



S.C. CONTROLLO DI GESTIONE - 599 REG.DEC.

OGGETTO: Formalizzazione dell'assegnazione del Budget ai Centri di Responsabilità aziendali per l'anno 2019

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA
INTEGRATA DI TRIESTE**

**DECRETO
DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

L'anno **duemiladiciannove**
il giorno ventisei del mese di luglio

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

dott. Antonio Poggiana

nominato con Delibera della Giunta Regionale n° 2509 dd. 28 dicembre 2018

OGGETTO: Formalizzazione dell'assegnazione del Budget ai Centri di Responsabilità aziendali per l'anno 2019

Richiamati:

- il D.Lgs n. 150 del 27/10/2009 avente ad oggetto “Ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni” e s.m.e i.;
- la L.R. n. 16 del 11/8/2010 avente ad oggetto “Norme urgenti in materia di personale e di organizzazione nonché in materia di passaggio al digitale terrestre” e s.m.e i.;
- la LR n. 18 del 20/12/2016 avente ad oggetto “Disposizioni in materia di sistema integrato del pubblico impiego regionale e locale”;

richiamata la DGR 448 dd. 22/3/2019 recante “Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario regionale per l'anno 2019: approvazione definitiva” con la quale la Giunta Regionale ha approvato in via definitiva il quadro complessivo di obiettivi, vincoli operativi e risorse per l'anno 2019 assegnati agli enti del Servizio Sanitario Regionale (SSR);

accertato che con DGR n. 1012 dd. 21/06/2019 è stato approvato il “Patto 2019 tra la Regione e i Direttori Generali degli enti del Servizio Sanitario Regionale”, completando il quadro degli obiettivi prioritari assegnati agli enti del SSR per il 2019;

evidenziato che il Piano 2019 dell'ASUITs è stato recepito con il decreto del Commissario Straordinario n. 255 dd. 29/03/2019, definendo il quadro delle risorse e degli obiettivi di attività dell'Azienda (piano delle performance aziendale);

evidenziato che il Comitato di Budget ha condotto nei mesi di marzo e aprile 2019 gli incontri negoziali finalizzati alla definizione degli obiettivi e delle risorse dei Centri di Responsabilità addivenendo ad un consolidamento degli stessi;

analizzato nella sua forma definitiva il documento “Budget 2019 – Progetto Complessivo Aziendale” contenente gli obiettivi prioritari incentivanti assegnati ai Centri di Responsabilità aziendali (così come consolidati dal Comitato di Budget e descritti nell'Allegato parte integrante del presente Decreto) e

ritenuto conforme alla strategia aziendale descritta nei relativi documenti di programmazione (Piano e Bilancio Preventivo 2019);

considerato che, per quanto riguarda i progetti finanziati con le Risorse Aggiuntive Regionali, l'iter procedurale per la loro definizione ancora non si è concluso e che, pertanto, l'Azienda si riserva di adottare un successivo provvedimento per la loro formalizzazione;

ritenuto quindi di procedere formalmente all'approvazione di tale documento;

rilevato che il provvedimento è proposto dal Direttore della SC Controllo di Gestione, che attesta la regolarità tecnica, amministrativa e la legittimità dell'atto e i cui uffici ne hanno curato l'istruzione e la redazione;

considerato che il vice Commissario Straordinario per l'Area sociosanitaria risulta attualmente assente;

che, con decreto n. 505 dd. 28 giugno 2019 sono state affidate le funzioni di sostituto del vice Commissario Straordinario per l'Area sociosanitaria di A.S.U.I. di Trieste, durante i periodi di temporanea assenza o impedimento di quest'ultimo, alla dott.ssa Adele Maggiore, vice Commissario Straordinario per l'Area sanitaria;

acquisito il parere favorevole del vice Commissario Straordinario per l'Area sanitaria nonché sostituto del vice Commissario Straordinario per l'Area sociosanitaria ed il parere favorevole del vice Commissario Straordinario per l'Area amministrativa;

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

DECRETA

per quanto esposto in narrativa:

- 1) di approvare il documento "Budget 2019 – Progetto Complessivo Aziendale" – costituente il quadro degli obiettivi incentivanti assegnati ai Centri di Responsabilità aziendali - così come dettagliatamente descritto nell'allegato parte integrante del presente provvedimento;

- 2) di dare mandato all'Ufficio Amministrazione Trasparente di provvedere alla pubblicazione in forma integrale del presente Decreto così come previsto dalla vigente normativa;
- 3) di riservarsi l'adozione di successivo provvedimento per la formalizzazione dei progetti finanziati con le Risorse Aggiuntive Regionali;
- 4) di trasmettere il presente Decreto all'Organismo Indipendente di Valutazione delle prestazioni per il seguito di competenza;
- 5) di dare mandato alla S.C. Controllo di Gestione di darne diffusione ad ogni articolazione aziendale.

Nessuna spesa consegue all'adozione del presente provvedimento che diviene esecutivo, ai sensi dell'art. 4 della L.R. 21/92 come sostituito dall'art. 50 della L.R. 49/96, alla data di pubblicazione all'Albo aziendale telematico.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
dott. Antonio Poggiana

Parere favorevole del
vice Commissario Straordinario per l'Area sanitaria
e sostituto del vice Commissario Straordinario
per l'Area dei Servizi sociosanitari
dott.ssa Adele Maggiore

Parere favorevole del
vice Commissario Straordinario
per l'Area amministrativa
dott. Franco Sinigoj

Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ANTONIO POGGIANA

CODICE FISCALE: PGGNTN64M30C743F

DATA FIRMA: 26/07/2019 11:53:09

IMPRONTA: 117BD01DA6169B0325629B47111AA4A2C2DCB8E9291771EACADA2674AE09F690
C2DCB8E9291771EACADA2674AE09F690F95ED1D8DB5463ABFD80DC720958B1A1
F95ED1D8DB5463ABFD80DC720958B1A1D85E21FAA5D20097A65852F58B470B1F
D85E21FAA5D20097A65852F58B470B1FF39187BE55769B07E38FC30286F26C5B

