-3	-37,5	3.971	2.153	2.245	92	4,3
N.proc. interv.	779	392	470	78	19,9	0	0	1	1		73	42	40	-2	-4,8	852	434	511	77	17,7
Non altrimenti classificate	0	0	287	287		0	0	0	0		9	6	49	43	716,7	9	6	336	330	5500,0
RNM	2.687	1.452	1.374	-78	-5,4	0	0	0	0		261	120	158	38	31,7	2.948	1.572	1.532	-40	-2,5
Rx (altre sedi con mezzo di contrasto)	179	78	77	-1	-1,3	1	1	0	-1	-100,0	10	5	0	-5	-100,0	190	84	77	-7	-8,3
Rx (altre sedi senza mezzo di contrasto)	18.337	9.155	9.632	477	5,2	5.573	2.981	2.735	-246	-8,3	1.936	930	1.334	404	43,4	25.846	13.066	13.701	635	4,9
Rx torace	3.015	1.718	1.356	-362	-21,1	1.384	748	831	83	11,1	2.825	1.502	1.263	-239	-15,9	7.224	3.968	3.450	-518	-13,1
Studio TC	362	183	222	39	21,3	0	0	0	0		25	12	14	2	16,7	387	195	236	41	21,0
TC	4.716	2.299	2.471	172	7,5	217	141	90	-51	-36,2	680	355	274	-81	-22,8	5.613	2.795	2.835	40	1,4
TC cerebrale	680	354	332	-22	-6,2	504	254	321	67	26,4	336	185	130	-55	-29,7	1.520	793	783	-10	-1,3
Visite, consulti, consulenze	110	49	77	28	57,1	4	1	1	0	0,0	22	12	6	-6	-50,0	136	62	84	22	35,5



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
5-16	3.2.2 Screening Oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia - K della MAMMELLA	Implementazione percorso alto rischio attraverso selezione pazienti in corso di esame radiologico e/o visita senologica e/o oncologica mediante utilizzo apposita tabella di fattori di rischio che definiscano l'eleggibilità a counselling genetico, eventuale test e/o screening personalizzato  Obiettivo assegnato alle strutture afferenti alla Breast Unit	TARGET: Definire un protocollo condiviso (anche con IRCCS Burlo) e avviarne l'implementazione  Adottare un protocollo provinciale coerente con i principi di accreditamento EUSOMA per la definizione del profilo di rischio eredo-familiare del cancro della mammella (protocollo coerente con i principi di accreditamento EUSOMA inviata alla DCS per l'adozione formale)	8	8	8
5-17	3.2.2 Screening Oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia - K della MAMMELLA	Portare a termine accreditamento EUSOMA della BREAST UNIT	TARGET: Accreditamento ottenuto entro l'anno.	18	10	10
5-18	3.2.2 Screening Oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia - K della MAMMELLA	Aggiornamento PTDA ca mammella elaborato nel novembre 2014  Sono coinvolte nell'obiettivo tutte le strutture afferenti alla Breast Unit	TARGET: Aggiornare il contenuto ed i processi descritti nel documento di PTDA già condiviso nel 2014 - secondo le ultime evidenze scientifiche - definendo le tempistiche delle varie fasi del percorso	8	8	8
5-19	3.2.2 Screening Oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia - K della MAMMELLA	Percorso breve. Ottimizzazione del percorso diagnostico nelle pazienti con elevato sospetto di ca mammario finalizzato a potenziare le sedute di agoaspirati sotto guida ecografica per esame citologico al fine di avere un percorso diagnostico rapido nelle pazienti con elevato sospetto clinico/strumentale di ca mammario.  Obiettivo comune a Chi. Sen., Ana pat, Radiologia HM	TARGET: Disponibilità del protocollo intraospedaliero entro il 30.09.2016  Tempo trascorso (in giorni) tra la data in cui è stato effettuato l'esame radiologico (mx, ecografia) e la data in cui è stato eseguito l'agoaspirato eco guidato (l'85% dei casi è sottoposto a procedura entro 5 giorni)	10	8	8



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-106	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	<p>Avvio della tele-consultazione tra le strutture radiologiche di AAS2 (Ospedale di Gorizia/Monfalcone) e specifici settori clinici dell'Ospedale (attività Hub di ASUITs)</p> <p>Azioni Implementare i casi d'uso consultazione/visualizzazione di referti e immagini negli ambiti inter-aziendale ed emergenziale (progetto di integrazione nel sistema PACS Regionale dell'area isontina e triestina – ASUITs struttura Hub)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Teleconsulto Gorizia/Monfalcone per casi di elezione complessi (nella fascia oraria 8-20 dei giorni feriali)</li> <li>- Trasmissione immagini da Gorizia/Monfalcone per visione da parte dello specialista di ASUITs</li> </ul>	<p>TARGET: Produzione di protocollo operativo entro il 30.09.2016</p> <p>Le richieste di tele consultazioni sono garantite al 100% dei medici richiedenti dalle Strutture Spoke di Gorizia e Monfalcone</p>		8	8



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
20-117	3.4.7. Tempi d'attesa	<p>Al fine del rispetto dei tempi di attesa si richiede l'effettuazione nel II semestre 2016 di un numero di prestazioni pari a quello indicato nella sezione "indicatori".</p> <p>Obiettivo comune alle SSCC di Radiologia (Cattinara e Maggiore). I dati presenti negli indicatori si riferiscono alla produzione complessiva.</p>	<p>TARGET: Ecografia addome (88.74.1, 88.7411, 88.75.1, 88.7511, 88.76.1) 450 Brevi 400 Differite ecografia capo e collo e per linfonodi - comprese ghiandole salivari (88.71.4) 150 Brevi 25 Differite Ecografia mammella (88.73.1, 88.73.2) 175 Brevi 75 Differite RM addome (88.95.1, 88.95.2, 88.95.4, 88.95.5) 25 Brevi 25 Differite RM articolari (88.94.1, 88.94.2) 25 Brevi 25 Differite RM rachide (88.93, 88.93.1) 50 Brevi 25 Differite RM Cervello tronco encefalico - incluso distretto vascolare (88.91.1, 88.91.2) 75 Brevi 75 Differite Rx mammografia (87.37.1, 87.37.2) 150 Brevi 50 Differite TC addome (88.01.1, 88.01.2, 88.01.3, 88.01.4, 88.01.5, 88.01.6) 110 Brevi 25 Differite TC capo e/o encefalo, cranio, sella turcica, orbite (87.03, 87.03.1) 125 Brevi 75 Differite TC rachide e bacino (88.38.1, 88.38.288.38.5) 25 Brevi 25 Differite TC torace e/o polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino (87.41, 87.41.1) 100 Brevi 25 Differite</p> <p>MODALITA' DI VALUTAZIONE: In sede di valutazione, in caso di scostamento dal numero di prestazioni prestabilito, si terrà conto del rispetto dei tempi di attesa nella specifica categoria di prestazioni.</p>	8	8	8
20-118	3.4.7. Tempi d'attesa	Costruire le Agende CUP secondo le indicazioni regionali/aziendali per codice di priorità clinica	TARGET: Evidenza delle agende per codice di priorità clinica	8	8	8



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
21-124	3.4.8. Rischio clinico	<p>Adesione all'igiene delle mani secondo i "5 momenti OMS". L'obiettivo prevede:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) effettuazione di un monitoraggio iniziale a marzo a cura della Direzione medica (risultati pubblicati su intranet)</li> <li>2) Sulla base dei risultati predisposizione a cura dei CdR di un progetto di miglioramento volto a garantire una % di adesione all'igiene delle mani superiore al 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)</li> <li>3) Effettuazione di un monitoraggio finale a dicembre a cura della Direzione medica</li> </ol>	<p>TARGET: 1) Evidenza del progetto di miglioramento</p> <p>2) Risultato della survey &gt;= 60% (o al valore registrato nel primo monitoraggio se superiore al 60%)</p> <p>MODALITA' DI VALUTAZIONE: 50% per l'effettuazione del punto 1 50% per il risultato di cui al punto 2</p>	18	10	10
21-131	3.4.8. Rischio clinico	<p>Creazione di un gruppo (Dose Team) che si occupi del processo di ottimizzazione utilizzando i database dosimetrici e riduzione del rischio di esposizione a radiazioni ionizzanti del paziente.</p> <p>Azioni</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Individuare i componenti del Dose Team e Costituire il gruppo di lavoro</li> <li>2) Analizzare in modo continuativo il database per Individuare le modalità di lavoro da ottimizzare</li> <li>3) Evidenziare l'origine delle criticità</li> <li>4) Definire le azioni correttive</li> </ol> <p>Obiettivo comune alle strutture del DAI di Diagnostica per immagini</p>	<p>TARGET: Esistenza formalizzata del Dose Team e Report sulle prime evidenze entro l'anno con Individuazione delle azioni correttive e di un piano di miglioramento (comprensivo della tempistica)</p>	6	6	6
21-144	3.4.8. Rischio clinico	<p>Miglioramento nella gestione da parte del personale delle Radiologie delle reazioni acute a mdc con maggiore precocità di intervento e migliore appropriatezza delle azioni</p> <p>Azioni</p> <p>Ottimizzare la gestione del paziente allergico al mdc sulla base delle recenti evidenze cliniche.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Predisposizione di protocolli ad hoc</li> <li>- Realizzazione di un percorso formativo per il personale delle 2 Radiologie</li> </ul>	<p>TARGET: Evidenza del protocollo operativo</p> <p>Organizzazione di evento formativo comprensivo di parte teorica e pratica</p>	8	8	8





Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
26-159	Integrazione delle funzioni territoriali e ospedaliere	<p>Avviare/incrementare/favorire Consulenze radiologiche telefoniche effettuate per MMG, relative a prescrizione di esami radiologici (TC e RM in particolare) e maggiore appropriatezza delle richieste in particolare di TC e RM</p> <p>Azioni Estendere il progetto sperimentale iniziato nel 2015 con la Struttura Poliambulatoriale di Muggia, ad altri Distretti/CAP/PDMG secondo il protocollo operativo messo a punto nel 2015</p> <p>Obiettivo comune per radiologia HC e HM</p>	TARGET: Estensione dell'attività rispetto al 2015 in collaborazione con i Distretti e registrazione dell'attività con numero di consulenze eseguite e loro esito		8	8
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	<p>TARGET: Almeno il 98% dei referti su G2 viene firmato digitalmente</p> <p>MODALITA' DI VALUTAZIONE: La percentuale può essere ottenuta solamente includendo anche l'inserimento a sistema di copie digitali conformi all'originale analogico. In caso contrario tale casistica sarà esclusa dalla valutazione (a denominatore e numeratore).</p>		5	5
30-173	Sviluppo del sistema informativo	<p>Avvio della registrazione delle attività interventistiche nel registro operatorio G2</p> <p>Azioni Inserire l'attività di radiologia interventistica ablativa (radiofrequenze, microonde, crioablazioni) su fegato, rene e tiroide nel registro operatorio G2 al fine di rendere l'operatività specifica nel sistema più veloce ed efficace.</p> <p>Obiettivo comune per Radiologia HC e HM</p>	TARGET: Inserimento nel sistema G2 chirurgico almeno del 75% dell'attività interventistica NON VASCOLARE (radiofrequenza, microonde, crioterapia) svolta a partire dalla data di messa a punto del sistema	8	5	5
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015 MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Radiologia HM**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	3,0	3,0	3,0	3,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	5,2	4,5	5,0	5,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	2,2	2,2	2,0	2,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	2,8	2,5	3,0	3,0
Tecnici non sanitari - op. tec. - B	1,0	1,0	1,0	1,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. radiologia medica - D	17,2	16,0	18,0	18,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. esperto - tec. san. rad. medica - DS	1,0	1,0	1,0	1,0
<b>Totale</b>	<b>32,4</b>	<b>30,3</b>	<b>33,0</b>	<b>33,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").



**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti**

**SC Radiologia HM**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico	12,0	11,9	12,0	12,0
<b>Totale</b>	<b>13,0</b>	<b>12,9</b>	<b>13,0</b>	<b>13,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.

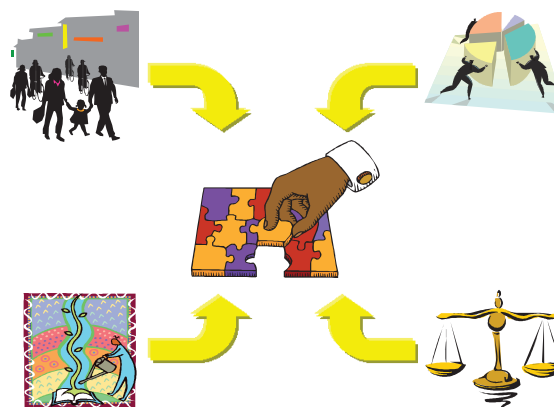


## Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	125.032	0	125.032	0	1.670	70.916	0	0	197.619

## Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



## BUDGET 2016

**CdR: SSD Radiologia interventistica**

**Responsabile: Dott. Fabio Pozzi Mucelli**



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
16-50	3.4.2. Emergenza urgenza	<p>Avvio del trattamento con trombectomia del paziente colpito da Ictus acuto</p> <p>Azioni Garantire, con le strutture del 118 e di emergenza del territorio giuliano isontino, il trattamento con TROMBECTOMIA nei pazienti con ictus acuto non responsivi a trombolisi insieme alla Radiologia dell'Ospedale di Cattinara Portare a termine il programma coordinato ed integrato di formazione interaziendale sui PDTA (piano di informazione regionale sull'ictus)</p> <p>Obiettivo comune a Clinica Neurologica e SSD radiologia interventistica</p>	<p>TARGET: Applicazione del PDTA per i pazienti colpiti da Ictus acuto e almeno 10 TROMBECTOMIE entro il 31.12.2016</p> <p>Applicazione del PDTA regionale per i pazienti colpiti da Ictus acuto</p>	50		50
19-107	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriata ed efficienza dell'attività	<p>Valutazione HTA dell'utilizzo di CO2 in sostituzione della metodica tradizionale nell'esecuzione di angiografie interventistiche (Analisi dei consumi di mezzo di contrasto in radiologia interventistica (in previsione di affiancamento dell'utilizzo della CO2 per l'esecuzione di angiografia periferiche).</p> <p>Azioni Valutare per un periodo di 6 mesi il quantitativo di mezzo di contrasto complessivo consumato per ogni procedura ed il mezzo di contrasto realmente impiegato in ogni procedura</p>	<p>TARGET: Produzione di relazione entro il 31/12/2016 e messa in atto di eventuali correttivi per ottimizzare la modalità di utilizzo e il consumo di mezzo di contrasto iodato attualmente in uso</p>	40		40
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	<p>TARGET: Almeno l'80% dei referti su G2 viene firmato digitalmente</p>	10		10
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>		<b>100</b>

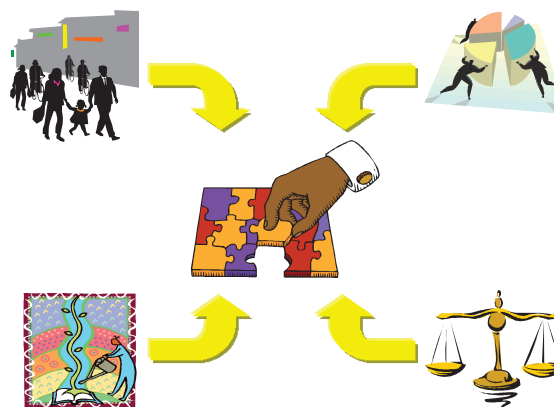




Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione

Servizio Sanitario Regionale

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA  
INTEGRATA DI TRIESTE



## BUDGET 2016

**CdR: DAI di Medicina di Laboratorio**

**Direttore: Dott. Maurizio Ruscio**



Budget 2016 - Parte 1 - Attività

DAI di Medicina di laboratorio

Settore	Anno 2015			I Semestre 2015			I Semestre 2016			Delta 2016-2015			Delta % 2016-2015		
	Esterni	Interni	Totale	Esterni	Interni	Totale	Esterni	Interni	Totale	Esterni	Interni	Totale	Esterni	Interni	Totale
Allergie	2.280	391	2.671	1.255	246	1.501	998	91	1.089	-257	-155	-412	-20,5	-63,0	-27,4
Autoimmunità	18.274	7.602	25.876	9.287	4.603	13.890	9.617	2.771	12.388	330	-1.832	-1.502	3,6	-39,8	-10,8
Batteriologia	43.642	55.657	99.299	17.773	29.091	46.864	25.316	26.438	51.754	7.543	-2.653	4.890	42,4	-9,1	10,4
Chimica clinica	1.319.375	1.151.558	2.470.933	681.082	586.589	1.267.671	680.338	581.517	1.261.855	-744	-5.072	-5.816	-0,1	-0,9	-0,5
Ematologia	186.138	169.243	355.381	96.515	87.078	183.593	86.355	80.790	167.145	-10.160	-6.288	-16.448	-10,5	-7,2	-9,0
Immunometria	190.555	99.034	289.589	98.707	52.024	150.731	98.908	49.969	148.877	201	-2.055	-1.854	0,2	-4,0	-1,2
Infettivologia	27.278	12.555	39.833	13.431	6.428	19.859	14.616	7.346	21.962	1.185	918	2.103	8,8	14,3	10,6
Liquidi biologici	65.651	33.680	99.331	33.425	17.672	51.097	35.431	9.864	45.295	2.006	-7.808	-5.802	6,0	-44,2	-11,4
Microbiologia Polmonare	4.119	4.244	8.363	2.116	2.445	4.561	2.036	1.768	3.804	-80	-677	-757	-3,8	-27,7	-16,6
Prelievi	7.960		7.960	4.165		4.165	4.828	44	4.872	663	44	707	15,9		17,0
Proteine	56.896	24.692	81.588	29.065	13.318	42.383	26.972	11.300	38.272	-2.093	-2.018	-4.111	-7,2	-15,2	-9,7
Sierologia Virale	11.562	4.905	16.467				24.999	9.087	34.086	24.999	9.087	34.086			
Tipizzazione tissutale	8.259	2.715	10.974	3.986	1.839	5.825	5.116	730	5.846	1.130	-1.109	21	28,3	-60,3	0,4
Tossicologia	32.518	6.325	38.843	16.833	3.163	19.996	17.740	3.507	21.247	907	344	1.251	5,4	10,9	6,3
<b>Totale generale</b>	<b>1.974.507</b>	<b>1.572.601</b>	<b>3.547.108</b>	<b>1.007.640</b>	<b>804.496</b>	<b>1.812.136</b>	<b>1.033.270</b>	<b>785.222</b>	<b>1.818.492</b>	<b>25.630</b>	<b>-19.274</b>	<b>6.356</b>	<b>2,5</b>	<b>-2,4</b>	<b>0,4</b>



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
1-1	3.1.9. Riorganizzazione dei Laboratori analisi e Microbiologia e virologia	<p>Riduzione dei Tempi di Risposta Miglioramento del servizio e della comunicazione al paziente esterno</p> <p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ottimizzazione dei flussi di lavoro</li> <li>- Preparazione di un documento aggiornato sui nuovi tempi di refertazione e sulla organizzazione interna di laboratorio</li> </ul> <p>Obiettivo comune del DAI</p> <p>ASSEGNATO A: SC Patologia Clin</p>	TARGET: Progetto di revisione della produzione e messa a disposizione dei referti mirata alla riduzione dei tempi di consegna degli stessi all'utente.	18	15	15
1-2	3.1.9. Riorganizzazione dei Laboratori analisi e Microbiologia e virologia	<p>Nuovo protocollo dell'esame del LCR</p> <p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisione dei parametri analitici del Liquido Cefalo Rachidiano (LCR)</li> <li>- Riscrittura del processo pre-analitico (prelievo, trasporto, accettazione dei campioni)</li> <li>- Gestione del rischio degli operatori</li> </ul> <p>Obiettivo comune del DAI</p> <p>ASSEGNATO A: SC Patologia Clin</p>	<p>TARGET: Adozione del nuovo protocollo dell'esame del LCR con definizione dell'organizzazione riferita alle attività d'urgenza nelle 24h/7 giorni nel rispetto dei criteri di sicurezza previsti per gli operatori;</p> <p>Introduzione di nuovi parametri nel referto del LCR</p>	17	15	15
1-3	3.1.9. Riorganizzazione dei Laboratori analisi e Microbiologia e virologia	<p>Revisione tecnico-organizzativa dell'analisi del liquor cefalorachidiano (LCR)</p> <p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Integrazione e sinergie operative tra il personale Dirigente e Tecnico della SC di Microbiologia e Patologia Clinica</li> <li>- Revisione delle responsabilità nella gestione dell'esame con ridefinizione del modello organizzativo in essere.</li> </ul> <p>Obiettivo comune del DAI</p> <p>ASSEGNATO A: SC Patologia Clin</p>	TARGET: Applicazione nuovo protocollo del LCR e evidenza delle attività	17	14	14