NOME: FRANCO SINIGOJ

CODICE FISCALE: SNGFNC56B14L424X

DATA FIRMA: 26/07/2019 12:05:41

IMPRONTA: 0BCB7B3A28BC064064F616736219B0AFEB845546F82471FD4BC5453F8F8AB9F
EBA845546F82471FD4BC5453F8F8AB9F097032AD8032709BAAC3019D9140D51F
097032AD8032709BAAC3019D9140D51FF76B0E57A12316647E2C17BEC5C91EB3
F76B0E57A12316647E2C17BEC5C91EB313944942617E71DBFE067417B939B009

NOME: ADELE MAGGIORE

CODICE FISCALE: MGGDLA54D55B428P

DATA FIRMA: 26/07/2019 12:18:25

IMPRONTA: 31D15ED115492435F16AE5A87549EBC17C97092E86670EA17F1E04C53F2CA35E
7C97092E86670EA17F1E04C53F2CA35E824108063766FF6E4A206B51DA1BA9B5
824108063766FF6E4A206B51DA1BA9B539C2D260B2C3DD84C302A93BEB5230B
39C2D260B2C3DD84C302A93BEB5230B0E3C00758D69959E4549F8CD4E38FBF9



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA



BUDGET

2019

Progetto Complessivo Aziendale

INDICE

DIREZIONE GENERALE	6
Funzione supporto alla progettazione delle politiche aziendali e correlate funzioni di segreteria	6
Gestione Programmazione	8
SC Controllo di Gestione	10
SC Staff, Innovazione, Sviluppo Organizzativo e Formazione – Funzione Staff	12
SC Ricerca, Innovazione clinico-assistenziale, Qualità, Accreditamento e Rischio clinico	16
SSD Prevenzione Protezione Ambienti Lavoro	19
Comunicazione, relazioni esterne, ufficio stampa	21
SC Riordino Istituzionale	23
DIREZIONE SANITARIA	24
Direzione Sanitaria - Staff	24
Direzione Sanitaria - Medico Competente	26
SC Direzione Infermieristica e Ostetrica	27
Servizio Riabilitativo Aziendale	31
SC Assistenza Farmaceutica	34
SO DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	43
DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA TERRITORIALE	61
Dipartimento di Assistenza Territoriale (DAT)	61
SC Gestione Prestazioni Sanitarie Progettazione Attività Sociosanitarie	61
SO DISTRETTO 1	66
SO DISTRETTO 2	79
SO DISTRETTO 3	92
SO DISTRETTO 4	102
SO DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	115
SO DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE	118
DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA	124
Dipartimento di Assistenza Ospedaliera (DAO)	124

Direzione Medica di Presidio	125
SC Medicina legale.....	130
DAI EMERGENZA URGENZA E ACCETTAZIONE	131
SC Pronto Soccorso e Medicina d’Urgenza	132
SSD Pronto Soccorso Ospedale Maggiore e Gestione delle Urgenze Territoriali.....	135
Complesso Operatorio HC	136
Complesso Operatorio HM.....	138
Complesso Operatorio HM - Day Surgery	140
SSD Anestesia e Rianimazione in Ambito Cardiovascolare	142
SC Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva Postoperatoria	143
SC Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva Postoperatoria HM	147
SC (UCO)Anestesia e Rianimazione e Terapia Antalgica	151
DAI CARDIO TORACO VASCOLARE	154
SC Cardiologia	157
SC Cardiochirurgia	159
SC (UCO) Chirurgia Vascolare	161
SC Cardiovascolare e Medicina dello Sport	163
SC Chirurgia Toracica	168
SC Pneumologia	171
DAI MEDICINA.....	173
SC Medicina Interna	176
SC Nefrologia e Dialisi.....	180
SC (UCO) Medicina Clinica	186
SC (UCO) Clinica Medica	191
SC Geriatria.....	196
SSD Formazione e Ricerca In Ultrasonografia Vascolare.....	199
DAI EMATOLOGIA, ONCOLOGIA E INFETTIVOLOGIA	201
SC Ematologia	202
SC Oncologia	204
SSD Oncologia Senologica e dell’Apparato Riproduttivo Femminile	208

SC Radioterapia	211
SC Malattie Infettive.....	212
SC (UCO) Clinica Dermatologica	214
DAI CHIRURGIA.....	218
SC (UCO) Clinica Chirurgica.....	219
SC Gastroenterologia.....	223
SC (UCO) Clinica Urologica	225
SC Clinica e Patologia del Fegato.....	227
SSD Chirurgia Senologica – Breast Unit	229
DAI CHIRURGIA SPECIALISTICA	232
SC (UCO) Clinica Di Chirurgia Maxillofacciale e Odontostomatologia.....	233
SC (UCO) Chirurgia Plastica.....	235
SC (UCO) Clinica Oculistica	238
SC (UCO) Clinica Otorinolaringoiatrica	242
DAI NEUROSCIENZE, RIABILITAZIONE, ORTOPEDIA E MEDICINA DEL LAVORO	244
SC (UCO) Clinica Neurologica	246
SC Neurochirurgia.....	249
SC Riabilitazione	252
SC (UCO) Clinica Ortopedica e Traumatologica.....	256
SC (UCO) Medicina Del Lavoro	259
DAI MEDICINA DEI SERVIZI	262
SC (UCO) Anatomia Patologica	263
SC Microbiologia e Virologia.....	265
SC Igiene e Sanità Pubblica.....	267
SC Laboratorio di Analisi.....	269
SSD Laboratorio di Tossicologia Forense.....	271
DAI MEDICINA TRASFUSIONALE.....	272
SC Medicina Trasmfusionale.....	272

DAI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	275
SC Radiologia	276
SC (UCO) Radiologia Diagnostica e Interventistica.....	280
SSD Radiologia Interventistica Endovascolare	284
SC Medicina Nucleare.....	285
SC Fisica Sanitaria	288
DIREZIONE SOCIO SANITARIA	291
Direzione dei Servizi Sociosanitari.....	291
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	296
DIPARTIMENTO TECNICO	296
SC Informatica e Telecomunicazioni	296
SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi.....	298
SC Manutenzione e Sviluppo Patrimonio	301
SC Ingegneria Clinica	303
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO.....	304
SC Economico Finanziario.....	304
SC Gestione del Personale.....	307
SC Affari Generali e Legali Assicurativi	318
SC Convenzioni III Settore e Gestione Immobili	320

DIREZIONE GENERALE

Funzione supporto alla progettazione delle politiche aziendali e correlate funzioni di segreteria

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Ottimizzare la gestione di autorizzazione del Patrocinio di Asuits per tutte le richieste pervenute alla Direzione Generale (obiettivo condiviso tra le segreterie della Direzione Strategica e il Servizio Comunicazione-relazioni esterne e ufficio stampa)	Predisposizione del regolamento e approvazione del decreto	Tutto il personale delle segreterie della Direzione Strategica Tutto il personale del servizio Comunicazione-relazioni esterne e ufficio stampa	Bozza di regolamento/procedura e proposta di decreto presentati entro 31/12/2019
2. Gestione sale	1. Ricezione e istruttoria delle richieste di concessione in utilizzo temporaneo delle sale di proprietà di Asuits, come disciplinato da regolamento adottato con delibera n. 182/2012 dell'allora ASS n. 1 Triestina; 2. Assistenza logistica in relazione alla concessione in utilizzo e verifica dello stato di ripristino delle sale; 3. Adeguamento ed attualizzazione della modulistica, anche ai sensi delle intervenute modifiche normative relative al trattamento dei dati	Maria Teresa Galimi Antonella Greco Igor Pischianz Giovanna Ragnetti Roberta Visintin	1. Istruzione del 90% delle pratiche di concessione in utilizzo delle sale di proprietà di Asuits, con trasmissione della nota di concessione o diniego entro 30 giorni dalla ricezione; 2. Rapportino di verifica periodica dello stato di ripristino delle sale; 3. Entro il 30.09.2019, pubblicazione online della modulistica aggiornata per la richiesta di concessione e apposita informativa sul trattamento dei dati personali; 4.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	personali, in collaborazione con il DPO; 4. Elaborazione di apposito registro dell'utilizzo delle sale, anche in riferimento agli obblighi derivanti dal D.L. 33/2013 e cura della pubblicazione online nella sezione "Amministrazione trasparente", nei casi previsti.		Registro aggiornato dell'utilizzo delle sale e pubblicazione online nella sezione "Amministrazione trasparente" nei casi previsti.
3. Decreti approvati dalla Direzione Commissariale e vice Commissariale ASUITS: informative sulle conclusioni.	1. invio della comunicazione post – seduta d'esame decreti per convalida della valenza degli stessi a tutti i partecipanti agli incontri tramite e-mail; 2. predisposizione di appositi elenchi dei decreti numerati e firmati dal Commissario Straordinario e dai vice Commissari Straordinari con l'evidenza di numero ufficiale, data di adozione e struttura proponente; 3. contestuale avviso di eventuali provvedimenti sospesi/rimandati su decisione del vertice Direzionale.	Maria Teresa Galimi Antonella Greco Igor Pischianz Giovanna Ragnetti Roberta Visintin	Trasmissione selettiva dell'informazione agli interessati intervenuti agli incontri: entro i 2 giorni successivi alla firma digitale dei decreti. Avvio della procedura: entro il 1° aprile 2019. Azioni 1, 2, 3 - Risultato: report riepilogativo d'archivio generale 2019 presso la predisposta cartella informatica sul Server di Direzione Strategica all'uopo predisposta. Relazione annuale alla Direzione Strategica entro il 15.1.2020.

Gestione Programmazione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Continuità territorio – ospedale – territorio. Distrettualizzazione dei ricoveri nei reparti del DAI di Medicina per garantire una migliore continuità di presa in carico tra le Strutture Ospedaliere e i Distretti</p>	<p>1. Analisi della epidemiologia dei ricoveri medici per Distretto, età e patologie , tenendo conto anche delle specializzazioni di alcune Strutture Ospedaliere del DAI di Medicina in continuità con il 2018. 2. Monitoraggio periodico 3. Valutazione finale dei risultati secondo progetto.</p>	<p>Marco Braidà Marco Spanò In collaborazione con DAO e DAT</p>	<p>Monitoraggio periodico analitico e valutazione della sperimentazione. Focus su ricoveri ripetuti e degenza media. Report finale entro il 30 giugno</p>
<p>2. Monitoraggio e analisi finale degli obiettivi del Progetto complessivo aziendale (budget 2018)</p>	<p>1. Organizzazione del sistema di rendicontazione degli obiettivi 2018 con produzione di flow chart e vademecum da diffondere ai responsabili delle strutture aziendali (centri di responsabilità). 2. Raccolta delle schede e verifica del raggiungimento degli obiettivi con analisi delle criticità di processo. 3. Stesura di un documento finale contenente i risultati degli obiettivi di budget 2018. 4. Trasmissione della documentazione all'OIV per il tramite della segreteria</p>	<p>Marco Braidà Marco Spanò Paola de Poli In collaborazione con SC Controllo di Gestione</p>	<p>1. Trasmissione della documentazione completa di analisi all'OIV per il tramite della segreteria C/O la s Controllo di Gestione.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	C/O la s Controllo di Gestione.		
3. Sistema informativo distrettuale e aziendale	1. Prosecuzione nell'analisi degli indicatori di attività aziendale 2. Implementazione del cruscotto distrettuale e focus su linee di specifico interesse direzionale	Marco Braidà Marco Spanò	1. Analisi bimensile dell'andamento degli indicatori di programmazione con approfondimenti sui dati di interesse. 2 Aggiornamento trimestrale del cruscotto distrettuale con almeno 2 approfondimenti su temi specifici
4. Corretta gestione degli aspetti amministrativi della programmazione tramite gli applicativi preposti: Gestione Protocollo MAGREP AD WEB WINRAP	Utilizzo corretto e quotidiano dei sistemi informativi per la corretta gestione amministrativa e comunicazione tempestiva al responsabile tramite mail.	Paola De Poli	Aggiornamento continuo Predisposizione archivio informatico Invio periodico al responsabile.