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
9-30	3.4.1 Insufficienze d' organo e trapianti FEGATO	Centralizzazione e gestione dei campioni biologici dei pazienti con malattie croniche del fegato.  Azioni Redazione progetto per attivare e gestire la sieroteca per la conservazione dei sieri  ASSEGNATO A: SC Patologia Clin	TARGET: Redazione del progetto pilota con individuazione degli spazi, dei sistemi di congelamento, del sistema informatico, del personale necessario alla gestione del servizio, delle procedure di trasmissione e accoglimento dei campioni, delle procedure di rispetto della privacy (compreso il consenso informato dei pazienti). Previsione dei costi complessivi.	17	14	14
10-34	3.4.1 Insufficienze d' organo e trapianti RENE	Allestire un PDTA per il paziente con calcolosi renale "attiva" che consenta la rapida rimozione della ostruzione urinaria e riduca il rischio di recidive calcolotiche dopo bonifica urologica.  Obiettivo comune a SC Nefro, SC Clin Urol, SC Pat Clinica  ASSEGNATO A: SC Patologia Clin	TARGET: Formalizzazione ed avvio di un percorso che consenta al paziente uno studio metabolico adeguato ed un programma di prevenzione delle recidive	17	14	14
26-162	Integrazione delle funzioni territoriali e ospedaliere	Miglioramento dell'appropriatezza della diagnostica di laboratorio (indicazioni all'esame e fase preanalitica)  Azioni Formazione MMG sulle corrette indicazioni e modalità di prelievo dei principali campioni: - Microbiologici - Patologia Clinica  Obiettivo comune del DAI  ASSEGNATO A: SC Patologia Clin	TARGET: Partecipazione a formazione MMG e/o diffusione di manuale informativo in collaborazione con i Distretti	14	14	14
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale  ASSEGNATO A: SC Patologia Clin	TARGET: Almeno il 98% dei referti su DNLAB vengono firmati digitalmente  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Obiettivo subordinato al consolidamento del modulo applicativo messo a disposizione a fine 2015		14	14
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
1-1	3.1.9. Riorganizzazione dei Laboratori analisi e Microbiologia e virologia	<p>Riduzione dei Tempi di Risposta Miglioramento del servizio e della comunicazione al paziente esterno</p> <p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ottimizzazione dei flussi di lavoro</li> <li>- Preparazione di un documento aggiornato sui nuovi tempi di refertazione e sulla organizzazione interna di laboratorio</li> </ul> <p>Obiettivo comune del DAI</p> <p>ASSEGNATO A: SC Microbiologia</p>	TARGET: Progetto di revisione della produzione e messa a disposizione dei referti mirata alla riduzione dei tempi di consegna degli stessi all'utente.	17	14	14
1-2	3.1.9. Riorganizzazione dei Laboratori analisi e Microbiologia e virologia	<p>Nuovo protocollo dell'esame del LCR</p> <p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisione dei parametri analitici del Liquido Cefalo Rachidiano (LCR)</li> <li>- Riscrittura del processo pre-analitico (prelievo, trasporto, accettazione dei campioni)</li> <li>- Gestione del rischio degli operatori</li> </ul> <p>Obiettivo comune del DAI</p> <p>ASSEGNATO A: SC Microbiologia</p>	<p>TARGET: Adozione del nuovo protocollo dell'esame del LCR con definizione dell'organizzazione riferita alle attività d'urgenza nelle 24h/7 giorni nel rispetto dei criteri di sicurezza previsti per gli operatori;</p> <p>Introduzione di nuovi parametri nel referto del LCR</p>	15	14	14
1-3	3.1.9. Riorganizzazione dei Laboratori analisi e Microbiologia e virologia	<p>Revisione tecnico-organizzativa dell'analisi del liquor cefalorachidiano (LCR)</p> <p>Azioni</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Integrazione e sinergie operative tra il personale Dirigente e Tecnico della SC di Microbiologia e Patologia Clinica</li> <li>- Revisione delle responsabilità nella gestione dell'esame con ridefinizione del modello organizzativo in essere.</li> </ul> <p>Obiettivo comune del DAI</p> <p>ASSEGNATO A: SC Microbiologia</p>	TARGET: Applicazione nuovo protocollo del LCR e evidenza delle attività	17	12	12



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
1-4	3.1.9. Riorganizzazione dei Laboratori analisi e Microbiologia e virologia	Revisione del manuale prelievo, conservazione e trasporto dei campioni microbiologici ASSEGNATO A: SC Microbiologia	TARGET: Manuale aggiornato, diffuso alle strutture di ASUITs e Burlo Garofolo	17	12	12
3-12	3.2.14 Miglioramento della sorveglianza e della prevenzione delle malattie infettive	Estendere la segnalazione dei microrganismi sentinella alle strutture territoriali ed Riduzione delle resistenze batteriche. Appropriato uso della terapia antibiotica  Azioni - Sorveglianza delle antibiotico-resistenze - Monitoraggio dei microrganismi alert e MDR (multi drug resistant): sorveglianza continua - estensione alle strutture territoriali (RSA, ADI) in base ad un protocollo condiviso - Partecipare al gruppo di lavoro regionale per la costituzione del Registro regionale delle resistenze batteriche - Partecipare all'elaborazione di un report regionale sulle resistenze batteriche - Contribuire alla diffusione del report regionale  ASSEGNATO A: SC Microbiologia	TARGET: Report sulle resistenze agli antibiotici, secondo le modalità e tempistiche definite dal CIO Segnalazioni ai Reparti e alla Direzione Sanitaria (segnalazione telefonica e/o fax) come da procedura aziendale e Linee guida regionali "Indicazioni per la sorveglianza dei microrganismi sentinella" Protocollo condiviso con i referenti del territorio (individuati nell'ambito dei componenti della nuova CIO di ASUITs). Evidenza di segnalazione alle strutture territoriali. Report (concordato con il gruppo di lavoro regionale) inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci	17	12	12
21-141	3.4.8. Rischio clinico	Formazione degli operatori sanitari sull'ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP.  Azioni Organizzare e completare il programma di formazione/aggiornamento (3 sessioni) dei medici prescrittori afferenti a: Dai Medicina, Dai Medicine Specialistiche, Onco-Ematologia, Dai Chirurgia, Chirurgie Special., Testa-Collo, Dai Terapia Intensiva/Emerg/Perioper.  Obiettivo comune a Malattie Infettive, Microbiologia e Farmacia  ASSEGNATO A: SC Microbiologia	TARGET: Evidenza del materiale didattico prodotto Il programma regionale viene condotto a termine nei tempi previsti		12	12



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
26-162	Integrazione delle funzioni territoriali e ospedaliere	Miglioramento dell'appropriatezza della diagnostica di laboratorio (indicazioni all'esame e fase preanalitica)  Azioni Formazione MMG sulle corrette indicazioni e modalità di prelievo dei principali campioni: - Microbiologici - Patologia Clinica  Obiettivo comune del DAI  ASSEGNATO A: SC Microbiologia	TARGET: Partecipazione a formazione MMG e/o diffusione di manuale informativo in collaborazione con i Distretti	17	12	12
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale  ASSEGNATO A: SC Microbiologia	TARGET: Almeno il 98% dei referti su DNLAB vengono firmati digitalmente  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Obiettivo subordinato al consolidamento del modulo applicativo messo a disposizione a fine 2015		12	12
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>





Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015 MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-174	Sviluppo delle politiche del personale	Definizione del Piano ferie nei tempi previsti e invio di un report mensile alla Direzione Infermieristica sulla situazione delle ferie fruito dal personale del Comparto	TARGET: Piano ferie prodotto nei tempi concordati
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-176	Sviluppo delle politiche del personale	Monitoraggio delle eccedenze orarie del personale del comparto al fine del contenimento delle liquidazioni entro il Budget assegnato.	TARGET: Produzione di una reportistica mensile sulle eccedenze orarie del personale del comparto con evidenza di: 1) credito orario liquidato 2) credito orario residuo
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**DAI di Medicina di Laboratorio**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	3,0	2,7	3,0	3,0
Amministrativi - ass. amm.vo - C	0,0	0,0	0,0	1,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	8,8	7,0	8,0	6,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	1,0	1,0	1,0	1,0
Ota-Oss - op. tec. add. assistenza (ota) - B	1,0	1,0	1,0	1,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	9,2	9,0	10,0	10,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	3,0	2,3	3,0	3,0
Tecnici non sanitari - op. tec. - B	1,0	1,0	1,0	1,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. lab. biomed. - D	51,3	49,7	51,0	49,0
<b>Totale</b>	<b>78,4</b>	<b>73,8</b>	<b>78,0</b>	<b>75,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza.

E' prevista inoltre l'acquisizione di 2 tecnici di laboratorio oltre alle unità provenienti dall'IRCCS Burlo in conseguenza del trasferimento di attività previsto dalle Linee regionali.

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****DAI di Medicina di Laboratorio**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico - direttore di SC	0,8	0,8	1,0	1,0
dirigente medico	6,0	6,0	6,0	5,0
dirigente biologo	8,5	8,2	9,0	8,0
<b>Totale</b>	<b>15,4</b>	<b>15,1</b>	<b>16,0</b>	<b>14,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario. Prevista inoltre l'assunzione di 1 chimico e la stabilizzazione di alcune figure a TD (laddove possibile)

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato omnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.

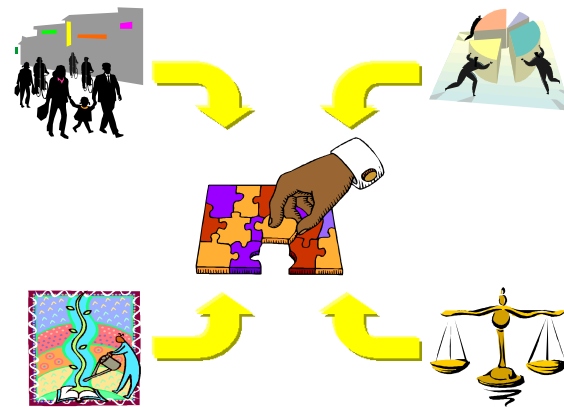
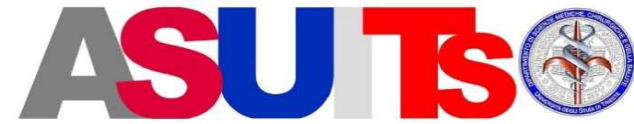


Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	6.150	0	6.150	96	3.651.521	14.478	0	0	3.672.245

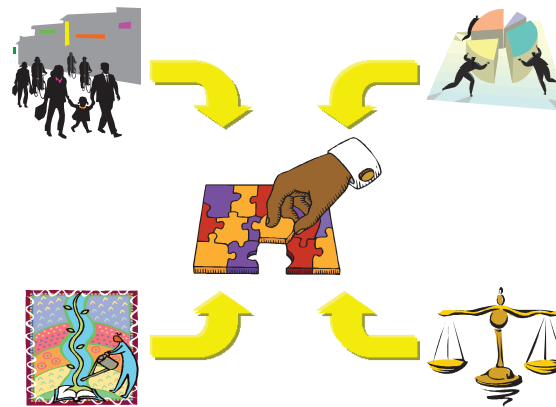
Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



## BUDGET 2016

DAI di Patologia e medicina legale



## BUDGET 2016

**CdR: SC Anatomia ed istologia Patologica (UCO)**

**Direttore: Prof. Fabrizio Zanconati**



**Budget 2016 - Parte 1 - Attività**  
**SC Anatomia ed istologia Patologica (UCO)**

Dato/indicatore	Anno 2015	I Sem 2015	I Sem 2016	Delta I Sem 2016 - I Sem 2015	Delta % I Sem 2016 - I Sem 2015
-----------------	-----------	------------	------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Casi trattati in anatomia patologica**

Autopsie	714	349	363	14	4,0
Biopsie	18.400	9.275	9.674	399	4,3
di cui grandi	3.864	1.933	1.852	-81	-4,2
di cui piccole	13.915	7.019	7.542	523	7,5
di cui estemporanee	592	307	266	-41	-13,4
di cui altre	29	16	14	-2	-12,5
Citologie	21.677	10.419	10.603	184	1,8
di cui Pap test	14.076	6.547	6.985	438	6,7
di cui test HPV	599	313	248	-65	-20,8
di cui estemporanee	352	178	280	102	57,3
di cui altre	6.650	3.381	3.090	-291	-8,6
Biologia molecolare (casi escl. HPV)	533	283	387	104	36,7
Biologia molecolare (prestazioni escl. HPV)	984	504	959	455	90,3

**Tempi medi di refertazione prestazioni AP (giorni)**

Autopsie	71,5	60,7	55,4	-5,3	-8,7
Biopsie	10,9	10,4	12,6	2,2	21,4
di cui grandi	11,4	11,3	12,4	1,1	9,9
di cui piccole	11,2	10,5	13,0	2,5	23,5
di cui estemporanee	0,1	0,1	0,2	0,0	21,2
di cui altre	18,1	12,3	25,1	12,8	103,6
Citologie	11,8	10,8	8,2	-2,6	-24,1
di cui Pap test	12,9	11,3	8,2	-3,2	-27,8
di cui test HPV	20,0	23,5	16,5	-6,9	-29,5
di cui estemporanee	0,3	0,3	1,3	1,0	354,1
di cui altre	9,2	9,0	8,1	-0,9	-10,3
Biologia molecolare (escl. HPV)	12,2	14,6	11,0	-3,7	-25,2





Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
5-15	3.2.2 Screening Oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia - K della MAMMELLA	Avviare la Fast Track di casi dubbi/sospetti alle indagini di II livello dello screening mammario	TARGET: Riduzione del 50% tempo di refertazione cito/istologica delle lesioni screening detected segnalate dalla Radiologia rispetto al 2015	12	11	11
5-16	3.2.2 Screening Oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia - K della MAMMELLA	Implementazione percorso alto rischio attraverso selezione pazienti in corso di esame radiologico e/o visita senologica e/o oncologica mediante utilizzo apposita tabella di fattori di rischio che definiscano l'eleggibilità a counselling genetico, eventuale test e/o screening personalizzato  Obiettivo assegnato alle strutture afferenti alla Breast Unit	TARGET: Definire un protocollo condiviso (anche con IRCCS Burlo) e avviarne l'implementazione  Adottare un protocollo provinciale coerente con i principi di accreditamento EUSOMA per la definizione del profilo di rischio eredo-familiare del cancro della mammella (protocollo coerente con i principi di accreditamento EUSOMA inviata alla DCS per l'adozione formale)	12	11	11
5-17	3.2.2 Screening Oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia - K della MAMMELLA	Portare a termine accreditamento EUSOMA della BREAST UNIT	TARGET: Accreditamento ottenuto entro l'anno.	16	12	12
5-18	3.2.2 Screening Oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia - K della MAMMELLA	Aggiornamento PTDA ca mammella elaborato nel novembre 2014  Sono coinvolte nell'obiettivo tutte le strutture afferenti alla Breast Unit	TARGET: Aggiornare il contenuto ed i processi descritti nel documento di PTDA già condiviso nel 2014 - secondo le ultime evidenze scientifiche - definendo le tempistiche delle varie fasi del percorso	12	11	11
5-19	3.2.2 Screening Oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia - K della MAMMELLA	Percorso breve. Ottimizzazione del percorso diagnostico nelle pazienti con elevato sospetto di ca mammario finalizzato a potenziare le sedute di agoaspirati sotto guida ecografica per esame citologico al fine di avere un percorso diagnostico rapido nelle pazienti con elevato sospetto clinico/strumentale di ca mammario.  Obiettivo comune a Chi. Sen., Ana pat, Radiologia HM	TARGET: Disponibilità del protocollo intraospedaliero entro il 30.09.2016  Tempo trascorso (in giorni) tra la data in cui è stato effettuato l'esame radiologico (mx, ecografia) e la data in cui è stato eseguito l'agoaspirato eco guidato (l'85% dei casi è sottoposto a procedura entro 5 giorni)	12	11	11
19-79	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriately ed efficienza dell'attività	Costruzione del Percorso preventivo-diagnostico-terapeutico e assistenziale per il paziente affetto da Melanoma.  Azioni Costruire il percorso di cura intraospedaliero condiviso nel trattamento del melanoma cutaneo. Obiettivo assegnato a SC Chirurgia Plastica SC Chirurgia Generale SC Clinica Dermatologica SC Oncologia SC Anatomia patologica. Capofila SC Chirurgia Plastica	TARGET: Pubblicazione del percorso di cura INTRAOSPEDALIERO sul sito Internet ASUITs entro il 31.12.2016	12	11	11



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
21-125	3.4.8. Rischio clinico	<p>Rischio clinico/sicurezza: Adeguamento della struttura di Anatomia Patologica con particolare riguardo ai settori operativi alle zone di manipolazione della formalina in ottemperanza al recepimento della del REGOLAMENTO (UE) N. 605/2014 DELLA COMMISSIONE del 5 giugno 2014" (G.U. dell'UE del 06.06.2014) Riduzione del rischio associato ad esposizione a formalina e ristrutturazione degli ambienti senza interruzione delle attività diagnostiche.</p> <p>Azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valutare l'esposizione a formalina del personale operante nei diversi settori ed invio dei monitorati alla Direzione Medica di Presidio</li> <li>- Individuare gli spazi adeguati per il mantenimento dell'attività di campionamento di specimen chirurgici e piccole biopsie, loro processazione e inclusione</li> <li>- Riorganizzare il flusso lavorativo per il periodo di ristrutturazione degli ambienti</li> </ul>	TARGET: Nessuna interruzione dell'erogazione dell'attività istopatologia durante tutto il periodo necessario al completamento della ristrutturazione	12	11	11
27-164	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	<p>Riorganizzazione del servizio: Trasferimento Archivi dell'Anatomia Patologica presso locali ex "archivio Cartelle Cliniche" di strada della Rosandra</p> <p>Azioni</p> <p>Adeguare i locali con mantenimento in loco (presso l'archivio generale Anatomia Patologica di Cattinara) soltanto degli ultimi 3 anni di attività</p>	TARGET: Trasferimento degli archivi cartacei/inclusioni/vetrini (almeno l'archivio 1) dai depositi di Cattinara e del Maggiore alla sede ex Cartelle cliniche entro l'anno 2016	12	11	11
30-171	Sviluppo del sistema informativo	Estensione/Consolidamento dell'uso della firma digitale	TARGET: Almeno il 98% dei referti viene firmato digitalmente		11	11
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
24-150	Governo delle risorse assegnate	Mantenimento/miglioramento dei livelli di efficienza registrati nel 2015 a margine dell'utilizzo dei beni di consumo sanitari	TARGET: Rapporto tra costi dei beni di consumo utilizzati e attività pesata pari al 2015 MODALITA' DI VALUTAZIONE: In caso di scostamento il Direttore del CdR produrrà una relazione per evidenziare le principali ragioni dello stesso.
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-174	Sviluppo delle politiche del personale	Definizione del Piano ferie nei tempi previsti e invio di un report mensile alla Direzione Infermieristica sulla situazione delle ferie fruito dal personale del Comparto	TARGET: Piano ferie prodotto nei tempi concordati
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-176	Sviluppo delle politiche del personale	Monitoraggio delle eccedenze orarie del personale del comparto al fine del contenimento delle liquidazioni entro il Budget assegnato.	TARGET: Produzione di una reportistica mensile sulle eccedenze orarie del personale del comparto con evidenza di: 1) credito orario liquidato 2) credito orario residuo
31-177	Sviluppo delle politiche del personale	Piani di lavoro del personale Medico: Produzione mensile dei piani di lavoro previsti dal nuovo regolamento sull'orario del personale medico (comprensivo della programmazione dell'impegno assistenziale dei Direttori di Struttura)	TARGET: Tutti i mesi vengono prodotti i piani di lavoro (secondo quanto previsto dal regolamento) ed inviati alla Direzione Sanitaria. Gli orari vengono verificati/certificati in base ai Piani di lavoro e nei tempi previsti dal regolamento.
31-178	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale della dirigenza di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100% MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Anatomia ed istologia Patologica (UCO)**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo - B	1,5	1,3	1,0	1,0
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	2,0	2,0	2,0	2,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	1,0	0,9	1,0	1,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	2,0	2,0	2,0	2,0
Tecnici non sanitari - aus. spec. add. servizi socio-assist. - A	2,2	2,2	2,0	2,0
Tecnici non sanitari - op. tec. - B	2,0	2,0	2,0	2,0
Tecnici non sanitari - op. tec. spec. autista - BS	0,1	0,0	0,0	0,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. radiologia medica - D	1,0	1,0	1,0	1,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. lab. biomed. - D	17,7	13,9	18,0	20,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. anatomia pat. - D	3,0	3,0	3,0	3,0
<b>Totale</b>	<b>32,6</b>	<b>28,4</b>	<b>32,0</b>	<b>34,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista la generale copertura del turnover del personale sanitario e addetto all'assistenza. Si coprirà inoltre il turnover di un operatore tecnico.

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****SC Anatomia ed istologia Patologica (UCO)**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico universitario - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico universitario	2,0	2,0	2,0	2,0
dirigente medico	7,7	7,2	7,0	8,0
<b>Totale</b>	<b>10,7</b>	<b>10,2</b>	<b>10,0</b>	<b>11,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.

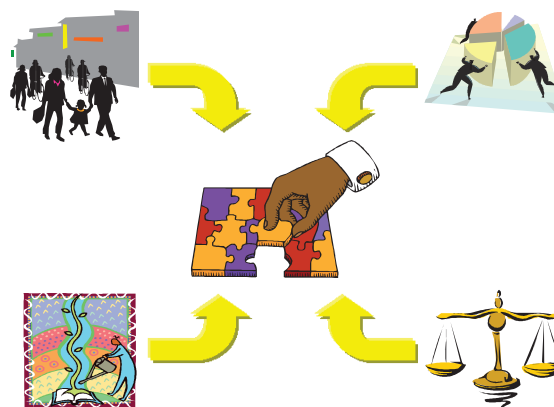


Beni di consumo sanitari (€) - anno di riferimento: 2015

Categoria beni	Farmaci			Dietetici	Diagnostici	Presidi chirurgici	Protesici	Mat. per emodialisi	Totale beni sanitari
	Totale farmaci	di cui farmaci H file F	di cui altri						
Farmaci	5.091	0	5.091	0	482.158	45.496	0	0	532.745

Note esplicative

Gli importi sopra definiti costituiranno la base per la valutazione dell'obiettivo di mandato relativo al "Governo delle risorse assegnate".