SC Controllo di Gestione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Processi di integrazione interaziendale ASUITS-ASS2	Promuovere un processo di integrazione per attività e percorsi condivisi con la S.C. Controllo di Gestione di AAS 2	Dirigenza e Comparto	Effettuazione della ricognizione delle procedure e dei documenti esistenti nelle due Aziende proposti dalla Struttura e presentazione entro il 31/10 di apposita relazione alla direzione strategica
2. Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	Sviluppo di un sistema strutturato di redazione dei tariffari aziendali	Dirigenza e Comparto In collaborazione con le Strutture richiedenti i tariffari	Entro il 30/6 produzione di almeno un tariffario e ed entro il 31/12 di almeno un altro tariffario e loro comunicazione alla direzione strategica
3. Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	Integrazione con il flusso dei consumi da magazzino unico della scheda di sintesi funzionale recante i dati di attività	Dirigenza e comparto	Produzione della scheda integrata del flusso economico a partire dal secondo semestre 2019
4. Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	Supporto ai Centri di Risorsa nell'attività di monitoraggio del budget di risorsa	Dirigente e Comparto	Produzione di report mensili ai Centri di Risorsa recante l'elenco dei decreti e delle determinazioni adottate nel mese precedente a partire dal mese di aprile 2019
5. Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-21	il Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza TPCT prevede l'aggiornamento della mappatura dei processi e dei procedimenti e la conseguente valutazione/rivalutazione del rischio per tutte le strutture aziendali. Nel corso del 2018 l'attività è stata svolta, come da Piano, per le strutture tecnico-amministrative e gli esiti pubblicati sul sito.	Direttore della SC e referente prevenzione corruzione e trasparenza della Struttura In comune con Direttore della SC SISOF/RPCT - Ufficio Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Valutazione dei rischi della Struttura effettuata e registro implementato entro il 31/12/2019. Documentazione sottoscritta dal RPC e dal Responsabile di SC

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Valutazione dei rischi dei procedimenti/procedure mappati dai Distretti, DSM, DDD e delle strutture di Staff		

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-21</p>	<p><i>il Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza TPCT prevede l'aggiornamento della mappatura dei processi e dei procedimenti e la conseguente valutazione/rivalutazione del rischio per tutte le strutture aziendali. Nel corso del 2018 l'attività è stata svolta, come da Piano, per le strutture tecnico-amministrative e gli esiti pubblicati sul sito.</i> Valutazione dei rischi dei procedimenti/procedure mappati dai Distretti, DIP, DSM, DDD e delle strutture di Staff</p>	<p>Direttore della SC SISOF/RPCT - Ufficio Prevenzione Corruzione e Trasparenza In comune con Direttori strutture interessate e referenti prevenzione corruzione e trasparenza Funzione Staff e URPC</p>	<p>Valutazione dei rischi effettuata e registro implementato: - Per i Distretti Sanitari entro il 30/6/2019; - Per i DIP, DSM, DDD e le Strutture di Staff entro il 31/12/2019. Documentazione sottoscritta dal RPC e Responsabile di S.O.</p>
<p>2. Avvio delle attività preordinate all'attuazione del nuovo assetto del SSR (Unificazione ASUITs – AAS2)</p>	<p><i>La L.R. 27/2018 ha previsto la ridefinizione dell'assetto del SSR dal 1.1.2020. Da quella data sarà costituita l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina.</i> Analisi dei testi regolamentari vigenti nelle due Aziende e predisposizione di una bozza di Regolamento unico sull'accesso agli atti e sull'accesso civico</p>	<p>Direttore SCSISOF – Ufficio Prevenzione Corruzione e Trasparenza – In comune con Direttore della SCAGLA Funzione Staff e URPC</p>	<p>Analisi dei testi regolamentari di ASUITs e di AAS2 entro il 30/6/2019. Predisposizione di una bozza di regolamento e trasmissione alla Direzione Amministrativa entro il 31/12/2019.</p>
<p>3. Avvio delle attività preordinate all'attuazione del nuovo assetto del SSR (Unificazione ASUITs – AAS2)</p>	<p><i>La L.R. 27/2018 ha previsto la ridefinizione dell'assetto del SSR dal 1.1.2020. Da quella data sarà costituita l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina.</i></p>	<p>Direttore SCSISOF – Responsabile Aggiornamento e Formazione Funzione Aggiornamento e Formazione</p>	<p>Analisi dei testi regolamentari di ASUITs e di AAS2 entro il 30/6/2019. Predisposizione di una bozza di regolamento e trasmissione alla Direzione Amministrativa entro il</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>Analisi dei testi regolamentari vigenti nelle due Aziende e predisposizione di una bozza di Regolamento unico recante i criteri per il conferimento degli incarichi di docenza e il piano tariffario per l'attività formativa</p>		<p>31/12/2019.</p>
<p>4. Acquisizione della qualifica di training center AHA per la formazione sulla rianimazione cardiopolmonare di base e avanzata</p>	<p><i>Sino ad ora ASUITS ha offerto formazione certificata AHA attraverso l'acquisizione di servizi da terzi. Nel contempo, la richiesta di corsi certificati è aumentata per effetto degli accordi di cooperazione con UNITS. L'Azienda intende acquisire per il proprio Centro di Formazione lo status di Training Center autonomo con i seguenti vantaggi: abbattimento dei costi, autonomia organizzativa e logistica, implemento della faculty aziendale.</i></p> <p>Analisi e verifica dei requisiti richiesti Acquisizione/predisposizione della documentazione necessaria Inoltro della domanda</p>	<p>Personale afferente alla funzione Aggiornamento e Formazione</p> <p>Funzione Aggiornamento e Formazione</p>	<p>Tutte le fasi concluse e application form inoltrato a AHA entro 30/4/2019. Evidenza della trasmissione.</p>
<p>5. Miglioramento dei processi operativi del provider ECM: valutazione di impatto della formazione</p>	<p><i>Nelle schede di rilevazione del fabbisogno formativo utilizzate nel 2019 è prevista la definizione di specifici indicatori per la valutazione d'impatto della formazione. Considerato che essi sono stati interpretati secondo diverse modalità di applicazione, si rende necessaria un'analisi sistematica al fine di implementare una categorizzazione</i></p>	<p>Responsabile Funzione Aggiornamento e Formazione (PL) Personale afferente alla funzione Aggiornamento e Formazione</p> <p>Funzione Aggiornamento e Formazione</p>	<p>Entro il 30/6/2019 sarà conclusa la fase di sistematizzazione e categorizzazione degli indicatori. Relazione del titolare di PO inviata dal Direttore di SC. Entro il 31/12/2019 elaborazione delle linee guida sulla valutazione d'impatto condivise in ASUITS. Documento inviato al Direttore di SC.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p><i>degli indicatori per rendere la valutazione d'impatto più omogenea e rispondente agli obiettivi organizzativi aziendali. Questa fase è propedeutica e risulta essere essenziale per elaborare le linee guida sulla valutazione della formazione.</i></p> <p>Disamina degli indicatori di valutazione d'impatto definiti nelle schede di rilevazione fabbisogno formativo 2019 Elaborazione di categorie di indicatori che siano funzionali agli obiettivi organizzativi aziendali Elaborazione delle linee guida sulla valutazione d'impatto</p>		
<p>6. Miglioramento dei processi operativi del provider ECM e aggiornamento delle procedure operative: efficientamento della fase di pianificazione dell'attività formativa 2020</p>	<p>I report conclusivi dell'attività del provider ecm dell'ultimo biennio (sezione: erogato vs pianificato) evidenziano la necessità di un intervento per una pianificazione più efficace rispetto ai tassi di attivazione dei corsi da parte delle articolazioni organizzative proponenti.</p> <p>Con la collaborazione della rete dei Referenti della formazione e dei Responsabili delle articolazioni organizzative, ci si prefigge di</p> <p>Azioni 1) Modifica della procedura di rilevazione del fabbisogno e condivisione con la rete dei referenti della Formazione</p>	<p>Il Responsabile e tutto il personale della funzione Aggiornamento e Formazione</p>	<p>Ci si prefigge di raggiungere il risultato secondo questo cronoprogramma</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) entro il 30.09.2019 invio della procedura modificata alla rete dei referenti della Formazione 2) entro 30.11.2019 predisposizione relazione sugli esiti degli incontri con le articolazioni aziendali da inviare alla Direzione strategica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	2) Implementazione del nuovo processo di rilevazione del fabbisogno attraverso incontri con i referenti della formazione e i responsabili delle articolazioni organizzative, per fornire preventivamente indicazioni metodologiche a supporto dell'analisi del fabbisogno e valutare congiuntamente la sostenibilità organizzativa delle iniziative da pianificare nel 2020.		
7. Avvio delle attività preordinate all'attuazione del nuovo assetto del SSR (Unificazione ASUITs – AAS2)	<p><i>La L.R. 27/2018 ha previsto la ridefinizione dell'assetto del SSR dal 1.1.2020. Da quella data sarà costituita l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina.</i></p> <p>Analisi dei testi regolamentari vigenti nelle due Aziende e predisposizione di una bozza di Regolamento unico recante i criteri per il conferimento degli incarichi di docenza e il piano tariffario per l'attività formativa</p>	<p>Direttore SCSISOF – Responsabile Aggiornamento e Formazione</p> <p>Funzione Aggiornamento e Formazione</p>	<p>Analisi dei testi regolamentari di ASUITs e di AAS2 entro il 30/6/2019. Predisposizione di una bozza di regolamento e trasmissione alla Direzione Amministrativa entro il 31/12/2019.</p>

SC Ricerca, Innovazione clinico-assistenziale, Qualità, Accredimento e Rischio clinico