## BUDGET 2016

**CdR: SC Medicina Legale (UCO)**

**Direttore: Prof. Carlo Scorretti**





Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
21-183	3.4.8. Rischio clinico	<p>Migliorare la valutazione del dolore nel paziente ospedalizzato presso l'Ospedale Cattinara-Maggiore.</p> <p>Azioni</p> <p>Analisi di completezza di un campione di cartelle cliniche (scheda di misurazione modificata nel 2015) – Tutti i reparti</p> <p>Individuazione dei due cluster di strutture che hanno un livello di completezza delle informazioni inferiore allo standard (target specifico #01=&lt;59%; target specifico #02=60-89%)</p> <p>Avvio Audit specifici presso le strutture “cluster” sotto conformità e individuazione delle azioni correttive</p> <p>Misurazione della performance successiva all'adozione delle misure correttive</p>	TARGET: Evidenza delle azioni e report sui risultati conseguiti	33	33	33
21-184	3.4.8. Rischio clinico	<p>Miglioramento della compilazione delle cartelle cliniche: incremento, della proporzione di corretta stesura giornaliera del diario infermieristico.</p> <p>Azioni</p> <p>Analisi di completezza di un campione di cartelle cliniche (scheda di misurazione modificata nel 2015) – Tutti i reparti</p> <p>Individuazione delle strutture che hanno un livello di completezza delle informazioni inferiore allo standard</p> <p>Avvio Audit specifici presso le strutture che non sono conformi allo standard e individuazione delle azioni correttive</p> <p>Misurazione della performance successiva all'adozione delle misure correttive</p>	TARGET: Evidenza delle azioni e report sui risultati conseguiti	33	33	33



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
21-185	3.4.8. Rischio clinico	<p>Mantenere il sistema di audit delle cartelle cliniche.</p> <p>Azioni</p> <p>Mantenimento sistema di audit cartelle cliniche (5% cartelle "chiuse" relative ai ricoveri annuali)</p> <p>Rendicontazione diretta alle singole SSCC delle problematiche medico legali emergenti dall'attività di verifica svolta sulle cartelle cliniche con successivo riscontro dell'effettivo miglioramento (audit clinico)</p> <p>Presentazione dati questionario incident reporting somministrato nel 2015</p> <p>Disponibilità a fornire consulenza medico legale alle SSCC richiedenti in riferimento a specifiche necessità</p>	<p>TARGET: - Vengono analizzate almeno 1500 cartelle cliniche</p> <p>- Viene avviata entro settembre almeno una sessione di audit</p> <p>- Rendicontazione in itinere da effettuarsi sino al termine dell'attività di Audit (aprile 2017)</p> <p>- Rendicontazione criticità correlate all'utilizzo dello strumento di segnalazione</p> <p>- Creazione di una banca dati delle problematiche emerse</p>	34	34	34
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Medicina Legale (UCO)**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	0,0	0,0	0,0	1,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	1,0	1,0	1,0	1,0
<b>Totale</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>2,0</b>

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").

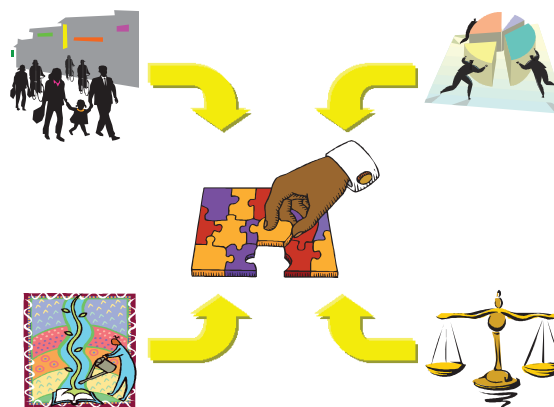
**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti****SC Medicina Legale (UCO)**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico universitario - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente medico	1,0	1,0	1,0	1,0
<b>Totale</b>	<b>2,0</b>	<b>2,0</b>	<b>2,0</b>	<b>2,0</b>

**Note sulla manovra dal 1 agosto 2016**

E' prevista generale copertura del turnover del personale sanitario

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro"). Per quanto riguarda il personale medico universitario, questo viene riportato in termini di "unità fisiche" (al pari delle altre figure professionali) si evidenzia che - ai sensi dell'articolo 10 del "protocollo d'intesa tra la Regione autonoma FVG, l'Università degli studi di Trieste e l'Università degli studi di Udine per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università" (DGR 612 dd 13/04/2016) - l'impegno orario deve essere considerato onnicomprensivo delle ore dedicate sia all'attività assistenziale che all'attività di didattica e di ricerca. In ogni caso l'impegno per l'attività assistenziale è pari al 50% di quello complessivo stabilito per il personale del SSR. Si rimanda alla lettura del testo citato per i dettagli riguardanti la pianificazione di tale orario.



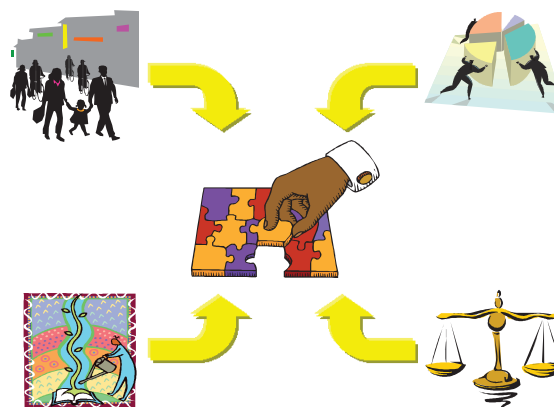
## BUDGET 2016

**CdR: Direzione Amministrativa**

**Direttore: Dott. Michele Rossetti**

Servizio Sanitario Regionale

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA  
INTEGRATA DI TRIESTE



## BUDGET 2016

**CdR: SC Affari Generali e Legali**

**Direttore: Dott.ssa Federica Berni**



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
27-229	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	<p>Ottimizzazione dei percorsi e delle procedure gestionali inerenti l'attività tecnico-amministrativa di supporto</p> <p>Azioni 1.1.Invio ai Responsabili delle Strutture Complesse e/o Strutture Semplici degli elenchi d'interesse con richiesta di revisione delle autorizzazioni già concesse al personale dipendente e convenzionato in forza presso le rispettive articolazioni organizzative; 1.2.verifica dei dati pervenuti; 1.3.rielaborazione dell'elenco del personale, afferente all'ex AOOTS, autorizzato all'uso dell'auto propria per ragioni di servizio alla luce delle evidenze acquisite dai Responsabili di Struttura Complessa e/o Struttura Semplice</p> <p>L'obiettivo coinvolge il personale afferente alla S.C. Affari Generali e Legali dell'ex AOOTS e viene perseguito d'intesa con il personale afferente alla S.C. Affari Giuridici e delle attività di supporto direzionale dell'ex AAS1</p>	TARGET: Elenco aggiornato/rielaborato delle autorizzazioni in ragione delle evidenze acquisite entro il 31.12.2016	30	30	30
27-230	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	<p>Regolamento ASUITS sulla funzione di Ufficiale Rogante</p> <p>Azioni Regolamento ASUITS sulla funzione di Ufficiale Rogante</p> <p>L'obiettivo coinvolge il personale afferente alla S.C. Affari Generali e Legali dell'ex AOOTS e viene perseguito d'intesa con il personale afferente alla S.C. Affari Generali dell'ex AAS1</p>	TARGET: Bozza del regolamento entro il 31.12.2016	35	35	35





Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
27-231	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	Definizione del Codice di Comportamento ASUITS L'obiettivo coinvolge il personale S.C. Affari Generali e Legali dell'ex AOOTS d'intesa con il personale afferente alla S.C. Coordinamento e Relazioni Aziendali dell'ex AOOTS nonché con la S.C. Affari Giuridici e delle attività di supporto direzionale e alla S.C. Affari Generali dell'ex AAS1	TARGET: Bozza del Codice di Comportamento entro il 31.12.2016	35	35	35
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
23-149	Applicazione del Piano per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza	Tutte le strutture coinvolte dai vigenti Piani per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza sono chiamate ad adempiere a quanto previsto dagli stessi per l'esercizio in corso	TARGET: Evidenza dell'adempimento degli obblighi sulla base di quanto dettagliatamente previsto dai richiamati piani per il Centro di Responsabilità  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Certificazione dell'adempimento degli obblighi da parte del Responsabile anticorruzione anche sulla base di una specifica relazione prodotta dal Direttore del CdR
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Affari Generali e Legali**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo - B	1,0	0,7	1,0	1,0
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	1,0	1,0	1,0	1,0
Amministrativi - ass. amm.vo - C	5,0	4,7	5,0	5,0
Amministrativi - coll. amm.vo prof.le - D	4,4	3,9	4,0	4,0
Amministrativi - coll. amm.vo prof.le esperto - DS	2,0	2,0	2,0	2,0
Infermieri generici - op. prof. san. infermiere - C	1,0	1,0	1,0	1,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	1,0	1,0	1,0	1,0
<b>Totale</b>	<b>15,4</b>	<b>14,2</b>	<b>15,0</b>	<b>15,0</b>

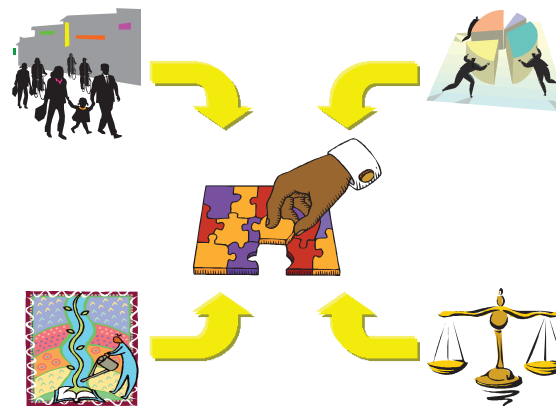
I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").



**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti**

**SC Affari Generali e Legali**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente amm.vo - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
<b>Totale</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>



## BUDGET 2016

**CdR: SC Ingegneria clinica**

**Direttore: Ing. Mauro Tommasini**



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
30-227	Sviluppo del sistema informativo	Attivazione, inserimento dati ed aggiornamento degli stessi relativamente al "Flusso Informativo per il Monitoraggio delle Grandi Apparecchiature Sanitarie" nel data base ministeriale (così come previsto nell'allegato 1 del DM 22 aprile 2014).  Azioni Attivazione data base ministeriale ed inserimento dati richiesti per le grandi apparecchiature (acceleratori, TAC, Risonanza, angiografi, gamma camere, SPECT CT, mammografi ....)	TARGET: Inserimento dati storici per le apparecchiature aziendali già in funzione entro primo quadrimestre; inserimento dati nuove acquisizioni entro 30 gg. dal collaudo delle nuove apparecchiature installate	25	25	25
32-225	Sviluppo tecnologico	Supporto tecnico ed amministrativo per l'installazione, collaudo ed inizio attività della nuova sala emodinamica ibrida del Polo Cardiologico di Cattinara  Azioni Supporto tecnico alla ditta fornitrice per l'installazione delle apparecchiature; direzione lavori, verifica funzionale, acquisizione attrezzature accessorie, collaudo, inventariazione di tutte le parti dell'impianto; supporto all'inizio dell'attività clinica	TARGET: Sezione emodinamica funzionante ed attiva entro giugno 2016	25	25	25
32-226	Sviluppo tecnologico	Progettazione e stesura capitolato tecnico per la nuova risonanza magnetica da 3 T per la Radiologia di Cattinara  Azioni Definizione caratteristiche tecniche e impiantistiche, progettazione locali e stesura capitolato tecnico per la nuova risonanza magnetica da 3 Tesla per la Radiologia di Cattinara ed invio dello stesso ad EGAS; risposta a quesiti sia Egas che ditte partecipanti dopo la pubblicazione della gara	TARGET: Disponibilità ed invio capitolato entro aprile, risposta ai quesiti in tempi rapidi	25	25	25



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
32-228	Sviluppo tecnologico	Progettazione e definizione capitolato tecnico per la sostituzione della sezione radiologica del Pronto Soccorso di Cattinara  Azioni Progettazione della nuova sezione del Pronto Soccorso di Cattinara, individuazione delle caratteristiche tecniche e stesura capitolato; invio del capitolato ad EGAS	TARGET: Disponibilità progetto ed invio capitolato ad EGAS entro settembre per la successiva pubblicazione della gara	25	25	25
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
23-149	Applicazione del Piano per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza	Tutte le strutture coinvolte dai vigenti Piani per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza sono chiamate ad adempiere a quanto previsto dagli stessi per l'esercizio in corso	TARGET: Evidenza dell'adempimento degli obblighi sulla base di quanto dettagliatamente previsto dai richiamati piani per il Centro di Responsabilità  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Certificazione dell'adempimento degli obblighi da parte del Responsabile anticorruzione anche sulla base di una specifica relazione prodotta dal Direttore del CdR
24-151	Governo delle risorse assegnate	Monitoraggio del Budget di risorsa assegnato. Azioni Vengono trasmessi al Controllo di gestione i dati necessari alla produzione dei tre rendiconti quadrimestrali 2016	TARGET: Evidenza dei report inviati  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Certificazione da parte del controllo di Gestione
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.





Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Ingegneria clinica**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - ass. amm.vo - C	1,0	1,0	1,0	2,0
Amministrativi - coll. amm.vo prof.le - D	2,0	2,0	2,0	2,0
Tecnici non sanitari - op. tec. - B	2,0	1,9	2,0	1,0
Tecnici non sanitari - op. tec. spec. - BS	1,0	0,9	1,0	1,0
Tecnici non sanitari - ass. tec. - C	4,0	3,7	4,0	4,0
Tecnici non sanitari - op. tec. spec. esperto - C	2,0	2,0	2,0	2,0
Tecnici non sanitari - coll. tec. prof. - D	14,0	13,7	14,0	14,0
<b>Totale</b>	<b>26,0</b>	<b>25,3</b>	<b>26,0</b>	<b>26,0</b>

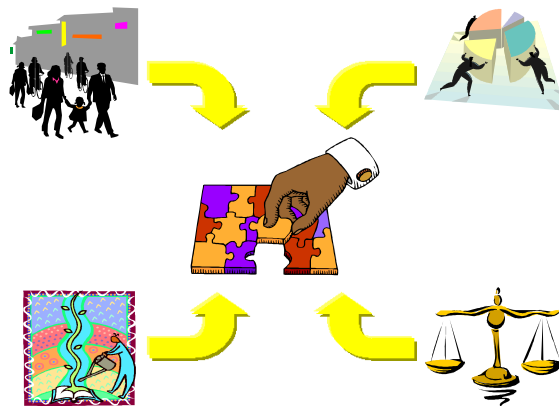
I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").



## BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti

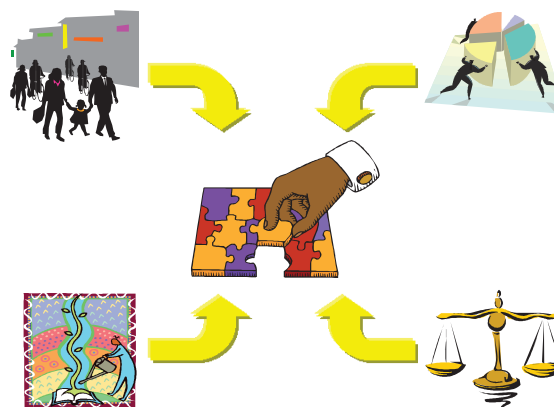
### SC Ingegneria clinica

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente ingegnere - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente fisico	1,0	1,0	1,0	1,0
dirigente ingegnere	1,0	1,0	1,0	1,0
<b>Totale</b>	<b>3,0</b>	<b>3,0</b>	<b>3,0</b>	<b>3,0</b>



# BUDGET 2016

DIP di Supporto alla governance



## BUDGET 2016

**CdR: SC Coordinamento relazioni aziendali**

**Direttore ff: Dott. Alessio Rebelli**



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
23-244	Applicazione del Piano per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza	<p>Piano della trasparenza</p> <p>Azioni analisi e studio della riforma introdotta con il D.lgs. 97/2016, di modifica del D.lgs. 33/2013; Informazione circa i nuovi obblighi di trasparenza ai Responsabili delle strutture tecnico-amministrative e ai Referenti di struttura per la trasparenza; coordinamento con la ex AAS1 nel passaggio al nuovo sito web dell'ASUITs al fine di unificare le precedenti sezioni "Amministrazione trasparente" delle due Aziende; monitoraggio degli adempimenti durante la fase di incorporazione delle aziende.</p> <p>ASSEGNATO A: Ufficio Amministrazione Trasparente (CdC)</p>	TARGET: Evidenza dei risultati dell'analisi	<b>70</b>		
26-243	Integrazione delle funzioni territoriali e ospedaliere	<p>Integrazione dell'attività con la medesima funzione svolta dagli SS Relazioni Sindacali (ex AAS1 – GEVAP)</p> <p>ASSEGNATO A: Ufficio Amministrazione Trasparente (CdC)</p>	TARGET: Garanzia della prosecuzione della gestione delle attività connesse alle relazioni sindacali per il settore "ex ASUITs", tra cui assemblee sindacali, scioperi e convocazioni /informazioni fino al passaggio delle stesse alla SS Relazioni Sindacali (ex AAS1) e garanzia del supporto a detta Struttura per tutte le esigenze connesse alla unificazione della contrattazione integrativa.	<b>30</b>		
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>		



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
26-245	Integrazione delle funzioni territoriali e ospedaliere	<p>Armonizzazione delle procedure/prassi amministrative interne alle Segreterie di Direzione di A.A.S. n. 1 "Triestina" e A.O.U. "Ospedali Riuniti" di Trieste. Approvazione di una procedura condivisa per l'adozione dei decreti aziendali.</p> <p>Azioni 1.1 Analisi delle procedure/prassi operative rispettivamente in uso presso l'A.A.S. n. 1 "Triestina" e l'A.O.U. "Ospedali Riuniti" di Trieste, con riferimento alle attività/funzioni correlate all'adozione dei decreti aziendali e confronto critico tra le metodologie di lavoro attuate; 1.2. elaborazione di un protocollo unico per la suddetta attività; 1.3. divulgazione del protocollo unico di cui al punto 2) a tutte le strutture delle sopra indicate Aziende, attraverso la redazione e l'inoltro di una circolare informativa della Direzione.</p> <p>Personale coinvolto per l'ex A.A.S. 1: Tutto il personale di Segreteria di Direzione, Luisa Giove, Brigida Romeo, Maria Teresa Galimi, Antonella Greco, Igor Pischianz</p> <p>Per l'ex A.O.U.:Roberta Visintin, Rita Barbella</p> <p>ASSEGNATO A: Ufficio di segreteria della Dir Strategica (CdC)</p>	<p>TARGET: Azioni 1 e 2 Elaborazione della bozza del protocollo unico entro il 31.7.2016.</p> <p>Azione 3 Predisposizione della bozza di circolare informativa entro il 31.12.2016.</p>	100		
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>		



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
25-232	Integrazione di Assistenza, Didattica e Ricerca	<p>Promuovere un'assistenza pro attiva, multidisciplinare ed abilitante nelle strutture di Medicina dell'ASUITs</p> <p>Azioni            1.1-Partecipare alla fase progettuale con il gruppo di lavoro costituito in ASUITs            1.2-Contribuire al progetto attraverso la partecipazione attiva di personale docente/tutor e studenti del CdL in Fisioterapia            1.3-Sviluppo degli strumenti di raccolta e analisi dei dati</p> <p>Personale coinvolto: CdL in Fisioterapia: Direttore delle attività didattiche e tutor</p> <p>ASSEGNATO A: Ufficio GCL - fisioterapia (CdC)</p>	<p>TARGET: 1.1.Partecipazione riunioni gruppo di lavoro, prima e dopo l'avvio del progetto previsto per maggio 2016.</p> <p>1.2. Revisione planning tirocini A.A. 2015/2016 e assegnazione studenti entro maggio 2016.            Predisposizione planning tirocinio e assegnazione studenti per l'AA 2016/17 entro settembre 2016.</p> <p>1.3 Report sulle attività svolte entro il 31 dicembre 2016.</p>	<b>25</b>		
25-233	Integrazione di Assistenza, Didattica e Ricerca	<p>Contributo alla formazione interna ed esterna</p> <p>Azioni            Partecipazione attiva a Convegni</p> <p>Personale coinvolto: Uff.Gestione CdL/Direttore delle attività didattiche e tutor di I livello del Corso di Laurea in Fisioterapia</p> <p>ASSEGNATO A: Ufficio GCL - fisioterapia (CdC)</p>	<p>TARGET: Implementazione della formazione.            Presentazione di almeno una comunicazione o poster entro 31 dicembre 2016</p>	<b>25</b>		
25-234	Integrazione di Assistenza, Didattica e Ricerca	<p>Contribuire alle attività di ricerca connessa a quella didattica e di assistenza come previsto dal Protocollo d'Intesa Regione-Università</p> <p>Azioni            Svolgere almeno un progetto di ricerca, approvato dal Comitato Etico in collaborazione tra CdL in Fisioterapia e strutture cliniche aziendali con il coinvolgimento attivo di studenti</p> <p>Personale coinvolto: CdL in Fisioterapia/tutor e Direttore delle attività didattiche</p> <p>ASSEGNATO A: Ufficio GCL - fisioterapia (CdC)</p>	<p>TARGET: Report sull'attività svolta in un progetto di ricerca svolto presso l'Ambulatorio/Palestra didattica del CdL in Fisioterapia entro il 31 dicembre 2016.</p>	<b>25</b>		





Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
25-235	Integrazione di Assistenza, Didattica e Ricerca	Contributo alla formazione interna anche accreditata ECM in raccordo con i programmi aziendali  Azioni Formazione sul campo con partecipazione studenti e personale ASUITs  ASSEGNATO A: Ufficio GCL - fisioterapia (CdC)	TARGET: Implementazione della formazione interna. Valorizzazione della formazione sul campo. Avvio di almeno 1 iniziativa ECM da parte di ciascun Corso di Laurea entro il 31 dicembre 2016	25		
				100		
25-235	Integrazione di Assistenza, Didattica e Ricerca	Contributo alla formazione interna anche accreditata ECM in raccordo con i programmi aziendali  Azioni Formazione sul campo con partecipazione studenti e personale ASUITs  ASSEGNATO A: Ufficio GCL - in tecnico laboratorio biom (CdC)	TARGET: Implementazione della formazione interna. Valorizzazione della formazione sul campo. Avvio di almeno 1 iniziativa ECM da parte di ciascun Corso di Laurea entro il 31 dicembre 2016	100		
25-235	Integrazione di Assistenza, Didattica e Ricerca	Contributo alla formazione interna anche accreditata ECM in raccordo con i programmi aziendali  Azioni Formazione sul campo con partecipazione studenti e personale ASUITs  ASSEGNATO A: Ufficio GCL - Infermieristica (CdC)	TARGET: Implementazione della formazione interna. Valorizzazione della formazione sul campo. Avvio di almeno 1 iniziativa ECM da parte di ciascun Corso di Laurea entro il 31 dicembre 2016	100		
25-235	Integrazione di Assistenza, Didattica e Ricerca	Contributo alla formazione interna anche accreditata ECM in raccordo con i programmi aziendali  Azioni Formazione sul campo con partecipazione studenti e personale ASUITs  ASSEGNATO A: Ufficio GCL - tecnico di radiologia Medica (CdC)	TARGET: Implementazione della formazione interna. Valorizzazione della formazione sul campo. Avvio di almeno 1 iniziativa ECM da parte di ciascun Corso di Laurea entro il 31 dicembre 2016	100		



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
19-242	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatelyzza, qualità ed efficienza dell'attività	<p>Mappatura e aggiornamento di tutta l'attività svolta da parte delle Associazioni di volontariato in collaborazione con gli ospedali e creazione di un gruppo di lavoro interaziendale, multidisciplinare e trasversale, che comprenda anche la partecipazione attiva dei cittadini, allo scopo di ottimizzare le risorse a disposizione dei cittadini.</p> <p>Obiettivo assegnato a URP</p> <p>ASSEGNATO A: Ufficio Relazioni con il Pubblico e Ufficio comunicazione (CdC)</p>	TARGET: Report conclusivo sull'attività svolta con evidenza dei risultati della mappatura	20		
26-241	Integrazione delle funzioni territoriali e ospedaliere	<p>Integrazione delle attività di comunicazione esterna, da realizzarsi su piattaforme social, in collaborazione tra i due Uffici Comunicazione di AOOTS e AAS1 dal 1/1/2016 al 30/4/2016 e successivo nuovo assetto istituzionale con ASUITs</p> <p>In collaborazione tra Uffici Comunicazione ex AOOTS ed ex AAS1e SC IT</p> <p>ASSEGNATO A: Ufficio Relazioni con il Pubblico e Ufficio comunicazione (CdC)</p>	TARGET: Report conclusivo sull'attività svolta	20		
27-238	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	<p>Verifica della qualità del servizio di ristorazione dedicato ai dipendenti nelle sedi dell'Ospedale di Cattinara e Farneto.</p> <p>Azioni</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Predisposizione questionario</li> <li>2) effettuazione dell'indagine</li> <li>3) elaborazione dati</li> <li>4) produzione report</li> </ol> <p>ASSEGNATO A: Ufficio Relazioni con il Pubblico e Ufficio comunicazione (CdC)</p>	TARGET: Evidenza del report entro il 30/6/2016	20		



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
27-239	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	<p>Supporto all'effettuazione di un'indagine di valutazione della qualità per il settore dei Donatori di sangue in tutte le sedi fisse e mobili.</p> <p>Azioni Da realizzare in collaborazione con il Servizio Immunotrasfusionale</p> <p>Periodo di rilevazione da aprile 2016</p> <p>ASSEGNATO A: Ufficio Relazioni con il Pubblico e Ufficio comunicazione (CdC)</p>	TARGET: Report entro 31/12/2016	20		
27-240	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	<p>Supporto all'organizzazione di eventi e convegni</p> <p>Azioni</p> <p>1) 28/01/2016 Presentazione Scalp Cooling – SC Oncologia e inaugurazione Museo Medicina Grande Guerra 2) 30/03/2016 Evento “Sostegno donna” 3) 30/04/2016 Convegno ANED- AVO 4) 6/04/2016 Evento Assistenti di Sala Pronto Soccorso 5) 28/05/2016 Evento “La giornata del sollievo” SC Oncologia 6) 11/06/2016 Evento in collaborazione con Trieste Solidale presso Ospedale Cattinara 7) 14/06/2016 Inaugurazione nuovo mammografo digitale con modulo di tomo sintesi 8) settembre 2016 Evento per i 40 anni della SC Medicina Riabilitativa 9) ottobre 2016 Evento per i 50 anni della Sc Nefrologia e Dialisi</p> <p>ASSEGNATO A: Ufficio Relazioni con il Pubblico e Ufficio comunicazione (CdC)</p>	TARGET: Evidenza delle iniziative portate a termine	20		
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>		



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
25-236	Integrazione di Assistenza, Didattica e Ricerca	<p>Garantire una stretta relazione tra attività clinica e attività didattica in riferimento a quanto previsto dal Protocollo d'Intesa Regione-Università nel rispetto delle peculiarità di ogni Corso di Laurea.</p> <p>Azioni</p> <p>1.1 Garantire lo svolgimento del tirocinio clinico presso l'Ambulatorio/Palestra didattica del CdL in Fisioterapia agli studenti iscritti al 2° e 3° anno di corso</p> <p>1.2 Sviluppare l'interazione clinica e didattica tra CdL in Fisioterapia e servizi ASUITs</p> <p>1.3 Garantire lo svolgimento dell'attività didattica tutoriale nei servizi individuati all'interno dell'ASUITs per gli studenti del CdL in Infermieristica</p> <p>Obiettivo di mandato assegnato al Responsabile dell'Ufficio GCL, ai Direttori ed ai tutor di I livello dei Corsi di laurea</p>	<p>TARGET: 1.1 Entro 31 dicembre 2016: report su tirocini e attività clinica svolta nell'AA 2015/16 e predisposizione planning di tirocinio per l'AA 2016/17.</p> <p>1.2 Rendicontazione attività clinica in collaborazione con servizi ASUITs entro 31 dicembre 2016.</p> <p>1.3 Rendicontazione attività di supervisione clinica svolta nei servizi ASUITs entro 31 dicembre 2016.</p>
25-237	Integrazione di Assistenza, Didattica e Ricerca	<p>Formulazione di una proposta di ridefinizione della mission dell'Uff. Gestione CdL in coerenza con la L.R. 17/2014 ed i successivi Protocolli d'Intesa Regione-Università al fine di garantire la funzione didattica di ASUITs e governare il contributo del personale dipendente.</p> <p>Obiettivo assegnato al responsabile dell'Ufficio Gestione CdL</p>	<p>TARGET: Entro il termine previsto per la stesura dell'Atto Aziendale verranno prodotti documenti richiesti alla Direzione Strategica.</p>
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	<p>Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP</p>	<p>TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti</p>
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale</p>	<p>TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%</p> <p>MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).</p>
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	<p>Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore)</p> <p>1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione.</p> <p>2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.</p>	<p>TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016</p> <p>2) Evidenza dell'applicazione del Piano</p>
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Coordinamento relazioni aziendali**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coad. amm.vo - B	2,0	2,0	2,0	2,0
Amministrativi - coad. amm.vo esperto - BS	2,0	2,0	2,0	2,0
Amministrativi - ass. amm.vo - C	2,3	2,3	2,0	2,0
Amministrativi - coll. amm.vo prof.le - D	1,0	0,6	1,0	1,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	4,2	4,2	5,0	6,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	5,0	4,9	5,0	5,0
Ota-Oss - op. socio san. (oss) - BS	1,0	1,0	1,0	1,0
Personale Riabilitazione - coll. prof. san. fisioterapista - D	2,0	2,0	2,0	2,0
Personale Riabilitazione - coll. prof. san. esperto fisioterapista - DS	2,0	1,9	2,0	2,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. radiologia medica - D	1,0	1,0	1,0	1,0
Tecnici Sanitari - coll. prof. san. tec. lab. biomed. - D	1,0	0,8	1,0	1,0
<b>Totale</b>	<b>23,5</b>	<b>22,7</b>	<b>24,0</b>	<b>25,0</b>

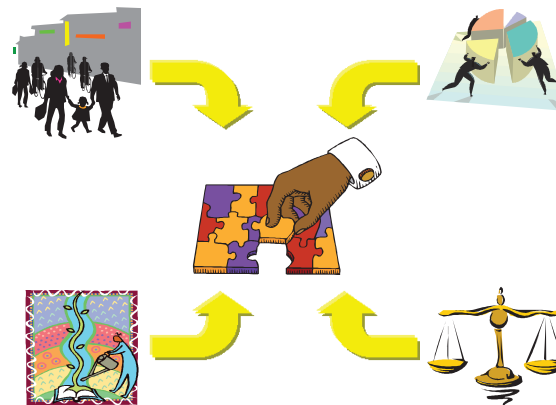
I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").



**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti**

**SC Coordinamento relazioni aziendali**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente amm.vo - direttore di SC	1,0	0,5	1,0	1,0
<b>Totale</b>	<b>1,0</b>	<b>0,5</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>



## BUDGET 2016

**CdR: SC Programmazione e controllo**

**Direttore: Dott. Sandro Centonze**





Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
6-259	3.3.2 - Accreditamento e specializzazione	<p>Attuazione della DGR 918 dd. 15 maggio 2015: Centri di Riferimento e di Specializzazione regionale</p> <p>Azioni</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordinare la corretta stesura della documentazione a supporto della richiesta di riconoscimento da parte delle Strutture aziendali</li> <li>2. Trasmettere nei tempi previsti la documentazione agli organi regionali richiedenti</li> </ol> <p>In collaborazione con la Segreteria della Direzione generale</p>	TARGET: I documenti richiesti dalla Direzione centrale salute sono trasmessi entro i termini previsti (31 agosto 2016 e succ. rinvio)	20		20
19-255	3.4.6. Erogazione dei livelli di assistenza - Appropriatelyzza, qualità ed efficienza dell'attività	<p>Miglioramento dei percorsi clinico assistenziali e della qualità delle cure</p> <p>Analisi e monitoraggio dei PDTA</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definire e condividere il percorso di monitoraggio dei PDTA</li> <li>2. Elaborazione di un sistema di monitoraggio con la definizione di indicatori significativi</li> <li>3. Elaborazione di report periodico con l'analisi dei fenomeni più significativi per ogni PDTA studiato</li> </ol> <p>In collaborazione con Struttura di Programmazione strategica</p>	TARGET: Almeno un report di monitoraggio degli indicatori definiti su almeno un PDTA	20		20
30-258	Sviluppo del sistema informativo	<p>Debito informativo nei confronti delle Istituzioni sovraaziendali nazionali (Censimenti ISTAT)</p> <p>Adempimento degli obblighi previsti dalle norme nazionali in tema di informazione nei confronti dell'ISTAT</p> <p>Azioni</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Condurre entro i termini definiti dall'ISTAT il censimento ricerca 2016, relativo al 2014/2015</li> <li>2. coordinare il censimento dei Servizi e delle Istituzioni Pubbliche 2016</li> </ol>	TARGET: Censimenti condotti a termine e certificati su piattaforma informativa ISTAT	20		20



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
35-256	Ricerca e sviluppo	<p>Sviluppo dei rapporti con Enti, PMI e Cluster di Ricerca della Regione FVG – Settore BioHighTech di Smart Health</p> <p>Presentazione di attività progettuali al Bando POR-FESR 2016</p> <p>Azioni</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordinare le attività inerenti la presentazione di progetti con PMI appartenenti al cluster Smart Health del FVG</li> <li>2. Individuare il contenuto e definire i risultati attesi dalle azioni dei Work Packages assegnati all'Azienda</li> <li>3. Adempiere alla produzione ed all'invio della parte documentale attraverso FEG regionale, prevista dai regolamenti del Bando POR-FESR 2016</li> </ol> <p>In collaborazione con la Segreteria della Di-rezione generale</p>	TARGET: Almeno un progetto presentato entro le scadenze previste dal Bando POR-FeESR 2016	20		20
35-257	Ricerca e sviluppo	<p>Sviluppo dei rapporti transfrontalieri</p> <p>Presentazione di attività progettuali al Bando Interreg V 2016</p> <p>Azioni</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordinare le attività inerenti la presentazione di progetti trans-frontalieri</li> <li>2. Individuare il contenuto e definire i risultati attesi ed i deliverables previsti dalle azioni dei Work Packages assegnati all'Azienda come PP</li> <li>3. Adempiere alla produzione ed all'invio della parte documentale prevista dai regolamenti del Bando InterregV 2016</li> </ol>	TARGET: Almeno un progetto trans-frontaliero presentato entro le scadenze previste dal Bando InterregV 2016 (come PP)	20		20
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>		<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
23-149	Applicazione del Piano per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza	Tutte le strutture coinvolte dai vigenti Piani per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza sono chiamate ad adempiere a quanto previsto dagli stessi per l'esercizio in corso	TARGET: Evidenza dell'adempimento degli obblighi sulla base di quanto dettagliatamente previsto dai richiamati piani per il Centro di Responsabilità  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Certificazione dell'adempimento degli obblighi da parte del Responsabile anticorruzione anche sulla base di una specifica relazione prodotta dal Direttore del CdR
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione



**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Programmazione e controllo**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - coll. amm.vo prof.le - D	1,7	1,0	1,0	1,0
<b>Totale</b>	<b>1,7</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>

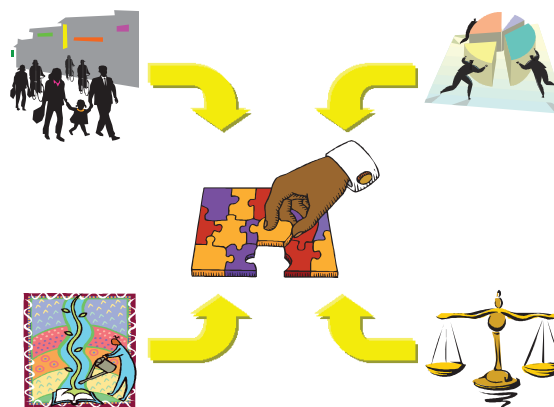
I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").



**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti**

**SC Programmazione e controllo**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente medico - direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
<b>Totale</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>



## BUDGET 2016

**CdR: SC Controllo di Gestione**

**Direttore: Dott. Alessio Rebelli**



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
23-219	Applicazione del Piano per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza	Svolgimento attività per la verifica della regolarità dell'emissione degli ordinativi di pagamento per documenti di iter non economale e, a campione, per documenti di iter economale.  Obiettivo comune a SCFC, SCCEP, SC Controllo di gestione	TARGET: Controllo di almeno 2000 ordinativi di pagamento (di cui circa 600 di iter non economale e circa 1.400 di iter economale, esclusi pagamenti di documenti connessi agli stipendi e di imposte e tasse).	20		10
26-220	Integrazione delle funzioni territoriali e ospedaliere	Supporto agli uffici del personale (SC GRU e SC GEVAP) nella fase di redazione del Conto Annuale e dei monitoraggi trimestrali (ex AOU Ts e nuova ASUITS)	TARGET: Redazione del Conto annuale e dei monitoraggi trimestrali nei termini previsti	20		10
26-221	Integrazione delle funzioni territoriali e ospedaliere	Adeguamento della reportistica Qlikview esistente nell'ex AOUTs al nuovo assetto dei sistemi informativi ASUITS	TARGET: Evidenza del collegamento dei seguenti report dinamici alle nuove basi dati ASUITS 1) Inventario 2) Iter economale 3) Personale 4) Consumi di beni	20		15
26-222	Integrazione delle funzioni territoriali e ospedaliere	Adeguamento delle procedure ETL riguardanti i dati di attività al nuovo assetto delle basi ASUITS	TARGET: Mantenimento dei flussi informativi relativi a Prestazioni ambulatoriali (DWCUP e SIASA) e registro operatorio pur in presenza di una diffusa ricodifica dei dizionari dati	10		20
27-218	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	Supporto alla SC Logistica nel mantenimento dei flussi informativi mensili relativi ai consumi dei magazzini della SC Cardiologia	TARGET: Elaborazione dei dati e registrazione mensile dei consumi dei 2 magazzini.	20		10
27-224	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	Prosecuzione progetto ABF - costi standard e partecipazione alla rete NISAN.  Azioni Invio all'Amministrazione regionale dell'analisi organizzativa dell'azienda ospedaliera relativa all'esercizio 2014 entro il 30 settembre - Consegna dell'analisi organizzativa di tutta l'azienda relativa relativa all'esercizio 2015 entro 31 dicembre	TARGET: 100% consegna di entrambe le analisi 50% consegnata l'analisi di un solo anno			15
30-223	Sviluppo del sistema informativo	Realizzazione di nuove procedure ETL che permettano l'alimentazione dei flussi informativi relativi a ricoveri e registro operatorio dai nuovi universi BO messi a disposizione dal SISSR (e conseguente dismissione dell'utilizzo dell'area download)	TARGET: Evidenza della realizzazione delle nuove procedure ETL relative a ricoveri e registro operatorio, nonché della dismissione delle precedenti Mantenimento dei flussi informativi pre-esistenti correlati a tali basi dati.	10		20
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>		<b>100</b>



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
23-149	Applicazione del Piano per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza	Tutte le strutture coinvolte dai vigenti Piani per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza sono chiamate ad adempiere a quanto previsto dagli stessi per l'esercizio in corso	TARGET: Evidenza dell'adempimento degli obblighi sulla base di quanto dettagliatamente previsto dai richiamati piani per il Centro di Responsabilità  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Certificazione dell'adempimento degli obblighi da parte del Responsabile anticorruzione anche sulla base di una specifica relazione prodotta dal Direttore del CdR
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-179	Sviluppo delle politiche del personale	Personale dirigente (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione





**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SC Controllo di Gestione**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - ass. amm.vo - C	1,0	1,0	1,0	1,0
Amministrativi - coll. amm.vo prof.le - D	2,0	2,0	2,0	2,0
<b>Totale</b>	<b>3,0</b>	<b>3,0</b>	<b>3,0</b>	<b>3,0</b>

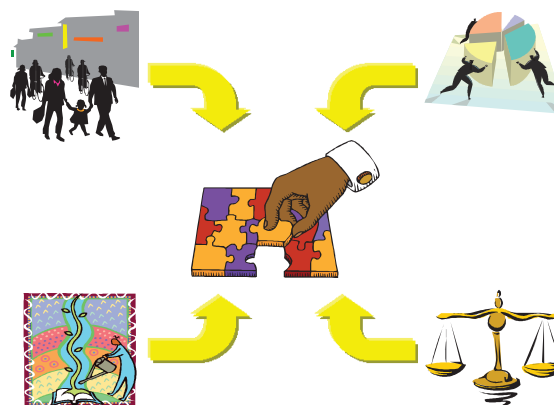
I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").