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Ricerca & Innovazione: Supportare le attività del Coordinatore scientifico ASUITs Funzione di Ricerca e Innovazione	Predisposizione, con il Coordinatore scientifico ASUITs, del piano di ricerca e innovazione di ASUITs a) selezione delle più rilevanti linee di ricerca per il biennio 2019-2020 b) conclusione del censimento sulle <i>skills</i> di ricerca interne ad ASUITs e delle tecnologie a supporto della R&I c) conclusione del censimento delle pubblicazioni scientifiche prodotte nel biennio 2017-2018	Dirigenza Centonze	Trasmissione entro il 30.09.2018 alla Direzione generale della proposta di piano della Ricerca & Innovazione di ASUITs, comprensivo delle analisi previste nelle azioni b) e c)
2. Ricerca & Innovazione: Favorire l'accesso dei ricercatori ASUITs alle procedure pre-autorizzative della ricerca e degli studi clinici (studi da inoltrare per NOTIFICA/PARERE CEUR)	a) selezione dei materiali didattici b) individuazione delle date e luogo dove organizzare gli incontri c) svolgimento delle sessioni formative a domanda delle strutture e professionisti richiedenti	Dirigenza e Comparto Centonze Dittura	Sono condotti almeno tre incontri, entro il 31.12.2019, presso le strutture aziendali, su richiesta delle stesse
3. Ricerca & Innovazione: Organizzare la segreteria della Struttura	a) partecipazione al corso interno sul "Protocollo Generale" aziendale b) attivazione delle procedure di archivio e protocollazione (Protocollo Generale e di Struttura) c) attivazione delle procedure necessarie alla gestione del "Magazzino di reparto"	Comparto Neppi	Al 31.12.2019 la SC dispone di una Segreteria unica Le azioni a)-c) sono verificate dal Direttore della Struttura tramite relazione della Segreteria e trasmesse per rendiconto alla Direzione strategica
4. Ricerca & Innovazione: Avviare le attività della segreteria di Struttura	a) attivazione della casella @mail di "segreteria di Struttura Complessa" b) avvio della protocollazione della posta @mail in arrivo/uscita	Comparto Neppi	Al 31.12.2019 la SC comunica all'esterno attraverso una Segreteria unica Le azioni a)-c) sono verificate dal

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	c) gestione dell'Agenda di struttura		Direttore della Struttura tramite relazione della Segreteria e trasmesse per rendiconto alla Direzione strategica
5. Ricerca & Innovazione: Supportare le attività di Ricerca & innovazione in ASUITs	a) aggiornamento continuo dell'archivio interno degli studi clinici e dello stato di avanzamento dell'iter pre-autorizzativo e autorizzativo b) allineamento del fondo sperimentazione delle Strutture aziendali (parte economica degli studi profit o non-profit con finanziamento) con l'archivio dell'Ufficio Studi clinici ed epidemiologici	Dirigenza e Comparto Centonze Dittura	a) invio report su base semestrale sullo stato di avanzamento degli studi alla Direzione generale b) correzione degli archivi e loro allineamento (studi aperti, loro monitoraggio annuale e studi conclusi); revisione e verifica dei dati e costruzione del report da inviare alla Direzione generale
6. Ricerca & Innovazione: Migliorare la gestione economica della ricerca	Supportare la rendicontazione economica dei progetti di ricerca finanziati	Dirigenza e Comparto Centonze Santi	Numero di progetti rendicontati entro le scadenze prefissate
7. Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-21	il Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza TPCT prevede l'aggiornamento della mappatura dei processi e dei procedimenti e la conseguente valutazione/rivalutazione del rischio per tutte le strutture aziendali. Nel corso del 2018 l'attività è stata svolta, come da Piano, per le strutture tecnico-amministrative e gli esiti pubblicati sul sito. Valutazione dei rischi dei procedimenti/procedure mappati dai Distretti, DSM, DDD e delle strutture di Staff	Direttore della SC e referente prevenzione corruzione e trasparenza della Struttura In comune con Direttore della SC SISOF/RPCT - Ufficio Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Valutazione dei rischi della Struttura effettuata e registro implementato entro il 31/12/2019. Documentazione sottoscritta dal RPC e dal Responsabile di SC

SSD Prevenzione Protezione Ambienti Lavoro

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Promozione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	Riunioni di coordinamento tra Responsabili dei Servizi di Prevenzione e Protezione ASUITs-AAS2 finalizzati alla definizione dei principi utili all'armonizzazione del documento da proporre come Regolamento per la Sicurezza Aziendale ASUGI.	Dirigente sanitario responsabile di struttura dott.ssa Elisabetta Edalucci In collaborazione con il Dirigente sanitario responsabile di struttura ASS 2	Documento congiunto ASUITs-AAS2 con evidenza dell'analisi dei documenti finalizzata all'armonizzazione.
2. Promozione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	Proposta di documento armonizzato per il Sistema di Gestione della Sicurezza dei Lavoratori ASUGI da adottare come Regolamento per la Sicurezza Aziendale	Tutto il personale del comparto SSD PPAL che non afferisce a unità gestionale SGSA In collaborazione con il personale incaricato di ASS 2	Realizzazione di una bozza di documento entro il 31/12/2019, da completare in funzione dell'approvazione del nuovo atto aziendale non appena disponibile
3. Promozione della sicurezza antincendio	1. Standardizzazione delle modalità di svolgimento delle esercitazioni antincendio in collaborazione con il Servizio di Prevenzione di ASS2 2. Standardizzazione delle modalità di svolgimento della valutazione del rischio incendio in collaborazione con il Servizio di Prevenzione di ASS2	Tutto il personale del comparto SSD PPAL che afferisce a unità gestionale SGSA in collaborazione con il personale incaricato di ASS 2	1. Realizzazione di una bozza di istruzione operativa entro il 31/12/2019 2. Realizzazione entro il 31/12/2019 di una proposta di metodo analitico armonizzato da utilizzare come sistema di valutazione del rischio incendio da inserirsi come parte integrante della procedura operativa di sicurezza che descrive i metodi di valutazione dei rischi in ASUITs
4. Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-21	il Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza TPCT prevede l'aggiornamento della mappatura dei processi e dei	Direttore della SSD e referente prevenzione corruzione e trasparenza della Struttura	Valutazione dei rischi della Struttura effettuata e registro implementato entro il 31/12/2019. Documentazione sottoscritta dal RPC e

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>procedimenti e la conseguente valutazione/rivalutazione del rischio per tutte le strutture aziendali. Nel corso del 2018 l'attività è stata svolta, come da Piano, per le strutture tecnico-amministrative e gli esiti pubblicati sul sito.</p> <p>Valutazione dei rischi dei procedimenti/procedure mappati dai Distretti, DSM, DDD e delle strutture di Staff</p>	<p>In comune con Direttore della SC SISOF/RPCT - Ufficio Prevenzione Corruzione e Trasparenza</p>	<p>dal Responsabile di SSD</p>

Comunicazione, relazioni esterne, ufficio stampa

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Partecipazione per l'area di competenza all'attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-2020	Valutazione dei rischi del servizio comunicazione- relazioni esterne e ufficio stampa	Tutto il personale del servizio Comunicazione relazioni esterne e ufficio stampa	Predisporre la documentazione utile e inoltrare al responsabile della Corruzione e Trasparenza entro 31/12/2019
2. Ottimizzare la gestione di autorizzazione del Patrocinio di Asuits per tutte le richieste pervenute alla Direzione Generale in collaborazione con le segreterie della Direzione Strategica	Predisposizione del regolamento e approvazione del decreto	Tutto il personale del servizio Comunicazione-relazioni esterne e ufficio stampa Tutto il personale delle segreterie della Direzione Strategica	Bozza di regolamento/procedura e proposta di decreto presentati entro 31/12/2019
3. Analisi dei dati relativi al numero verde sanità e telefoni dedicati alle segnalazioni/reclami di Asuits	1. Predisposizione di una nuova scheda per la registrazione delle telefonate pervenute al numero verde sanità e telefoni dedicati alle segnalazioni/reclami Asuits 2. Analisi delle richieste 3. Definizione della nuova scheda	Tutto il personale del servizio Comunicazione-relazioni esterne e ufficio stampa	Scheda realizzata entro 30/06/2019 Invio formale (protocollata) della nuova scheda alla Direzione Generale (Entro 31/06/2019)
4. Favorire la comunicazione interna Asuits	Trascrizione della rubrica aziendale aggiornata nell'intranet di Asuits	Tutto il personale del servizio Comunicazione- relazioni esterne e ufficio stampa	Trascrizione completata entro 31/12/2019
5. Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-21	il Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza TPCT prevede l'aggiornamento della mappatura dei processi e dei	Responsabile dell'Ufficio e referente prevenzione corruzione e trasparenza della Struttura	Valutazione dei rischi dell'Ufficio effettuata e registro implementato entro il 31/12/2019. Documentazione sottoscritta dal RPC e

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>procedimenti e la conseguente valutazione/rivalutazione del rischio per tutte le strutture aziendali. Nel corso del 2018 l'attività è stata svolta, come da Piano, per le strutture tecnico-amministrative e gli esiti pubblicati sul sito.</p> <p>Valutazione dei rischi dei procedimenti/procedure mappati dai Distretti, DSM, DDD e delle strutture di Staff</p>	<p>In comune con Direttore della SC SISOF/RPCT - Ufficio Prevenzione Corruzione e Trasparenza</p>	<p>dal Responsabile</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Attività di avvio della nuova Azienda ASU GI ATTO AZIENDALE</p>	<p>Raffronto e valutazione degli atti aziendali ASUI TS e AAS 2 Acquisizione delle indicazioni regionali e della Direzione Strategica Elaborazione della prima bozza degli atti di organizzazione e di funzionamento dell'ASU GI</p>	<p>Tutto il personale</p>	<p>Elaborazione di un sommario delle materie e impianto dell'articolato Presentazione del documento, con e mail alla Direzione, entro giugno 2019 Presentazione del testo dell'Atto Aziendale, comprendente l'organigramma ed il funzionigramma, con e mail alla Direzione, entro novembre 2019</p>
<p>2. Attività di avvio della nuova Azienda ASU GI REGOLAMENTI</p>	<p>Raccolta, raffronto e valutazione dei regolamenti ASUI TS e AAS 2 Definizione delle priorità, con elencazione dei regolamenti da elaborare Elaborazione dei testi dei regolamenti, col contributo degli uffici di riferimento</p>	<p>Tutto il personale</p>	<p>Definizione dell'elenco dei regolamenti da produrre entro il 2019: invio elenco con e mail alla Direzione, entro giugno 2019 Presentazione del testo dei regolamenti, con e mail alla Direzione, entro novembre 2019</p>
<p>3. Attività di avvio della nuova Azienda ASU GI PROCESSO DI BUDGET</p>	<p>Raccolta, raffronto e valutazione degli atti relativi al processo di budget ASUI TS e AAS 2 Elaborazione del testo unificato del regolamento, col contributo degli uffici di riferimento</p>	<p>Tutto il personale</p>	<p>Elaborazione di un sommario delle materie e impianto dell'articolato Presentazione del documento, con e mail alla Direzione, entro giugno 2019 Presentazione del regolamento sul processo di budget, con e mail alla Direzione Strategica, entro novembre 2019</p>

DIREZIONE SANITARIA

Direzione Sanitaria - Staff

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Appropriatezza nelle cure riabilitative domiciliari e continuità delle cure	Individuazione di livelli equi ed appropriati di offerta riabilitativa domiciliare coerente con i bisogni della popolazione e definizione dei criteri di appropriatezza per l'accesso alla cure riabilitative domiciliari	Comparto Melania Salina	Formalizzazione alla Direzione Sanitaria di "linee guida" per le cure riabilitative domiciliari in ASUITS
2. Appropriatezza nei percorsi riabilitative nelle disabilità complesse di tipo ortopedico	1. Definizione di percorsi di continuità riabilitativa nelle disabilità complesse di tipo ortopedico (ex art. 26 legge 833/78) 2. Elaborazione di un "accordo attuativo" che definisca l'assetto organizzativo dei percorsi	Comparto Melania Salina in collaborazione con gli enti privati accreditati ex art. 26	Atto di adozione formale degli accordi attuativi con le strutture private accreditate ex art. 26
3. Promozione della salute e sicurezza nei luoghi lavoro attraverso la formazione dei lavoratori secondo quanto previsto dall'accordo stato-regioni	Programmazione e attuazione di <u>otto eventi formativi completi</u> destinati alla formazione specifica lavoratori <u>alto rischio</u> di ASUITS (per ogni evento sono previsti 3 moduli distinti: A, B, C) e quattro corsi di aggiornamento (edizioni esclusivamente dedicate ad aggiornamento dei lavoratori formati da 5 anni o più)	Dirigente sanitario Fabio Aizza	Attuazione di <u>quattro eventi</u> formativi completi per i lavoratori "alto rischio" entro il 30/06/2019 + due corsi di aggiornamento e di ulteriori <u>quattro eventi</u> "alto rischio" entro il 31/12/2019 + due edizioni per i corsi di aggiornamento dei lavoratori