**BUDGET 2016 - Parte 3D - Dirigenti**

**SC Controllo di Gestione**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
dirigente analista direttore di SC	1,0	1,0	1,0	1,0
<b>Totale</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>



## BUDGET 2016

**CdR: SS Aggiornamento e formazione professionale**

**Responsabile: Dott.ssa Antonella Bologna**



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
26-249	Integrazione delle funzioni territoriali e ospedaliere	<p>Adeguamento, tra i due Centri di formazione aziendale (AOUTS e ASS1), della modulistica necessaria alla stesura e alla presentazione dei progetti formativi</p> <p>Azioni Revisione delle schede di presentazione del progetto formativo (sia ECM che non ECM)</p> <p>Obiettivo generale condiviso S.S.D. Aggiornamento e Formazione - SC Gestione e Valorizzazione del Personale – Funzione e Qualificazione Personale</p>	TARGET: Produzione della scheda di progetto unica entro il 15/10/2016	25		
27-246	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	<p>Progettazione e realizzazione di una griglia di correzione in formato Microsoft Excel per l'inserimento delle risposte fornite nelle prove di apprendimento e per il confronto con le risposte corrette, l'ottenimento dei punteggi individuali e dei "punteggi-classe".</p> <p>Azioni</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Progettazione della griglia di correzione</li> <li>2) Realizzazione dello strumento</li> <li>3) Inserimento per almeno 5 eventi formativi (ed. base) di tipo residenziale in cui sono proposti test con domande a scelta multipla di tutte le risposte fornite da tutti i discenti con: <ul style="list-style-type: none"> <li>•evidenziazione delle risposte corrette</li> <li>•evidenziazione delle risposte errate</li> <li>•assegnazione dei punteggi</li> <li>•assegnazione degli esiti della valutazione</li> </ul> </li> <li>4) Analisi e Sintesi dei risultati, comportanti: <ul style="list-style-type: none"> <li>•media complessiva dei punteggi per singolo item</li> <li>•media dei punteggi delle prove complessive</li> <li>•Percentuale di scostamento dalle risposte corrette (che evidenzia la criticità di apprendimento d'aula)</li> </ul> </li> <li>5) Trasmissione del report ai docenti per riformulazione dei contenuti e/o dell'efficacia espositiva e/o del rinforzo del feedback e/o della progettazione della prova di verifica in merito alle criticità emerse nella fase di analisi e sintesi dei risultati.</li> </ol>	<p>TARGET: Disponibilità, entro il 31/12/2016:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•della griglia excel con le impostazioni necessarie per le finalità didattiche della correzione dei test</li> <li>•della applicazione dello strumento per almeno 5 eventi formativi (ed. base) di tipo residenziale.</li> <li>•Elaborazione di dati</li> <li>•Analisi e sintesi dei risultati inclusi nel report da trasmettere al docente</li> </ul>	25		



Codice	Linea/Obiettivo generale	Obiettivo del CdR/Azioni	Risultato atteso/Indicatore/Tempo	Pesi		
				Comp	Dirig	Diret
27-247	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	<p>Progettazione ed attuazione di una indagine osservazionale finalizzata alla valutazione della qualità dei dati nelle schede di rilevazione delle esigenze formative per i progetti del piano formativo aziendale 2016 allo scopo di definire percorsi di miglioramento per la predisposizione di nuovi piani formativi</p> <p>Azioni</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Progettazione della indagine</li> <li>2) Attuazione dell'indagine osservazionale (raccolta dei dati)</li> <li>3) Elaborazione dei dati</li> <li>4) Analisi dei risultati ed evidenze, peso delle criticità</li> <li>5) Produzione del report con i risultati e la individuazione dei percorsi di miglioramento</li> </ol>	TARGET: Disponibilità, entro il 31/12/2016 del report con precisi riferimenti (dati) riferiti alle criticità emerse con quantificazione, per ogni specifico campo/dati, gli errori/omissioni commessi nelle schede di rilevazione delle esigenze formative per progetti formativi ECM e non ECM inerenti il piano formativo aziendale 2016.	25		
30-248	Sviluppo del sistema informativo	<p>Informatizzare le richieste dei materiali di consumo di uso corrente, a tutt'oggi compilate in forma cartacea. La finalità è quella di ottimizzare ed uniformare l'attività di gestione delle richieste dei materiali di consumo di uso corrente attraverso l'applicativo informatico dedicato e rendere tale attività più precisa e dinamica. Oltre al risparmio di tempo, il programma informatico permette di controllare in tempo reale la spesa sostenuta e offre una serie di dati importanti per l'economia di gestione</p> <p>Azioni</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Installazione del programma dedicato</li> <li>2. Breve iter formativo sull'uso dello stesso</li> <li>3. Partenza e messa a regime delle richieste informatizzate</li> </ol>	TARGET: Le richieste dei materiali di consumo vengono eseguite esclusivamente tramite sistema informatico entro la fine del 2016	25		
<b>Peso totale</b>				<b>100</b>		



Codice	Linea aziendale	Obiettivo del CdR/Azioni	Target/Modalità di valutazione
23-149	Applicazione del Piano per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza	Tutte le strutture coinvolte dai vigenti Piani per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza sono chiamate ad adempiere a quanto previsto dagli stessi per l'esercizio in corso	TARGET: Evidenza dell'adempimento degli obblighi sulla base di quanto dettagliatamente previsto dai richiamati piani per il Centro di Responsabilità  MODALITA' DI VALUTAZIONE: Certificazione dell'adempimento degli obblighi da parte del Responsabile anticorruzione anche sulla base di una specifica relazione prodotta dal Direttore del CdR
29-170	Rispetto dei tempi previsti per i procedimenti amministrativi	Rispetto dei tempi procedurali previsti per l'inoltro degli elementi necessari al riscontro delle segnalazioni inoltrate all'URP	TARGET: I tempi di risposta alle segnalazioni rispettano il tetto dei 30 giorni previsti
31-175	Sviluppo delle politiche del personale	Fruizione da parte del personale del comparto di un numero di giorni ferie pari al credito annuale	TARGET: Rapporto giornate fruito / credito annuale=100%  MODALITA' DI VALUTAZIONE: La tolleranza è del 3%. Eventuali scostamenti superiori alla tolleranza potranno essere giustificati in caso di assenze prolungate (in tal caso il credito dei dipendenti assenti viene ridotto in ragione della durata dell'assenza stessa).
31-180	Sviluppo delle politiche del personale	Personale del comparto (situazione personale con un numero di giorni di ferie cumulate relative agli anni precedenti superiori ai 30 giorni e/o con credito orario cumulato confermato superiore alle 100 ore) 1) Attuazione dei piani di rientro finalizzati al graduale riassorbimento dei crediti pregressi e già definiti nel 2015 con verifica infra-annuale della situazione. 2) Eventuale adeguamento del piano rientro triennale anche in base agli esiti della verifica di cui al punto 1.	TARGET: 1) Trasmissione dei risultati dell'analisi intermedia e del piano di rientro alla SC Gestione Risorse Umane entro il 31/10/2016 2) Evidenza dell'applicazione del Piano
31-181	Sviluppo delle politiche del personale	Rispetto di quanto previsto dalla normativa (anche con riferimento alle recenti disposizioni europee), dai contratti e dai regolamenti interni a margine della gestione degli orari di lavoro.	TARGET: Evidenza del rispetto dei limiti previsti sull'orario di lavoro e dell'applicazione delle disposizioni contrattuali e dei regolamenti interni.
31-182	Sviluppo delle politiche del personale	Comunicazione degli obiettivi negoziati all'equipe	TARGET: Evidenza formale dell'avvenuta comunicazione

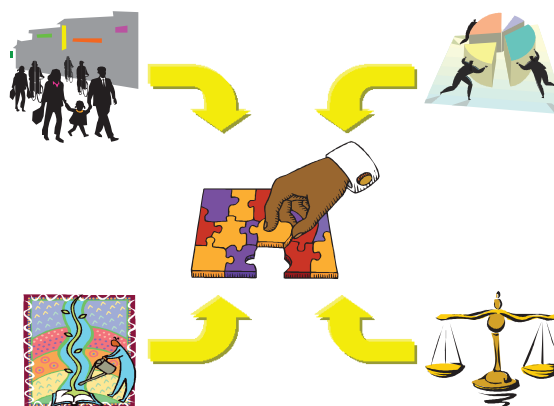


**BUDGET 2016 - Parte 3C - Comparto**

**SS Aggiornamento e formazione professionale**

	Media Anno 2015 (Unità)		Situazione al 31/12/2015 (Unità)	Situazione al 31/07/2016 (Unità)
	(In forza)	(Presenti)	(In forza)	(In forza)
Amministrativi - ass. amm.vo - C	1,4	1,4	1,0	1,0
Amministrativi - coll. amm.vo prof.le - D	0,7	0,7	0,0	0,0
Assistenti sanitari - coll. prof. san. ass. san. - D	1,0	1,0	1,0	1,0
Assistenti sanitari - coll. prof. san. esperto ass. san. - DS	1,0	1,0	1,0	1,0
Infermieri - coll. prof. san. infermiere - D	3,0	3,0	3,0	3,0
Infermieri - coll. prof. san. esperto infermiere - DS	1,0	1,0	1,0	3,0
Tecnici non sanitari - op. tec. spec. serv. gen - BS	0,5	0,5	0,0	0,0
Tecnici non sanitari - op. tec. spec. esperto - C	1,0	0,9	1,0	1,0
<b>Totale</b>	<b>9,5</b>	<b>9,5</b>	<b>8,0</b>	<b>10,0</b>

I dati sono espressi in unità fisiche (si prescinde quindi dalla specifica "base lavoro").



## BUDGET 2016

Obiettivi assegnati al personale impiegato nell'accordo di collaborazione e ricerca  
con il Ministero della Salute nell'attività di supporto alla revisione annuale della CND

(di cui alla nota Dire. Centr 13641/P dd 19/08/2016)



## Definizione Obiettivi personale del comparto – Collaboratore tecnico professionale, Cat. D

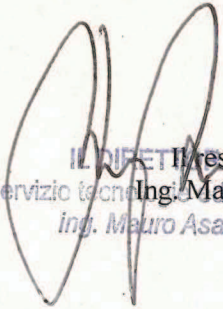
<b>Cognome e nome</b>	Basile Angelo
<b>Periodo Lavorativo</b>	Dal 01/01/2016 al 31/12/2016
<b>Obiettivo</b>	Gestione di almeno 50 procedure della tipologia "Subentro" tra le variazioni dei dati aziendali che comportano aggiornamenti nella BD/RDM del Ministero della Salute
<b>Indicatore</b>	Verifica delle informazioni fornite dall'utente richiedente la variazione, predisposizione dei moduli all'utente per l'avvio della procedura di modifica
<b>Esito atteso</b>	Trasmissione all'utente richiedente dei moduli di Subentro entro il 31/12/2016

### Descrizione dell'obiettivo

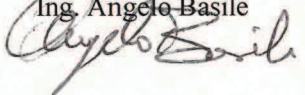
L'attività viene svolta a supporto dei soggetti registranti Dispositivi Medici nella BD/RDM del Ministero della Salute nelle procedure di variazione dei dati aziendali.

La procedura di "Subentro" riguarda la richiesta di variazione dell'azienda Dichiarante. A seguito di quanto dichiarato dall'utente richiedente, si procede ad un controllo nella banca dati del Ministero della Salute della veridicità delle informazioni riportate nella mail di richiesta, rispondendo con l'invio dei moduli in parte precompilati e fornendo le successive indicazioni per l'invio al Ministero della Salute.

Data  
15/01/2016

  
Il DIFETI responsabile  
del Servizio tecnico accertamenti  
Ing. Mauro Asaro  
Ing. Mauro Asaro

Per presa visione  
Ing. Angelo Basile



**Definizione Obiettivi personale del comparto – Collaboratore tecnico professionale, Cat. D**

<b>Cognome e nome</b>	Chiabai Alessandro
<b>Periodo</b>	Dal 01/01/2016 al 31/12/2016
<b>Obiettivo</b>	Gestione di almeno 4 procedure di “estrazione” di informazioni relative a particolari tipologie di dispositivi medici su indicazione del Ministero della Salute
<b>Indicatore</b>	Predisposizione del report da trasmettere al Ministero della Salute
<b>Esito atteso</b>	Trasmissione via e-mail, del report al Ministero della Salute entro il 31/12/2016

**Descrizione dell’obiettivo**

L’ attività viene svolta a supporto del Ministero della Salute e prevede l’interrogazione della BD/RDM mediante query Access per la ricerca di dispositivi aventi determinate caratteristiche secondo le esigenze dell’Ufficio III (esempio:nome commerciale e/o classe CND, presenza di sostanze etc.). I record dei DM estratti vengono successivamente analizzati con verifiche visive e se del caso si procede attraverso l’analisi puntuale di ogni scheda di registrazione per affinare la selezione dei dispositivi. I risultati dell’analisi vengono inviati all’Ufficio III con un report riassuntivo.

Data  
15/01/2016

Il responsabile  
Ing. Mauro Asaro  
IL DIRETTORE  
del Servizio tecnologia ed investimenti  
Ing. Mauro Asaro

Per presa visione  
Dott.. Alessandro Chiabai





## Definizione Obiettivi personale del comparto – Collaboratore tecnico professionale, Cat. D

<b>Cognome e nome</b>	Ferruggia Marco
<b>Periodo</b>	Dal 01/01/2016 al 31/12/2016
<b>Obiettivo</b>	Gestione di almeno 4 procedure di “estrazione” di informazioni relative a particolari tipologie di dispositivi medici su indicazione del Ministero della Salute
<b>Indicatore</b>	Predisposizione del report da trasmettere al Ministero della Salute
<b>Esito atteso</b>	Trasmissione via e-mail, del report al Ministero della Salute entro il 31/12/2016

### Descrizione dell'obiettivo

L'attività viene svolta a supporto del Ministero della Salute e prevede l'interrogazione della BD/RDM mediante query Access per la ricerca di dispositivi aventi determinate caratteristiche secondo le esigenze dell'Ufficio III (esempio: nome commerciale e/o classe CND, presenza di sostanze etc.). I record dei DM estratti vengono successivamente analizzati con verifiche visive e se del caso si procede attraverso l'analisi puntuale di ogni scheda di registrazione per affinare la selezione dei dispositivi. I risultati dell'analisi vengono inviati all'Ufficio III con un report riassuntivo.

Data  
15/01/2016

Il responsabile  
Ing. Mauro Asaro  
IL DIRETTORE  
del Servizio tecnologie ed investimenti  
Ing. Mauro Asaro

Per presa visione  
Ing. Marco Ferruggia

## Definizione Obiettivi personale del comparto – Collaboratore tecnico professionale, Cat. D

<b>Cognome e nome</b>	Martina Daniela
<b>Periodo Lavorativo</b>	Dal 29/05/2016 al 31/12/2016
<b>Obiettivo</b>	Gestione dell'istruttoria tecnica di almeno 20 richieste di parere sottoposte al Nucleo di valutazione degli investimenti sanitari e sociali
<b>Indicatore</b>	Predisposizione delle bozze dei pareri da sottoporre al Nucleo di valutazione degli investimenti sanitari e sociali e da trasmettere agli Enti del SSR
<b>Esito atteso</b>	Trasmissione via Posta elettronica certificata (GIFRA) dei pareri predisposti ai richiedenti entro il 31/12/2016

### Descrizione dell'obiettivo

L'attività viene svolta a supporto del Servizio Tecnologie ed Investimenti della Direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia della Regione FVG ed è relativa all'istruttoria tecnica e alla predisposizione delle bozze di parere del Nucleo di valutazione degli investimenti sanitari e sociali.

Tali richieste possono riguardare la valutazione degli investimenti in beni tecnologici, la concessione di anticipazioni finanziarie finalizzate alla copertura delle spese per la predisposizione di progettazioni preliminari ai sensi dell'art.6 comma 30 della LR 34/2015 e valutazioni sulla programmazione preliminare degli investimenti ai sensi della LR 26/2015. L'attività prevede anche compiti di segreteria.

Data

06/06/2016

Il responsabile  
Ing. Mauro Asaro  
**IL DIRETTORE**  
del Servizio tecnologie ed investimenti  
**ing. Mauro Asaro**

Per presa visione  
Ing. Daniela Martina

*Daniela Martina*



## Definizione Obiettivi personale del comparto – Collaboratore tecnico professionale, Cat. D

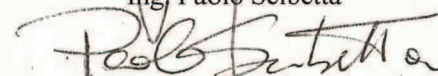
<b>Cognome e nome</b>	Scibetta Paolo
<b>Periodo</b>	Dal 01/01/2016 al 31/12/2016
<b>Obiettivo</b>	Gestione di almeno 4 procedure di “estrazione” di informazioni relative a particolari tipologie di dispositivi medici su indicazione del Ministero della Salute
<b>Indicatore</b>	Predisposizione del report da trasmettere al Ministero della Salute
<b>Esito atteso</b>	Trasmissione via e-mail, del report al Ministero della Salute entro il 31/12/2016

### Descrizione dell'obiettivo

L'attività viene svolta a supporto del Ministero della Salute e prevede l'interrogazione della BD/RDM mediante query Access per la ricerca di dispositivi aventi determinate caratteristiche secondo le esigenze dell'Ufficio III (esempio: nome commerciale e/o classe CND, presenza di sostanze etc.). I record dei DM estratti vengono successivamente analizzati con verifiche visive e se del caso si procede attraverso l'analisi puntuale di ogni scheda di registrazione per affinare la selezione dei dispositivi. I risultati dell'analisi vengono inviati all'Ufficio III con un report riassuntivo.

Data  
15/01/2016

Il responsabile  
Ing. Mauro Asaro  
IL DIRETTORE  
del Servizio tecnologie ed investimenti  
ing. Mauro Asaro  
Per presa visione  
Ing. Paolo Scibetta



## Definizione Obiettivi personale del comparto – Collaboratore tecnico professionale, Cat. D

<b>Cognome e nome</b>	Villano Alessandra
<b>Periodo</b>	Dal 01/01/2016 al 31/12/2016
<b>Obiettivo</b>	Gestione di almeno 20 procedure della tipologia “Variazione Denominazione Azienda” tra le variazioni dei dati aziendali che comportano aggiornamenti nella BD/RDM del Ministero della Salute
<b>Indicatore</b>	Verifica delle informazioni fornite dall’utente richiedente la variazione, predisposizione dei moduli all’utente per l’avvio della procedura di modifica
<b>Valore atteso</b>	Trasmissione all’utente richiedente dei moduli di Subentro entro il 31/12/2016

### Descrizione dell’obiettivo

L’ attività viene svolta a supporto dei soggetti registranti Dispositivi Medici nella BD/RDM del Ministero della Salute nelle procedure di variazione dei dati aziendali.

La procedura di “Variazione Denominazione Azienda” riguarda la richiesta di variazione denominazione dell’azienda Dichiarante o Fabbricante. A seguito di quanto dichiarato dall’utente richiedente, si procede ad un controllo nella banca dati del Ministero della Salute della veridicità delle informazioni riportate nella mail di richiesta, rispondendo con l’invio dei moduli in parte precompilati e fornendo le successive indicazioni per l’invio al Ministero della Salute.

Data  
15/01/2016

Il responsabile  
Ing. Mauro Asaro

IL DIRETTORE  
del Servizio tecnologie ed investimenti  
ing. Mauro Asaro

Per presa visione  
Ing. Alessandra Villano

*Alessandra Villano*

ALLEGATO 3 - Budget economico assegnato ai Centri di Risorsa aziendali

Livello						VOCE MODELLO CE	S.C.Ge.Va.P		SC Logistica e servizi economici		SC Gestione Stabilimenti		SC Inf. e telecom.		SC Farmacia		SC Affari generali e legali (area ospedaliera)	SC Ingegneria clinica (area ospedaliera)	Dipartimento di supporto alla governance (area ospedaliera)	Direzione amministrativa		Direzione Sanitaria		Budget complessivo 2016 (**)
I	II	III	IV	V	VI		Area territoriale S.C.Ge.Va.P	Area ospedaliera SC G.R.U.	Area territoriale S.C.P.C.A	Area ospedaliera SC Log. E serv. Econ.	Area territoriale S.C.I.I.	Area ospedaliera SC Gest. Stab.	Area territoriale S.C.S.I.	Area ospedaliera SC IT	Area territoriale S.C.A.F.	Area ospedaliera SC Farmacia				Area territoriale	Area ospedaliera	Area territoriale	Area ospedaliera	
300						ACQUISTI DI BENI																	0	
300	100					Acquisti di beni sanitari																	0	
300	100	100				Prodotti farmaceutici ed emoderivati																	0	
300	100	100	100			Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale			80.219					9.340.000	16.926.920								26.347.139	
300	100	100	200			Medicinali senza AIC			278.284					165.000	759.830								1.203.114	
300	100	100	300			Emoderivati di produzione regionale																	0	
300	100	200				Sangue ed emocomponenti da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale																	0	
300	100	200	100			da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche extra Regione) - Mobilità extraregionale																	0	
300	100	200	200			da altri soggetti																	0	
300	100	300				Dispositivi medici																	0	
300	100	300	100			Dispositivi medici			18.444.284					1.800.000	492.148								20.736.432	
300	100	300	200			Dispositivi medici impiantabili attivi			1.978.965														1.978.965	
300	100	300	300			Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)								500.000	5.206.941								5.706.941	
300	100	400				Prodotti dietetici								1.175.000	96.300								1.271.300	
300	100	500				Materiali per la profilassi (vaccini)								835.000	8.667								843.667	
300	100	600				Prodotti chimici								7.000	95								7.095	
300	100	700				Materiali e prodotti per uso veterinario								8.000									8.000	
300	100	800				Altri beni e prodotti sanitari			460.249					60.000	262.001								782.250	
300	100	900				Beni e prodotti sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione																	0	
300	100	900	50			Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale																	0	
300	100	900	100			Medicinali senza AIC																	0	
300	100	900	150			Emoderivati di produzione regionale																	0	
300	100	900	200			Dispositivi medici																	0	
300	100	900	250			Dispositivi medici impiantabili attivi																	0	
300	100	900	300			Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)																	0	
300	100	900	350			Prodotti dietetici																	0	
300	100	900	400			Materiali per la profilassi (vaccini)																	0	
300	100	900	450			Prodotti chimici																	0	
300	100	900	500			Materiali e prodotti per uso veterinario																	0	
300	100	900	900			Altri beni e prodotti sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione																	0	
300	200					Acquisti di beni non sanitari																	0	
300	200	100				Prodotti alimentari			20.000														20.000	
300	200	200				Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere			150.000	280.000													430.000	
300	200	300				Combustibili, carburanti e lubrificanti			205.000		55.000												260.000	
300	200	400				Supporti informatici e cancelleria																	0	
300	200	400	100			Cancelleria e stampati			135.000	278.283													413.283	
300	200	400	200			Materiali di consumo per l'informatica			70.000	251.810													321.810	
300	200	400	300			Materiali didattici, audiovisivo e fotografico			30.000	6.000													36.000	
300	200	500				Materiali per la manutenzione																	0	
300	200	500	100			Materiali ed accessori per beni sanitari				139.757	671			14.000						294.949			449.377	
300	200	500	200			Materiali ed accessori per beni non sanitari			1.000	7.058	11.688			19.790						25.220			64.756	
300	200	600				Altri beni e prodotti non sanitari			20.000	117.610													137.610	
300	200	700				Beni e prodotti non sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione																	0	
300	200	700	100			Prodotti alimentari																	0	
300	200	700	200			Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere																	0	
300	200	700	300			Combustibili, carburanti e lubrificanti																	0	
300	200	700	400			Supporti informatici e cancelleria																	0	
300	200	700	500			Materiali per la manutenzione																	0	
300	200	700	900			Altri beni e prodotti non sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione																	0	
305						ACQUISTI DI SERVIZI																	0	
305	100					Acquisti servizi sanitari																	0	
305	100	50				Acquisti servizi sanitari per medicina di base																	0	
305	100	50	100			- da convenzione																	0	
305	100	50	100	10		Costi per assistenza MMG																	0	
305	100	50	100	10		5 Quota capitaria nazionale															11.075.000		11.075.000	
305	100	50	100	10		10 Compensi da fondo ponderazione															775.000		775.000	
305	100	50	100	10		15 Compensi da fondo qualità dell'assistenza															1.850.000		1.850.000	
305	100	50	100	10		20 Compensi da fondo quota capitaria regionale															670.000		670.000	
305	100	50	100	10		25 Compensi extra derivanti da accordi nazionali															300.000		300.000	
305	100	50	100	10		30 Compensi da accordi regionali															675.000		675.000	
305	100	50	100	10		35 Compensi da accordi aziendali															275.000		275.000	
305	100	50	100	10		40 Premi assicurativi malattia															60.000		60.000	
305	100	50	100	10		45 Formazione															50.000		50.000	
305	100	50	100	10		50 Altre competenze															5.000		5.000	
305	100	50	100	10		55 Oneri sociali															1.615.000		1.615.000	
305	100	50	100	20		Costi per assistenza PLS																	0	
305	100	50	100	20		5 Quota capitaria nazionale															2.225.000		2.225.000	
305	100	50	100	20		10 Compensi da fondo ponderazione															115.000		115.000	
305	100	50	100	20		15 Compensi da fondo qualità dell'assistenza															255.000		255.000	
305	100	50	100	20		20 Compensi da fondo quota capitaria regionale															60.000		60.000	
305	100	50	100	20		25 Compensi extra derivanti da accordi nazionali															175.000		175.000	
305	100	50	100	20		30 Compensi da accordi regionali															180.000		180.000	



ALLEGATO 3 - Budget economico assegnato ai Centri di Risorsa aziendali

Livello						VOCE MODELLO CE	S.C.Ge.Va.P		SC Logistica e servizi economici		SC Gestione Stabilimenti		SC Inf. e telecom.		SC Farmacia		SC Affari generali e legali (area ospedaliera)	SC Ingegneria clinica (area ospedaliera)	Dipartimento di supporto alla governance (area ospedaliera)	Direzione amministrativa		Direzione Sanitaria		Budget complessivo 2016 (**)			
I	II	III	IV	V	VI		Area territoriale S.C.Ge.Va.P	Area ospedaliera SC G.R.U.	Area territoriale S.C.P.C.A	Area ospedaliera SC Log. E serv. Econ.	Area territoriale S.C.I.I.	Area ospedaliera SC Gest. Stab.	Area territoriale S.C.S.I.	Area ospedaliera SC IT	Area territoriale S.C.A.F.	Area ospedaliera SC Farmacia				Area territoriale	Area ospedaliera	Area territoriale	Area ospedaliera				
305	100	50	100	20	35	Compensi da accordi aziendali																					
305	100	50	100	20	40	Premi assicurativi malattia																	1.000		1.000		
305	100	50	100	20	45	Formazione																	5.000		5.000		
305	100	50	100	20	50	Altre competenze																			0		
305	100	50	100	20	55	Oneri sociali																	275.000		275.000		
305	100	50	100	30		Costi per assistenza Continuità assistenziale																			0		
305	100	50	100	30	5	Compensi fissi Conv. per ass. guardia medica festiva e notturna																		940.000		940.000	
305	100	50	100	30	10	Compensi fissi Conv. per emergenza sanitaria territoriale																		155.000		155.000	
305	100	50	100	30	15	Compensi fissi Conv. per ass. guardia medica turistica																				0	
305	100	50	100	30	20	Compensi da accordi regionali Conv. per ass. guardia medica festiva e notturna																		150.000		150.000	
305	100	50	100	30	25	Compensi da accordi regionali Conv. per emergenza sanitaria territoriale																		65.000		65.000	
305	100	50	100	30	30	Compensi da accordi aziendali Conv. per ass. guardia medica festiva e notturna																		140.000		140.000	
305	100	50	100	30	35	Compensi da accordi aziendali Conv. per emergenza sanitaria territoriale																		15.000		15.000	
305	100	50	100	30	40	Altri compensi																				0	
305	100	50	100	30	45	Premi assicurativi malattia Conv. per ass. guardia medica festiva e notturna																		8.000		8.000	
305	100	50	100	30	50	Premi assicurativi malattia Conv. per emergenza sanitaria territoriale																		2.000		2.000	
305	100	50	100	30	55	Premi assicurativi malattia Conv. per ass. guardia medica turistica																				0	
305	100	50	100	30	60	Oneri sociali Conv. per ass. guardia medica festiva e notturna																		115.000		115.000	
305	100	50	100	30	65	Oneri sociali Conv. per emergenza sanitaria territoriale																		20.000		20.000	
305	100	50	100	30	70	Oneri sociali Conv. per ass. guardia medica turistica																				0	
305	100	50	100	40		Altro (medicina dei servizi, psicologi, medici 118, ecc)																				0	
305	100	50	100	40	5	Compensi fissi		118.600																530.000		648.600	
305	100	50	100	40	10	Compensi da fondo ponderazione		7.000																75.000		82.000	
305	100	50	100	40	15	Compensi extra derivanti da accordi nazionali																		10.000		10.000	
305	100	50	100	40	20	Compensi da accordi regionali																		10.000		10.000	
305	100	50	100	40	25	Compensi da accordi aziendali																				0	
305	100	50	100	40	30	Altre competenze																				0	
305	100	50	100	40	35	Oneri sociali		17.600																90.000		107.600	
305	100	50	100	40	40	Medicina fiscale																				0	
305	100	50	200			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) Mobilità intraregionale																				0	
305	100	50	300			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche Extraregione) - Mobilità extraregionale																		69.052		69.052	
305	100	100				Acquisti servizi sanitari per farmaceutica																				0	
305	100	100	100			- da convenzione																				0	
305	100	100	100	10		Prodotti farmaceutici e galenici									36.940.000											36.940.000	
305	100	100	100	20		Contributi farmacie rurali ed Engaf									30.000											30.000	
305	100	100	200			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale																				0	
305	100	100	300			- da pubblico (Extraregione)									186.036											186.036	
305	100	150				Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale																				0	
305	100	150	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)																				0	
305	100	150	100	10		Acquisto di prestazioni ambulatoriali e diagnostiche regionali																		34.869.194		34.869.194	
305	100	150	100	20		Acquisto di prestazioni ambulatoriali e diagnostiche regionali fatturate																			656.052		656.052
305	100	150	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)																				0	
305	100	150	300			- da pubblico (Extraregione)																				0	
305	100	150	300	10		Acquisto di prestazioni ambulatoriali e diagnostiche extraregione in compensazione																		1.892.901		1.892.901	
305	100	150	300	20		Acquisto di prestazioni ambulatoriali e diagnostiche extraregione fatturate																		32.498		32.498	
305	100	150	400			- da privato - Medici SUMAI																				0	
305	100	150	400	10		Compensi fissi																		1.520.000		1.520.000	
305	100	150	400	20		Compensi da fondo ponderazione																		255.000		255.000	
305	100	150	400	30		Compensi extra derivanti da accordi nazionali																		10.000		10.000	
305	100	150	400	40		Compensi da accordi regionali																		35.000		35.000	
305	100	150	400	50		Compensi da accordi aziendali																		25.000		25.000	
305	100	150	400	60		Altre competenze																				0	
305	100	150	400	70		Oneri sociali																		275.000		275.000	
305	100	150	500			- da privato																				0	
305	100	150	500	10		Servizi sanitari per assistenza specialistica da IRCCS privati e Policlinici privati																				0	
305	100	150	500	20		Servizi sanitari per assistenza specialistica da Ospedali Classificati privati																				0	
305	100	150	500	30		Servizi sanitari per assistenza specialistica da Case di Cura private																		6.061.192		6.061.192	



ALLEGATO 3 - Budget economico assegnato ai Centri di Risorsa aziendali

Livello						VOCE MODELLO CE	S.C.Ge.Va.P		SC Logistica e servizi economici		SC Gestione Stabilimenti		SC Inf. e telecom.		SC Farmacia		SC Affari generali e legali (area ospedaliera)	SC Ingegneria clinica (area ospedaliera)	Dipartimento di supporto alla governance (area ospedaliera)	Direzione amministrativa		Direzione Sanitaria		Budget complessivo 2016 (**)			
I	II	III	IV	V	VI		Area territoriale S.C.Ge.Va.P	Area ospedaliera SC G.R.U.	Area territoriale S.C.P.C.A	Area ospedaliera SC Log. E serv. Econ.	Area territoriale S.C.I.I.	Area ospedaliera SC Gest. Stab.	Area territoriale S.C.S.I.	Area ospedaliera SC IT	Area territoriale S.C.A.F.	Area ospedaliera SC Farmacia				Area territoriale	Area ospedaliera	Area territoriale	Area ospedaliera				
305	100	150	500	40		Servizi sanitari per assistenza specialistica da altri privati																	3.645.000	2.000	3.647.000		
305	100	150	600			- da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)																		115.000		115.000	
305	100	200				Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa																				0	
305	100	200	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)																				0	
305	100	200	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)																				0	
305	100	200	300			- da pubblico (Extraregione) non soggetti a compensazione																		4.000		4.000	
305	100	200	400			- da privato (intra-regionale)																				0	
305	100	200	400	10		Assistenza riabilitativa ex art.26 L.833/78 - in regime di ricovero																				0	
305	100	200	400	20		Assistenza riabilitativa ex art.26 L.833/78 - in regime ambulatoriale																		300.000		300.000	
305	100	200	500			- da privato (extraregionale)																				0	
305	100	200	500	10		Assistenza riabilitativa ex art.26 L.833/78 - in regime di ricovero																		20.000		20.000	
305	100	200	500	20		Assistenza riabilitativa ex art.26 L.833/78 - in regime ambulatoriale																				0	
305	100	250				Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa																				0	
305	100	250	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)									5.000											5.000	
305	100	250	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)																				0	
305	100	250	300			- da pubblico (Extraregione)																				0	
305	100	250	400			- da privato - AFIR																				0	
305	100	250	400	10		AFIR farmacie convenzionate									3.500.000											3.500.000	
305	100	250	400	20		Fornitura ausili per incontinenti			1.735.000						15.000											1.750.000	
305	100	250	400	30		Ossigeno terapia domiciliare			850.000																	850.000	
305	100	250	400	90		AFIR altro																				0	
305	100	300				Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica																					0
305	100	300	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)																		9.500		9.500	
305	100	300	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)																				0	
305	100	300	300			- da pubblico (Extraregione)																				0	
305	100	300	400			- da privato																				0	
305	100	300	400	10		Assist. Protesica indiretta art. 26, c. 3 L. 833/78 e DM 2/3/84			150.000															2.150.000		2.300.000	
305	100	300	400	20		Servizio supporto gestione assistenza protesica			800.000																		800.000
305	100	350				Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera																					0
305	100	350	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)																					0
305	100	350	100	10		Acquisto di prestazioni in regime di ricovero (DRG) regionali																		133.180.923		133.180.923	
305	100	350	100	20		Acquisto di prestazioni fatturate in regime di ricovero regionali																		10.000		10.000	
305	100	350	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)																				0	
305	100	350	300			- da pubblico (Extraregione)																				0	
305	100	350	300	10		Acquisto di prestazioni in regime di ricovero (DRG) extra regionali																		7.712.592		7.712.592	
305	100	350	300	20		Acquisto di prestazioni fatturate in regime di ricovero extra regionali																					0
305	100	350	400			- da privato																				0	
305	100	350	400	10		Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da IRCCS privati e Policlinici privati																					0
305	100	350	400	20		Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Ospedali Classificati privati																					0
305	100	350	400	30		Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Case di Cura private																		21.561.000		21.561.000	
305	100	350	400	40		Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da altri privati																					0
305	100	350	500			- da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)																		1.614.000		1.614.000	
305	100	400				Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale																					0
305	100	400	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)																					0
305	100	400	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)																					0
305	100	400	300			- da pubblico (Extraregione) - non soggette a compensazione																		72.000		72.000	
305	100	400	400			- da privato (intra-regionale)			3.325.000																		3.815.000
305	100	400	500			- da privato (extraregionale)																		490.000			0
305	100	450				Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F																					0
305	100	450	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale																					0
305	100	450	100	10		Rimborso costo farmaci									7.460.952												7.460.952
305	100	450	100	20		Servizio di distribuzione									2.030												2.030

ALLEGATO 3 - Budget economico assegnato ai Centri di Risorsa aziendali

Livello						VOCE MODELLO CE	S.C.Ge.Va.P		SC Logistica e servizi economici		SC Gestione Stabilimenti		SC Inf. e telecom.		SC Farmacia		SC Affari generali e legali (area ospedaliera)	SC Ingegneria clinica (area ospedaliera)	Dipartimento di supporto alla governance (area ospedaliera)	Direzione amministrativa		Direzione Sanitaria		Budget complessivo 2016 (**)
I	II	III	IV	V	VI		Area territoriale S.C.Ge.Va.P	Area ospedaliera SC G.R.U.	Area territoriale S.C.P.C.A	Area ospedaliera SC Log. E serv. Econ.	Area territoriale S.C.I.I.	Area ospedaliera SC Gest. Stab.	Area territoriale S.C.S.I.	Area ospedaliera SC IT	Area territoriale S.C.A.F.	Area ospedaliera SC Farmacia				Area territoriale	Area ospedaliera	Area territoriale	Area ospedaliera	
305	100	450	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)																		0
305	100	450	300			- da pubblico (Extraregione)									499.816									499.816
305	100	450	400			- da privato (intraregionale)																		0
305	100	450	400	10		Compenso distribuzione per conto (DPC)								740.000										740.000
305	100	450	400	90		Altro								2.000										2.000
305	100	450	500			- da privato (extraregionale)																		0
305	100	450	600			- da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)																		0
305	100	500				Acquisto prestazioni termali in convenzione																		0
305	100	500	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) Mobilità intraregionale																		0
305	100	500	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)																		0
305	100	500	300			- da pubblico (Extraregione)																211.920		211.920
305	100	500	400			- da privato																40.000		40.000
305	100	500	500			- da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)																		0
305	100	550				Acquisto prestazioni di trasporto sanitario																		0
305	100	550	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) Mobilità intraregionale																310.000		310.000
305	100	550	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)																		0
305	100	550	300			- da pubblico (Extraregione)																122.421		122.421
305	100	550	400			- da privato																		0
305	100	550	400	10		Trasporti primari (emergenza)			1.200.000															1.200.000
305	100	550	400	20		Trasporti secondari			1.090.000															1.090.000
305	100	550	400	30		Elisoccorso																		0
305	100	550	400	40		Trasporti nefropatici			740.000															740.000
305	100	600				Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria																		0
305	100	600	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) Mobilità intraregionale																		0
305	100	600	200			- da pubblico (altri soggetti pubblici della Regione)																		0
305	100	600	200	10		RSA esterne																		0
305	100	600	200	20		Rimborso per assistenza sanitaria in strutture residenziali e semi residenziali per anziani																2.373.000		2.373.000
305	100	600	200	30		Abbattimento rette anziani non autosufficienti																4.728.000		4.728.000
305	100	600	200	90		Altre prestazioni da pubblico (altri soggetti pubblici della Regione)																935.000		935.000
305	100	600	300			- da pubblico (Extraregione) non soggette a compensazione																		0
305	100	600	400			- da privato (intraregionale)																		0
305	100	600	400	10		Conv. per ass. ostetrica ed infermieristica																		0
305	100	600	400	20		Conv. per ass. domiciliare -ADI			690.000															690.000
305	100	600	400	30		RSA esterne			7.038.000															7.038.000
305	100	600	400	40		Rimborso per assistenza sanitaria in strutture residenziali e semi residenziali per anziani																1.552.000		1.552.000
305	100	600	400	50		Abbattimento rette anziani non autosufficienti																3.182.000		3.182.000
305	100	600	400	60		Assist. riabilitativa residenziale e integrativa territoriale per tossicodipendenti			1.537.000													493.000		2.030.000
305	100	600	400	70		Convenzioni per attività di consultorio familiare									33.000									33.000
305	100	600	400	90		Altre prestazioni da privato (intraregionale)			30.000													523.000		553.000
305	100	600	500			- da privato (extraregionale)																		0
305	100	600	500	10		Assist. riabilitativa residenziale e integrativa territoriale per tossicodipendenti																		0
305	100	600	500	90		Altre prestazioni da privato (extraregionale)																63.000		63.000
305	100	650				Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia)																		0
305	100	650	100			Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area ospedaliera																	246.000	246.000
305	100	650	200			Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia- Area specialistica			255.000														1.550.000	1.805.000
305	100	650	300			Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area sanità pubblica			115.000															115.000
305	100	650	400			Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex Art. 57-58)																		0
305	100	650	400	10		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza medica e veterinaria																	476.682	476.682
305	100	650	400	20		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie																	15.000	15.000
305	100	650	400	30		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza medica universitaria																		0
305	100	650	400	90		Oneri su compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro																		0
305	100	650	500			Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex Art. 57-58) (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)																		0
305	100	650	500	10		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza medica e veterinaria																		0

**ALLEGATO 3 - Budget economico assegnato ai Centri di Risorsa aziendali**

Livello						VOCE MODELLO CE	S.C.Ge.Va.P		SC Logistica e servizi economici		SC Gestione Stabilimenti		SC Inf. e telecom.		SC Farmacia		SC Affari generali e legali (area ospedaliera)	SC Ingegneria clinica (area ospedaliera)	Dipartimento di supporto alla governance (area ospedaliera)	Direzione amministrativa		Direzione Sanitaria		Budget complessivo 2016 (**)
I	II	III	IV	V	VI		Area territoriale S.C.Ge.Va.P	Area ospedaliera SC G.R.U.	Area territoriale S.C.P.C.A	Area ospedaliera SC Log. E serv. Econ.	Area territoriale S.C.I.I	Area ospedaliera SC Gest. Stab.	Area territoriale S.C.S.I.	Area ospedaliera SC IT	Area territoriale S.C.A.F.	Area ospedaliera SC Farmacia				Area territoriale	Area ospedaliera	Area territoriale	Area ospedaliera	
305	100	650	500	20		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie																		0
305	100	650	500	30		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza medica universitaria																		0
305	100	650	500	90		Oneri su compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro																		0
305	100	650	600			Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro																		0
305	100	650	600	5		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza ruolo professionale																		0
305	100	650	600	10		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza ruolo tecnico																		0
305	100	650	600	15		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza ruolo amministrativo																		0
305	100	650	600	20		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Comparto ruolo sanitario																		0
305	100	650	600	25		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Comparto ruolo professionale																		0
305	100	650	600	30		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Comparto ruolo tecnico																		0
305	100	650	600	35		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Comparto ruolo amministrativo																		0
305	100	650	600	40		Personale di supporto diretto e indiretto	15.000															122.000	137.000	
305	100	650	600	45		Quota di perequazione	20.000															258.000	278.000	
305	100	650	600	50		Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro																		0
305	100	650	600	90		Oneri su compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro																		0
305	100	650	700			Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)																		0
305	100	650	700	5		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza ruolo professionale																		0
305	100	650	700	10		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza ruolo tecnico																		0
305	100	650	700	15		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza ruolo amministrativo																		0
305	100	650	700	20		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Comparto ruolo sanitario																		0
305	100	650	700	25		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Comparto ruolo professionale																		0
305	100	650	700	30		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Comparto ruolo tecnico																		0
305	100	650	700	35		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Comparto ruolo amministrativo																		0
305	100	650	700	40		Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro																		0
305	100	650	700	90		Oneri su compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro																		0
305	100	700				Rimborsi, assegni e contributi sanitari																		0
305	100	700	100			Contributi ad associazioni di volontariato															490.000		490.000	
305	100	700	200			Rimborsi per cure all'estero															25.000		25.000	
305	100	700	300			Contributi a società partecipate e/o enti dipendenti della Regione																		0
305	100	700	400			Contributo Legge 210/92																19.000		19.000
305	100	700	500			Altri rimborsi, assegni e contributi																		0
305	100	700	500	5		Rimborsi per ricoveri in Italia																		0
305	100	700	500	10		Rimborsi per altra assistenza sanitaria																13.000		13.000
305	100	700	500	15		Contributi ai nefropatici																40.000		40.000
305	100	700	500	20		Contributi ai donatori di sangue lavoratori																6.100		6.100
305	100	700	500	25		Altri contributi agli assistiti																185.000		185.000
305	100	700	500	30		Altri contributi per attività socio - assistenziale																987.000		987.000
305	100	700	500	35		Contributi ad enti																150.000	77.500	227.500
305	100	700	500	40		Rimborsi per responsabilità civile																		0
305	100	700	500	45		Rimborsi per attività delegate della Regione																	1.000.000	1.000.000
305	100	700	500	90		Altri rimborsi, assegni e contributi																5.000	192.000	197.000
305	100	700	600			Rimborsi, assegni e contributi v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione																		0
305	100	700	600	10		Rimborsi per attività delegate della Regione																		0
305	100	700	600	90		Altri rimborsi, assegni e contributi v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione																4.786.616	1.129.656	5.916.272
305	100	750				Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie																		0
305	100	750	100			Consulenze sanitarie e sociosan. da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	199.842																19.240	219.082
305	100	750	200			Consulenze sanitarie e sociosanit. da terzi - Altri soggetti pubblici																	4.000	4.000
305	100	750	300			Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e socios. da privato																		0
305	100	750	300	10		Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000	15.000																	15.000
305	100	750	300	20		Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato																		0

ALLEGATO 3 - Budget economico assegnato ai Centri di Risorsa aziendali

Livello						VOCE MODELLO CE	S.C.Ge.Va.P		SC Logistica e servizi economici		SC Gestione Stabilimenti		SC Inf. e telecom.		SC Farmacia		SC Affari generali e legali (area ospedaliera)	SC Ingegneria clinica (area ospedaliera)	Dipartimento di supporto alla governance (area ospedaliera)	Direzione amministrativa		Direzione Sanitaria		Budget complessivo 2016 (**)
I	II	III	IV	V	VI		Area territoriale S.C.Ge.Va.P	Area ospedaliera SC G.R.U.	Area territoriale S.C.P.C.A	Area ospedaliera SC Log. E serv. Econ.	Area territoriale S.C.I.I.	Area ospedaliera SC Gest. Stab.	Area territoriale S.C.S.I.	Area ospedaliera SC IT	Area territoriale S.C.A.F.	Area ospedaliera SC Farmacia				Area territoriale	Area ospedaliera	Area territoriale	Area ospedaliera	
305	100	750	300	20	5	Compensi diretti per prestazioni aggiuntive al personale del comparto																		0
305	100	750	300	20	10	Consulenze sanitarie e sociosanitarie da privati																		0
305	100	750	300	20	15	Oneri sociali su consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato																		0
305	100	750	300	30		Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato																		0
305	100	750	300	30	5	Personale esterno con contratto di diritto privato - area sanitaria																		0
305	100	750	300	30	10	Costo contrattisti - area sanitaria	92.000	60.000																152.000
305	100	750	300	30	15	Costo contrattisti - ricerca corrente																		0
305	100	750	300	30	20	Costo contrattisti - ricerca finalizzata																		0
305	100	750	300	40		Indennità a personale universitario - area sanitaria																		0
305	100	750	300	40	5	Indennità personale universitario (De Maria)	60.000	1.845.779																1.905.779
305	100	750	300	40	10	Oneri sociali	17.000	805.092																822.092
305	100	750	300	50		Lavoro interinale - area sanitaria		19.740	100.000															119.740
305	100	750	300	60		Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria																		0
305	100	750	300	60	5	Costo del personale tirocinante - area sanitaria																		0
305	100	750	300	60	10	Costo borsisti - area sanitaria		20.000																20.000
305	100	750	300	60	15	Costo borsisti - ricerca corrente																		0
305	100	750	300	60	20	Costo borsisti - ricerca finalizzata		8.000																8.000
305	100	750	300	60	25	Indennità per commissioni sanitarie		10.000													300.000			310.000
305	100	750	300	60	30	Compensi ai docenti	100.000	331.056																431.056
305	100	750	300	60	35	Assegni studio agli allievi																		0
305	100	750	300	60	40	Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria																		0
305	100	750	300	60	90	Oneri sociali su altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria		25.000																25.000
305	100	750	400			Rimborso oneri stipendiali del personale sanitario in comando																		0
305	100	750	400	10		Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	71.105	1.225																72.330
305	100	750	400	20		Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Regioni, soggetti pubblici e da Università		2.000																2.000
305	100	750	400	30		Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extraregione)																		0
305	100	800				Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria																		0
305	100	800	100			Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Aziende sanitarie pubbliche della Regione																		0
305	100	800	200			Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Altri soggetti pubblici della Regione															2.000	70.000		72.000
305	100	800	300			Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico (Extraregione)															2.000			2.000
305	100	800	400			Altri servizi sanitari da privato																		0
305	100	800	400	10		Compensi per sperimentazioni cliniche															0			0
305	100	800	400	90		Altri servizi sanitari da privato		915.000	2.247.202															3.162.202
305	100	800	500			Costi per servizi sanitari - Mobilità internazionale passiva																		0
305	100	850				Costi per differenziale tariffe TUC																		0
305	200					Acquisti di servizi non sanitari																		0
305	200	100				Servizi non sanitari																		0
305	200	100	50			Lavanderia		135.000	4.381.650															4.516.650
305	200	100	100			Pulizia		1.200.000	5.055.750															6.255.750
305	200	100	150			Mensa		940.000	4.641.660															5.581.660
305	200	100	200			Riscaldamento				1.060.000	7.293.762									30.000				8.383.762
305	200	100	250			Servizi di assistenza informatica																		0
305	200	100	250	10		Servizio informatico sanitario regionale (SISR)																		0
305	200	100	250	20		Elaborazione ricette prescrizioni		90.000																90.000
305	200	100	250	90		Altri servizi di assistenza informatica				30.000														30.000
305	200	100	300			Servizi trasporti (non sanitari)		450.000	1.848.960															2.298.960
305	200	100	350			Smaltimento rifiuti		80.000	2.214.900															2.294.900
305	200	100	400			UtENZE telefoniche																		0
305	200	100	400	10		Spese telefoniche								220.000	160.000									380.000
305	200	100	400	20		Internet								20.000										20.000
305	200	100	450			UtENZE elettricità				600.000	6.200.000													6.800.000
305	200	100	500			Altre utenze																		0
305	200	100	500	10		Acqua				120.000	840.000													960.000
305	200	100	500	20		Gas				20.000	3.779													50.000
305	200	100	500	30		Canoni radiotelevisivi					815										12.000			12.815
305	200	100	500	40		Banche dati																		0
305	200	100	500	50		Altre utenze																		0
305	200	100	550			Premi di assicurazione																		0
305	200	100	550	10		Premi di assicurazione - R.C. Professionale															20.000			20.000
305	200	100	550	20		Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi															200.000			485.000
305	200	100	600			Altri servizi non sanitari																		0

ALLEGATO 3 - Budget economico assegnato ai Centri di Risorsa aziendali

Livello						VOCE MODELLO CE	S.C.Ge.Va.P		SC Logistica e servizi economici		SC Gestione Stabilimenti		SC Inf. e telecom.		SC Farmacia		SC Affari generali e legali (area ospedaliera)	SC Ingegneria clinica (area ospedaliera)	Dipartimento di supporto alla governance (area ospedaliera)	Direzione amministrativa		Direzione Sanitaria		Budget complessivo 2016 (**)
I	II	III	IV	V	VI		Area territoriale S.C.Ge.Va.P	Area ospedaliera SC G.R.U.	Area territoriale S.C.P.C.A	Area ospedaliera SC Log. E serv. Econ.	Area territoriale S.C.I.I.	Area ospedaliera SC Gest. Stab.	Area territoriale S.C.S.I.	Area ospedaliera SC IT	Area territoriale S.C.A.F.	Area ospedaliera SC Farmacia				Area territoriale	Area ospedaliera	Area territoriale	Area ospedaliera	
305	200	100	600	10		Altri servizi non sanitari da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)						252.340										12.000		264.340
305	200	100	600	20		Altri servizi non sanitari da altri soggetti pubblici																		0
305	200	100	600	20		<b>5 Altri servizi non sanitari da pubblico</b>																175.000		175.000
305	200	100	600	20		<b>10 Altri servizi socio - assistenziali da pubblico</b>																		0
305	200	100	600	30		Altri servizi non sanitari da privato																		0
305	200	100	600	30		<b>5 Servizi di vigilanza</b>			50.000		380.000													430.000
305	200	100	600	30		<b>10 Servizi religiosi</b>	24.000																	96.344
305	200	100	600	30		<b>15 Spese bancarie</b>					151						72.344					2.000		2.151
305	200	100	600	30		<b>20 Spese di incasso</b>					2.000											5.000		7.000
305	200	100	600	30		<b>25 Spese di rappresentanza</b>					1.654													1.654
305	200	100	600	30		<b>30 Pubblicità e inserzioni</b>			5.000		60.745													65.745
305	200	100	600	30		<b>35 Altre spese legali</b>																		47.770
305	200	100	600	30		<b>40 Spese postali</b>					70.720													100.720
305	200	100	600	30		<b>45 Bolli e marche</b>																		10.463
305	200	100	600	30		<b>50 Abbonamenti e riviste</b>			80.000		297.796													377.796
305	200	100	600	30		<b>55 Altre spese generali e amministrative</b>						2.381											25.000	39.000
305	200	100	600	30		<b>60 Rimborsi spese personale dipendente</b>			103.789															103.789
305	200	100	600	30		<b>65 Altri rimborsi spese</b>																		0
305	200	100	600	30		<b>80 Altri servizi socio - assistenziali da privato</b>			1.315.000															1.315.000
305	200	100	600	30		<b>90 Altri servizi non sanitari da privato</b>			1.605.000		402.817		16.220	500.000									30.000	2.554.037
305	200	200				Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie																		0
305	200	200	100			<b>Consulenze non sanitarie da Aziende sanitarie pubbliche della Regione</b>	55.000																	55.000
305	200	200	200			<b>Consulenze non sanitarie da Terzi - Altri soggetti pubblici</b>																		0
305	200	200	300			Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie da privato																		0
305	200	200	300	10		Consulenze non sanitarie da privato																		0
305	200	200	300	10		<b>5 Consulenze fiscali</b>												2.000					5.000	7.000
305	200	200	300	10		<b>10 Consulenze amministrative</b>																		0
305	200	200	300	10		<b>15 Consulenze tecniche</b>						70.000	38.000											108.000
305	200	200	300	10		<b>20 Consulenze legali</b>																		105.186
305	200	200	300	10		<b>90 Altre consulenze non sanitarie da privato</b>																		0
305	200	200	300	20		<b>Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato</b>	15.000																	15.000
305	200	200	300	30		<b>Indennità a personale universitario - area non sanitaria</b>																		0
305	200	200	300	40		<b>Lavoro interinale - area non sanitaria</b>		166.139	300.000															466.139
305	200	200	300	50		Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria																		0
305	200	200	300	50	10	<b>Costo del personale tirocinante - area non sanitaria</b>																		0
305	200	200	300	50	20	<b>Personale esterno con contratto di diritto privato - area non sanitaria</b>		14.000																14.000
305	200	200	300	50	30	<b>Costo borsisti - area non sanitaria</b>		8.000																8.000
305	200	200	300	50	40	<b>Indennità per commissioni non sanitarie</b>	5.000		16.000															21.000
305	200	200	300	50	90	<b>Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria</b>		7.000																7.000
305	200	200	400			Rimborso oneri stipendiali del personale non sanitario in comando																		0
305	200	200	400	10		<b>Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Aziende sanitarie pubbliche della Regione</b>																		0
305	200	200	400	20		<b>Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Regione, soggetti pubblici e da Università</b>																		0
305	200	200	400	30		<b>Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extraregione)</b>																		0
305	200	300				Formazione (esternalizzata e non)																		0
305	200	300	100			<b>Formazione (esternalizzata e non) da pubblico</b>		60.000															20.000	80.000
305	200	300	200			<b>Formazione (esternalizzata e non) da privato</b>	140.000																150.000	290.000
310						Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)																		0
310	100					<b>Manutenzione e riparazione ai fabbricati e loro pertinenze</b>					440.000	350.000												790.000
310	200					Manutenzione e riparazione agli impianti e macchinari																		0
310	200	100				<b>Impianti di trasmissione dati e telefonia</b>							60.000	365.940										425.940
310	200	200				<b>Impiantistica varia</b>					440.000	3.852.000												4.292.000
310	200	300				<b>Altre manutenzione e riparazione agli impianti e macchinari</b>						121.566												121.566
310	300					<b>Manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scientifiche</b>				343	691.053												1.884.629	2.576.025
310	400					<b>Manutenzione e riparazione ai mobili e arredi</b>			5.000	43.335														48.335
310	500					<b>Manutenzione e riparazione agli automezzi</b>			250.000	67.410														317.410
310	600					Altre manutenzioni e riparazioni																		0
310	600	100				<b>Attrezzature informatiche</b>			39.000															672.910
310	600	200				<b>Software</b>								85.000	548.910									672.910
310	600	300				<b>Altre manutenzioni e riparazioni</b>			230.000	7.704	20.000			10.000	57.780									257.704
310	700					<b>Manutenzioni e riparazioni da Aziende sanitarie pubbliche della Regione</b>																		0



ALLEGATO 3 - Budget economico assegnato ai Centri di Risorsa aziendali

Livello						VOCE MODELLO CE	S.C.Ge.Va.P		SC Logistica e servizi economici		SC Gestione Stabilimenti		SC Inf. e telecom.		SC Farmacia		SC Affari generali e legali (area ospedaliera)	SC Ingegneria clinica (area ospedaliera)	Dipartimento di supporto alla governance (area ospedaliera)	Direzione amministrativa		Direzione Sanitaria		Budget complessivo 2016 (**)
I	II	III	IV	V	VI		Area territoriale S.C.Ge.Va.P	Area ospedaliera SC G.R.U.	Area territoriale S.C.P.C.A	Area ospedaliera SC Log. E serv. Econ.	Area territoriale S.C.I.I.	Area ospedaliera SC Gest. Stab.	Area territoriale S.C.S.I.	Area ospedaliera SC IT	Area territoriale S.C.A.F.	Area ospedaliera SC Farmacia				Area territoriale	Area ospedaliera	Area territoriale	Area ospedaliera	
320	100	200	300			Costo del personale dirigente medico - altro																		0
320	200					Costo del personale comparto ruolo sanitario																		0
320	200	100				Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo indeterminato																		0
320	200	100	400			Voci di costo a carattere stipendiale	14.332.000	32.489.602																46.821.802
320	200	100	200			Straordinario	126.000	567.396																693.396
320	200	100	300			Indennità personale	2.331.000	5.976.351																8.307.351
320	200	100	400			Retribuzione per produttività personale	721.000	2.595.545																3.316.545
320	200	100	500			Altro trattamento accessorio	698.000	2.384.336																3.282.336
320	200	100	600			Altri oneri per il personale:																		0
320	200	100		5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti																		0
320	200	100		10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione																		0
320	200	100		15		Altri oneri per il personale	330.000	82.796																412.796
320	200	100	700			Oneri sociali su retribuzione	5.351.000	12.702.660																18.053.660
320	200	200				Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo determinato																		0
320	200	200	100			Voci di costo a carattere stipendiale	650.000	2.062.833																2.712.833
320	200	200	200			Straordinario	6.000	46.240																52.240
320	200	200	300			Indennità personale	106.000	102.696																208.696
320	200	200	400			Retribuzione per produttività personale	33.000	240.150																273.150
320	200	200	500			Altro trattamento accessorio	41.000	171.665																212.665
320	200	200	600			Altri oneri per il personale:																		0
320	200	200		5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti																		0
320	200	200		10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione																		0
320	200	200		15		Altri oneri per il personale		2.790																2.790
320	200	200	700			Oneri sociali su retribuzione	243.000	777.301																1.020.301
320	200	300				Costo del personale comparto ruolo sanitario - altro																		0
325						Personale del ruolo professionale																		0
325	100					Costo del personale dirigente ruolo professionale																		0
325	100	100				Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo indeterminato																		0
325	100	100	100			Voci di costo a carattere stipendiale	179.000	310.367																489.367
325	100	100	200			Retribuzione di posizione	81.000	113.358																194.358
325	100	100	300			Indennità di risultato	26.000	35.032																61.032
325	100	100	400			Altro trattamento accessorio	13.000	3.896																16.896
325	100	100	500			Altri oneri per il personale:																		0
325	100	100	500	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti																		0
325	100	100	500	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione																		0
325	100	100	500	15		Altre competenze personale dirigente ruolo professionale	5.000																	5.000
325	100	100	900			Oneri sociali su retribuzione	98.000	126.345																224.345
325	100	200				Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo determinato																		0
325	100	200	100			Voci di costo a carattere stipendiale		42.740																42.740
325	100	200	200			Retribuzione di posizione		659																659
325	100	200	300			Indennità di risultato		7.114																7.114
325	100	200	400			Altro trattamento accessorio		639																639
325	100	200	500			Altri oneri per il personale:																		0
325	100	200	500	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti																		0
325	100	200	500	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione																		0
325	100	200	500	15		Altre competenze personale dirigente ruolo professionale																		0
325	100	200	900			Oneri sociali su retribuzione		15.236																15.236
325	100	300				Costo del personale dirigente ruolo professionale - altro																		0
325	200					Costo del personale comparto ruolo professionale																		0
325	200	100				Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo indeterminato																		0
325	200	100	100			Voci di costo a carattere stipendiale																		0
325	200	100	200			Straordinario																		0
325	200	100	300			Indennità personale																		0
325	200	100	400			Retribuzione per produttività personale																		0
325	200	100	500			Altro trattamento accessorio																		0
325	200	100	600			Altri oneri per il personale:																		0
325	200	100	600	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti																		0
325	200	100	600	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione																		0
325	200	100	600	15		Altri oneri per il personale																		0
325	200	100	900			Oneri sociali su retribuzione																		0
325	200	200				Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo determinato																		0
325	200	200	100			Voci di costo a carattere stipendiale																		0
325	200	200	200			Straordinario																		0
325	200	200	300			Indennità personale																		0
325	200	200	400			Retribuzione per produttività personale																		0
325	200	200	500			Altro trattamento accessorio																		0
325	200	200	600			Altri oneri per il personale:																		0
325	200	200	600	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti																		0
325	200	200	600	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione																		0
325	200	200	600	15		Altri oneri per il personale																		0
325	200	200	900			Oneri sociali su retribuzione																		0
325	200	300				Costo del personale comparto ruolo professionale - altro	10.000																	10.000
330						Personale del ruolo tecnico																		0
330	100					Costo del personale dirigente ruolo tecnico																		0

ALLEGATO 3 - Budget economico assegnato ai Centri di Risorsa aziendali

Livello						VOCE MODELLO CE	S.C.Ge.Va.P		SC Logistica e servizi economici		SC Gestione Stabilimenti		SC Inf. e telecom.		SC Farmacia		SC Affari generali e legali (area ospedaliera)	SC Ingegneria clinica (area ospedaliera)	Dipartimento di supporto alla governance (area ospedaliera)	Direzione amministrativa		Direzione Sanitaria		Budget complessivo 2016 (**)
I	II	III	IV	V	VI		Area territoriale S.C.Ge.Va.P	Area ospedaliera SC G.R.U.	Area territoriale S.C.P.C.A	Area ospedaliera SC Log. E serv. Econ.	Area territoriale S.C.I.I	Area ospedaliera SC Gest. Stab.	Area territoriale S.C.S.I.	Area ospedaliera SC IT	Area territoriale S.C.A.F.	Area ospedaliera SC Farmacia				Area territoriale	Area ospedaliera	Area territoriale	Area ospedaliera	
330	100	100				Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo indeterminato																		0
330	100	100	100			Voci di costo a carattere stipendiale	45.000																	45.000
330	100	100	200			Retribuzione di posizione	9.000																	9.000
330	100	100	300			Indennità di risultato	9.000																	9.000
330	100	100	400			Altro trattamento accessorio	2.000																	2.000
330	100	100	500			Altri oneri per il personale:																		0
330	100	100	500	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti																		0
330	100	100	500	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione																		0
330	100	100	500	15		Altre competenze personale dirigente ruolo tecnico	0																	0
330	100	100	900			Oneri sociali su retribuzione	25.000																	25.000
330	100	200				Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo determinato																		0
330	100	200	100			Voci di costo a carattere stipendiale	43.000	42.273																85.273
330	100	200	200			Retribuzione di posizione	9.000	27.467																36.467
330	100	200	300			Indennità di risultato	9.000	7.167																16.167
330	100	200	400			Altro trattamento accessorio	1.000	615																1.615
330	100	200	500			Altri oneri per il personale:																		0
330	100	200	500	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti																		0
330	100	200	500	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione																		0
330	100	200	500	15		Altre competenze personale dirigente ruolo tecnico																		0
330	100	200	900			Oneri sociali su retribuzione	25.000	24.630																49.630
330	100	300				Costo del personale dirigente ruolo tecnico - altro																		0
330	200					Costo del personale comparto ruolo tecnico																		0
330	200	100				Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo indeterminato																		0
330	200	100	100			Voci di costo a carattere stipendiale	4.642.000	13.032.705																17.674.705
330	200	100	200			Straordinario	55.000	252.717																307.717
330	200	100	300			Indennità personale	332.000	1.092.788																1.424.788
330	200	100	400			Retribuzione per produttività personale	273.000	1.226.331																1.499.331
330	200	100	500			Altro trattamento accessorio	270.000	756.594																1.026.594
330	200	100	600			Altri oneri per il personale:																		0
330	200	100	600	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti																		0
330	200	100	600	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione																		0
330	200	100	600	15		Altri oneri per il personale	100.000	25.065																125.065
330	200	100	900			Oneri sociali su retribuzione	1.494.000	4.705.784																6.199.784
330	200	200				Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo determinato																		0
330	200	200	100			Voci di costo a carattere stipendiale	169.000	919.681																1.088.681
330	200	200	200			Straordinario	2.000	20.223																22.223
330	200	200	300			Indennità personale	12.000	7.482																19.482
330	200	200	400			Retribuzione per produttività personale	10.000	74.964																84.964
330	200	200	500			Altro trattamento accessorio	10.000	53.335																63.335
330	200	200	600			Altri oneri per il personale:																		0
330	200	200	600	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti																		0
330	200	200	600	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione																		0
330	200	200	600	15		Altri oneri per il personale		1.151																1.151
330	200	200	900			Oneri sociali su retribuzione	55.000	318.232																373.232
330	200	300				Costo del personale comparto ruolo tecnico - altro	35.000																	35.000
335						Personale del ruolo amministrativo																		0
335	100					Costo del personale dirigente ruolo amministrativo																		0
335	100	100				Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo indeterminato																		0
335	100	100	100			Voci di costo a carattere stipendiale	258.000	348.021																606.021
335	100	100	200			Retribuzione di posizione	109.000	172.226																281.226
335	100	100	300			Indennità di risultato	33.000	57.218																90.218
335	100	100	400			Altro trattamento accessorio	1.000	3.313																4.313
335	100	100	500			Altri oneri per il personale:																		0
335	100	100	500	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti																		0
335	100	100	500	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione																		0
335	100	100	500	15		Altre competenze personale dirigente ruolo amministrativo	5.000																	5.000
335	100	100	900			Oneri sociali su retribuzione	102.000	172.269																274.269
335	100	200				Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo determinato																		0
335	100	200	100			Voci di costo a carattere stipendiale	40.000	50.677																90.677
335	100	200	200			Retribuzione di posizione	17.000	1.144																18.144
335	100	200	300			Indennità di risultato	5.000	13.755																18.755
335	100	200	400			Altro trattamento accessorio		1.380																1.380
335	100	200	500			Altri oneri per il personale:																		0
335	100	200	500	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti																		0
335	100	200	500	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione																		0
335	100	200	500	15		Altre competenze personale dirigente ruolo amministrativo																		0
335	100	200	900			Oneri sociali su retribuzione	16.000	17.734																33.734
335	100	300				Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - altro																		0
335	200					Costo del personale comparto ruolo amministrativo																		0
335	200	100				Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo indeterminato																		0
335	200	100	100			Voci di costo a carattere stipendiale	3.735.000	3.582.825																7.317.825
335	200	100	200			Straordinario	15.000	29.589																44.589
335	200	100	300			Indennità personale	643.000	689.365																1.332.365



ALLEGATO 3 - Budget economico assegnato ai Centri di Risorsa aziendali

Livello						VOCE MODELLO CE	S.C.Ge.Va.P		SC Logistica e servizi economici		SC Gestione Stabilimenti		SC Inf. e telecom.		SC Farmacia		SC Affari generali e legali (area ospedaliera)	SC Ingegneria clinica (area ospedaliera)	Dipartimento di supporto alla governance (area ospedaliera)	Direzione amministrativa		Direzione Sanitaria		Budget complessivo 2016 (**)
I	II	III	IV	V	VI		Area territoriale S.C.Ge.Va.P	Area ospedaliera SC G.R.U.	Area territoriale S.C.P.C.A	Area ospedaliera SC Log. E serv. Econ.	Area territoriale S.C.I.I.	Area ospedaliera SC Gest. Stab.	Area territoriale S.C.S.I.	Area ospedaliera SC IT	Area territoriale S.C.A.F.	Area ospedaliera SC Farmacia				Area territoriale	Area ospedaliera	Area territoriale	Area ospedaliera	
335	200	100	400			Retribuzione per produttività personale	276.000	175.213															451.213	
335	200	100	500			Altro trattamento accessorio	4.000	8.156															12.156	
335	200	100	600			Altri oneri per il personale:																	0	
335	200	100	600	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti																	0	
335	200	100	600	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione																	0	
335	200	100	600	15		Altri oneri per il personale	90.000	13.551															103.551	
335	200	100	900			Oneri sociali su retribuzione	1.318.000	1.240.896															2.558.896	
335	200	200				Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo determinato																	0	
335	200	200	100			Voci di costo a carattere stipendiale	21.000	192.395															213.395	
335	200	200	200			Straordinario		1.902															1.902	
335	200	200	300			Indennità personale	4.000	6.963															10.963	
335	200	200	400			Retribuzione per produttività personale	2.000	4.807															6.807	
335	200	200	500			Altro trattamento accessorio		618															618	
335	200	200	600			Altri oneri per il personale:																	0	
335	200	200	600	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti																	0	
335	200	200	600	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione																	0	
335	200	200	600	15		Altri oneri per il personale		299															299	
335	200	200	900			Oneri sociali su retribuzione	7.000	61.084															68.084	
335	200	300				Costo del personale comparto ruolo amministrativo - altro																	0	
340						Oneri diversi di gestione																	0	
340	100					Imposte e tasse (escluso IRAP e IRES)																	0	
340	100	100				Imposte di registro															5.000	50.000	55.000	
340	100	200				Imposte di bollo						80.000								30.000	40.000	70.000	0	
340	100	300				Tasse di concessione governative															42.000	122.000	0	
340	100	400				Imposte comunali														220.000	420.000	640.000	0	
340	100	500				Tasse di circolazione automezzi														15.000	5.300	20.300	0	
340	100	600				Permessi di transito e sosta														5.000	500	5.500	0	
340	100	900				Imposte e tasse diverse														10.000	13.000	23.000	0	
340	200					Perdite su crediti																	0	
340	300					Altri oneri diversi di gestione																	0	
340	300	100				Indennità, rimborso spese e oneri sociali per gli Organi Direttivi e Collegio Sindacale																	0	
340	300	100	100			Compensi agli organi direttivi e di indirizzo																	0	
340	300	100	100	10		Indennità														536.000	329.000	865.000	0	
340	300	100	100	30		Oneri sociali														93.000	93.000	186.000	0	
340	300	100	100	90		Altri compensi Organi direttivi e di indirizzo														1.000	89.413	90.413	0	
340	300	100	200			Compensi al collegio sindacale																	0	
340	300	100	200	10		Indennità														78.000	88.206	166.206	0	
340	300	100	200	30		Oneri sociali															0		0	
340	300	100	200	90		Altri compensi Collegio sindacale														10.000	15.853	25.853	0	
340	300	100	300			Compensi ad altri organismi																	0	
340	300	100	300	10		Indennità														15.000	36.000	51.000	0	
340	300	100	300	30		Oneri sociali														2.000	0	2.000	0	
340	300	100	300	90		Altri compensi ad altri organismi														2.000	9.472	11.472	0	
340	300	200				Altri oneri diversi di gestione																	0	
340	300	200	100			Premi di assicurazione personale dipendente	0	70.000															70.000	
340	300	200	200			Contravvenzioni e sanzioni amministrative																	0	
340	300	200	900			Altri oneri diversi di gestione		80.000													7.568		87.568	
345						Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali																	0	
345	100					Ammortamento Costi di impianto e ampliamento																	0	
345	200					Ammortamento Costi di ricerca, sviluppo																	0	
345	300					Ammortamento Diritti di brevetto e diritti di utilizzazione delle opere d'ingegno derivanti dall'attività di ricerca																	0	
345	400					Ammortamento Diritti di brevetto e diritti di utilizzazione delle opere d'ingegno altro														3.000	117.845		120.845	
345	500					Ammortamento Concessioni, licenze, marchi e diritti simili																	0	
345	600					Ammortamento Migliorie su beni di terzi														5.000			5.000	
345	700					Ammortamento Pubblicità																	0	
345	900					Ammortamento altre immobilizzazioni immateriali																	0	
350						Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali																	0	
350	100					Ammortamento dei fabbricati																	0	
350	100	100				Ammortamenti fabbricati non strumentali (disponibili)														2.000.000			2.000.000	
350	100	200				Ammortamenti fabbricati strumentali (indisponibili)															5.797.436		5.797.436	
350	200					Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali																	0	
350	200	100				Ammortamento Impianti e macchinari														350.000	1.268.341		1.618.341	
350	200	200				Ammortamento Attrezzature sanitarie e scientifiche														260.000	4.190.740		4.450.740	
350	200	300				Ammortamento mobili e arredi														160.000	526.251		686.251	
350	200	400				Ammortamento automezzi														190.000	15.992		205.992	
350	200	500				Ammortamento altre immobilizzazioni materiali														460.000	1.302.665		1.762.665	
355						Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti																	0	
355	100					Svalutazione delle immobilizzazioni immateriali e materiali																	0	
355	100	100				Svalutazione delle immobilizzazioni immateriali																	0	

ALLEGATO 3 - Budget economico assegnato ai Centri di Risorsa aziendali

Livello						VOCE MODELLO CE	S.C.Ge.Va.P		SC Logistica e servizi economici		SC Gestione Stabilimenti		SC Inf. e telecom.		SC Farmacia		SC Affari generali e legali (area ospedaliera)	SC Ingegneria clinica (area ospedaliera)	Dipartimento di supporto alla governance (area ospedaliera)	Direzione amministrativa		Direzione Sanitaria		Budget complessivo 2016 (**)	
I	II	III	IV	V	VI		Area territoriale S.C.Ge.Va.P	Area ospedaliera SC G.R.U.	Area territoriale S.C.P.C.A	Area ospedaliera SC Log. E serv. Econ.	Area territoriale S.C.I.I.	Area ospedaliera SC Gest. Stab.	Area territoriale S.C.S.I.	Area ospedaliera SC IT	Area territoriale S.C.A.F.	Area ospedaliera SC Farmacia				Area territoriale	Area ospedaliera	Area territoriale	Area ospedaliera		
355	100	100	100			Svalutazione costi di impianto e di ampliamento																		0	
355	100	100	200			Svalutazione costi di ricerca e sviluppo																		0	
355	100	100	300			Svalutazione diritti di brevetto e diritti di utilizzazione delle opere d'ingegno																		0	
355	100	100	400			Svalutazione altre immobilizzazioni immateriali																		0	
355	100	200				Svalutazione delle immobilizzazioni materiali																		0	
355	100	200	50			Svalutazione terreni disponibili																		0	
355	100	200	100			Svalutazione terreni indisponibili																		0	
355	100	200	150			Svalutazione fabbricati disponibili																		0	
355	100	200	200			Svalutazione fabbricati indisponibili																		0	
355	100	200	250			Svalutazione impianti e macchinari																		0	
355	100	200	300			Svalutazione attrezzature sanitarie e scientifiche																		0	
355	100	200	350			Svalutazione mobili e arredi																		0	
355	100	200	400			Svalutazione automezzi																		0	
355	100	200	450			Svalutazione oggetti d'arte																		0	
355	100	200	500			Svalutazione altre immobilizzazioni materiali																		0	
355	200					Svalutazione dei crediti																		0	
355	200	100				Svalutazione Crediti finanziari v/Stato																		0	
355	200	101				Svalutazione Crediti finanziari v/Regione																		0	
355	200	102				Svalutazione Crediti finanziari v/partecipate																		0	
355	200	103				Svalutazione Crediti finanziari v/altri																		0	
355	200	200				Svalutazione Crediti v/Stato per spesa corrente - Integrazione a norma del D.L.vo 56/2000																		0	
355	200	201				Svalutazione Crediti v/Stato per spesa corrente - FSN																		0	
355	200	202				Svalutazione Crediti v/Stato per mobilità attiva extraregionale																		0	
355	200	203				Svalutazione Crediti v/Stato per mobilità attiva internazionale																		0	
355	200	204				Svalutazione Crediti v/Stato per acconto quota fabbisogno sanitario regionale standard																		0	
355	200	205				Svalutazione Crediti v/Stato per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente																		0	
355	200	206				Svalutazione Crediti v/Stato per spesa corrente - altro																		0	
355	200	207				Svalutazione Crediti v/Stato per finanziamenti per investimenti																		0	
355	200	208				Svalutazione Crediti v/Stato per ricerca corrente - Ministero della Salute																		0	
355	200	209				Svalutazione Crediti v/Stato per ricerca finalizzata - Ministero della Salute																		0	
355	200	210				Svalutazione Crediti v/Stato per ricerca - altre Amministrazioni centrali																		0	
355	200	211				Svalutazione Crediti v/Stato per ricerca - finanziamenti per investimenti																		0	
355	200	300				Svalutazione Crediti v/prefetture																		0	
355	200	400				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per spesa corrente - IRAP																		0	
355	200	401				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per spesa corrente - Addizionale IRPEF																		0	
355	200	402				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per quota FSR																		0	
355	200	403				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per mobilità attiva intraregionale																		0	
355	200	404				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per mobilità attiva extraregionale																		0	
355	200	405				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per acconto quota FSR																		0	
355	200	406				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente LEA																		0	
355	200	407				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente extra LEA																		0	
355	200	408				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per spesa corrente - altro																		0	
355	200	409				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per ricerca																		0	
355	200	410				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamenti per investimenti																		0	
355	200	411				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per incremento fondo dotazione																		0	
355	200	412				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per ripiano perdite																		0	
355	200	413				Svalutazione Crediti v/Regione per copertura debiti al 31/12/2005																		0	
355	200	414				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per ricostituzione risorse da investimenti esercizi precedenti																		0	
355	200	415				Svalutazione Crediti v/Comuni																		0	
355	200	416				Svalutazione Crediti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione - per mobilità in compensazione																		0	
355	200	500				Svalutazione Crediti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione - per mobilità non in compensazione																		0	
355	200	600				Svalutazione Crediti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione - per altre prestazioni																		0	
355	200	601				Svalutazione Crediti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione - acconto quota FSR da distribuire																		0	
355	200	602				Svalutazione Crediti v/Aziende sanitarie pubbliche Extraregione																		0	
355	200	603				Svalutazione Crediti v/enti regionali																		0	
355	200	700				Svalutazione Crediti v/sperimentazioni gestionali																		0	
355	200	701				Svalutazione Crediti v/altre partecipate																		0	
355	200	702				Svalutazione Crediti v/Erario																		0	
355	200	900				Svalutazione Crediti v/clienti privati																		0	
355	200	901				Svalutazione Crediti v/gestioni liquidatorie																		0	
355	200	902				Svalutazione Crediti v/altri soggetti pubblici																		0	
355	200	903				Svalutazione Crediti v/altri soggetti pubblici per ricerca																		0	
355	200	990				Svalutazione Altri crediti diversi																		0	
360						Variazione delle rimanenze																		0	
360	100					Variazione rimanenze sanitarie																		0	
360	200					Variazione rimanenze non sanitarie																		0	
365						Accantonamenti dell'esercizio																		0	
365	100					Accantonamenti per rischi																		0	
365	100	100				Accantonamenti per cause civili ed oneri processuali																		0	
365	100	200				Accantonamenti per contenzioso personale dipendente																		0	
365	100	300				Accantonamenti per rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato																		0	
365	100	400				Accantonamenti per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione)																		0	
365	100	500				Altri accantonamenti per rischi																		0	
365	100	500	100			Accantonamenti al F.do equo indennizzo																		0	
365	100	500	200			Accantonamenti per accordi bonari																		0	
365	100	500	900			Altri accantonamenti per rischi																		0	
365	200					Accantonamenti per premio di operosità (SUMAI)																		0	
365	200	100				Accantonamento al fondo SUMAI - Specialisti ambulatoriali																		0	
																									125.000
																									125.000

ALLEGATO 3 - Budget economico assegnato ai Centri di Risorsa aziendali

Livello						VOCE MODELLO CE	S.C.Ge.Va.P		SC Logistica e servizi economici		SC Gestione Stabilimenti		SC Inf. e telecom.		SC Farmacia		SC Affari generali e legali (area ospedaliera)	SC Ingegneria clinica (area ospedaliera)	Dipartimento di supporto alla governance (area ospedaliera)	Direzione amministrativa		Direzione Sanitaria		Budget complessivo 2016 (**)
I	II	III	IV	V	VI		Area territoriale S.C.Ge.Va.P	Area ospedaliera SC G.R.U.	Area territoriale S.C.P.C.A	Area ospedaliera SC Log. E serv. Econ.	Area territoriale S.C.I.I.	Area ospedaliera SC Gest. Stab.	Area territoriale S.C.S.I.	Area ospedaliera SC IT	Area territoriale S.C.A.F.	Area ospedaliera SC Farmacia				Area territoriale	Area ospedaliera	Area territoriale	Area ospedaliera	
365	200	200				Accantonamento al fondo SUMAI - altre professioni																25,000	25,000	
365	300					Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati																		0
365	300	100				Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. vincolato																		0
365	300	200				Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati																		0
365	300	300				Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici per ricerca																		0
365	300	400				Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati da privati																		0
365	300	400	100			Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati da privati - sperimentazioni																		0
365	300	400	200			Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati da privati - altro															365.000	96.482		461.482
365	400					Altri accantonamenti																		0
365	400	100				Accantonamenti per interessi di mora																		0
365	400	200				Acc. Rinnovi convenzioni MMG/PLS/MCA																		0
365	400	300				Acc. Rinnovi convenzioni Medici Sumai																		0
365	400	400				Acc. Rinnovi contratt.: dirigenza medica																		0
365	400	500				Acc. Rinnovi contratt.: dirigenza non medica																		0
365	400	600				Acc. Rinnovi contratt.: comparto																		0
365	400	700				Altri accantonamenti																		0
365	400	700	100			Accantonamento personale in quiescenza																		0
365	400	700	200			Accantonamento al fondo altri oneri e spese																		0
370						Interessi passivi																		0
370	100					Interessi passivi su anticipazioni di cassa																		0
370	200					Interessi passivi su mutui																		0
370	300					Altri interessi passivi																		0
370	300	100				Interessi moratori e legali																100		100
370	300	900				Altri interessi passivi																		0
375						Altri oneri																		0
375	100					Altri oneri finanziari																		0
375	200					Perdite su cambi																		0
380						Svalutazioni per rettifiche di valori di attività finanziarie																		0
390						Oneri straordinari																		0
390	100					Minusvalenze																		0
390	200					Altri oneri straordinari																		0
390	200	100				Oneri tributari da esercizi precedenti																		0
390	200	200				Oneri da cause civili ed oneri processuali																		0
390	200	300				Sopravvenienze passive																		0
390	200	300	100			Sopravvenienze passive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione																		0
390	200	300	100	10		Sopravvenienze passive v/Aziende sanitarie pubbliche relative alla mobilità intraregionale																		0
390	200	300	100	20		Altre sopravvenienze passive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione																		0
390	200	300	200			Sopravvenienze passive v/terzi																		0
390	200	300	200	10		Sopravvenienze passive v/terzi relative alla mobilità extraregionale																		0
390	200	300	200	20		Sopravvenienze passive v/terzi relative al personale																		0
390	200	300	200	20	5	Soprav. passive v/terzi relative al personale - dirigenza medica																		0
390	200	300	200	20	10	Soprav. passive v/terzi relative al personale - dirigenza non medica																		0
390	200	300	200	20	15	Soprav. passive v/terzi relative al personale - comparto																		0
390	200	300	200	30		Sopravvenienze passive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base																		0
390	200	300	200	40		Sopravvenienze passive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica																		0
390	200	300	200	50		Sopravvenienze passive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati																		0
390	200	300	200	60		Sopravvenienze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi																		0
390	200	300	200	90		Altre sopravvenienze passive v/terzi																		0
390	200	400				Insussistenze passive																		0
390	200	400	100			Insussistenze passive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione																		0
390	200	400	200			Insussistenze passive v/terzi																		0
390	200	400	200	10		Insussistenze passive v/terzi relative alla mobilità extraregionale																		0
390	200	400	200	20		Insussistenze passive v/terzi relative al personale																		0
390	200	400	200	30		Insussistenze passive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base																		0
390	200	400	200	40		Insussistenze passive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica																		0

**ALLEGATO 3 - Budget economico assegnato ai Centri di Risorsa aziendali**

Livello						VOCE MODELLO CE	S.C.Ge.Va.P		SC Logistica e servizi economici		SC Gestione Stabilimenti		SC Inf. e telecom.		SC Farmacia		SC Affari generali e legali (area ospedaliera)	SC Ingegneria clinica (area ospedaliera)	Dipartimento di supporto alla governance (area ospedaliera)	Direzione amministrativa		Direzione Sanitaria		Budget complessivo 2016 (**)
I	II	III	IV	V	VI		Area territoriale S.C.Ge.Va.P	Area ospedaliera SC G.R.U.	Area territoriale S.C.P.C.A	Area ospedaliera SC Log. E serv. Econ.	Area territoriale S.C.I.I.	Area ospedaliera SC Gest. Stab.	Area territoriale S.C.S.I.	Area ospedaliera SC IT	Area territoriale S.C.A.F.	Area ospedaliera SC Farmacia				Area territoriale	Area ospedaliera	Area territoriale	Area ospedaliera	
390	200	400	200	50		Insussistenze passive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati																		0
390	200	400	200	60		Insussistenze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi																		0
390	200	400	200	70		Altre insussistenze passive v/terzi																		0
390	200	500				Altri oneri straordinari																		0
400						IRAP																		0
400	100					IRAP relativa a personale dipendente	3.800.000	9.000.715																12.800.715
400	200					IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	130.000	55.798																185.798
400	300					IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	20.000	167.313																187.313
400	400					IRAP relativa ad attività commerciale																		0
405						IRES																		0
405	100					IRES su attività istituzionale														70.000	117.000			187.000
405	200					IRES su attività commerciale															53.000			53.000
410						Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)																		0
<b>Totale costi</b>							<b>61.659.947</b>	<b>149.380.567</b>	<b>27.789.000</b>	<b>45.370.859</b>	<b>3.052.340</b>	<b>19.476.935</b>	<b>1.165.000</b>	<b>1.170.420</b>	<b>63.270.834</b>	<b>23.752.902</b>	<b>508.113</b>	<b>2.964.798</b>	<b>170.000</b>	<b>6.300.568</b>	<b>14.717.596</b>	<b>259.762.311</b>	<b>6.166.728</b>	<b>686.678.918</b>

(\*\*) Budget al lordo delle partite infragruppo tra ex AAS1 ed ex AOUts che saranno sterilizzate in sede di consuntivazione