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>4. Certificazione Riconoscimento UNICEF di ASUITS quale "Comunità Amica dei Bambini per l'allattamento materno". Mantenimento della conformità ai requisiti dell'Accreditamento UNICEF per la visita di rivalutazione del certificato BFCI</p>	<p>Revisionare, aggiornare e redigere il nuovo il Manuale degli operatori 2019-2021 contenente Politica aziendale, modello di assistenza, procedure, istruzioni per buone pratiche BFCI, moduli, checklist e vari documenti collegati</p>	<p>Comparto Romano Giuseppe In collaborazione con la SC Bambini, Adolescenti, Donne e Famiglie del Distretto 3</p>	<p>Trasmissione con nota @ alla Responsabile BFCI dell'ASUITS dott. Vittoria Sola del Manuale degli operatori 2019-2021 entro il 31.12.2019</p>
<p>5. Obiettivo Aziendale PAL del Programma XIII del PRP: Avvio di un processo di accreditamento dei servizi vaccinali</p>	<p>1. Revisionare e aggiornare le procedure redatte nel triennio 2017-2019 in materia di vaccinazioni e di profilassi delle malattie infettive 2. Inserire nel Manuale dei processi e delle procedure 2020 della SCISP la revisione delle procedure esistenti ed almeno una nuova procedura in materia di vaccinazioni</p>	<p>Comparto Romano Giuseppe In collaborazione con il DIP (SC Igiene e Sanità Pubblica)</p>	<p>Trasmissione con nota@ del Manuale dei processi e delle procedure 2020 (con almeno una nuova procedura in materia di vaccinazioni) al Responsabile della SCISP dott. Riccardo Tominz entro il 31.12.2019</p>
<p>6. Implementazione del Sistema di Gestione per i Controlli Ufficiali in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria secondo le Linee Guida 2013 per il funzionamento ed il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale</p>	<p>Redigere la procedura per la gestione delle allerte</p>	<p>Comparto Romano Giuseppe In collaborazione con il DIP, a) S.C. Igiene Degli Alimenti e della Nutrizione b) S.C. Sanità Animale c) S.C. Igiene Degli Alimenti Di Origine Animale</p>	<p>Trasmissione della procedura con nota@ al coordinatore TDP dott. Marco Rizzo entro il 31.12.2019.</p>

Direzione Sanitaria - Medico Competente

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Intervento preventivo per il rischio cardiovascolare negli operatori sanitari	1. Valutazione del rischio cardiovascolare SCORE nei dipendenti per sensibilizzarli a modificare i fattori di rischio individuali Raccolta dei parametri previsti e calcolo del punteggio SCORE 2. Counselling per gli interventi di miglioramento dei fattori modificabili (fumo, dieta, attività fisica)	Dott.ssa Maria Peresson Medico Competente ASUITs (area territoriale) In collaborazione e continuità con l'area ospedaliera: Personale del Comparto della SSD Centro di formazione e ricerca per la prevenzione negli operatori del SSR Medici Competenti ASUITs (area ospedaliera) Dott.ssa Paola De Michieli, Dott.ssa Francesca Rui dott. Federico Ronchese Prof. Corrado Negro	Analisi dei risultati della valutazione del rischio cardiovascolare negli operatori sanitari Report Entro il 31.12.2019

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. PAL - Gestione delle Risorse Umane.</p> <p>Documentare le dotazioni organiche e i tempi di assistenza del personale infermieristico e di supporto delle aree di degenza aziendali .</p>	<p>1. Mantenere il monitoraggio delle dotazioni organiche e dei tempi di assistenza delle aree di degenza.</p> <p>2. Effettuare un'analisi critica delle dotazioni organiche.</p>	<p>S.C. Direttore Infermieristico: Dott.ssa Maila Mislej</p>	<p>1. Report delle dotazioni organiche e dei minuti di assistenza delle aree di degenza. Entro 30 giugno 2019</p> <p>2. Relazione del Direttore Infermieristico con analisi critica delle dotazioni organiche in relazione al fabbisogno e a possibili interventi di riorganizzazione Entro 31 ottobre 2019</p>
<p>2. PAL - Gestione delle Risorse Umane.</p> <p>Documentare le dotazioni organiche e i piani di lavoro del personale infermieristico e di supporto dell'area territoriale</p>	<p>1. Avviare un sistema di monitoraggio periodico delle dotazioni organiche dell'area territoriale.</p> <p>2. Definire lo standard del personale</p>	<p>Dott.ssa Consuelo Consales</p> <p>In collaborazione con Dirigenti Infermieristiche dei Distretti e Dipartimenti Territoriali</p>	<p>1. Report con la presentazione delle dotazioni organiche dell'area territoriale Entro 31 luglio 2019</p> <p>2. Report sui piani di lavoro di riferimento. Entro 31 ottobre 2019</p>
<p>3. Mantenere il monitoraggio in G2 – “scheda incidenza lesioni da pressione (LdP)” mandato Direzione Centrale FVG nelle SEGUENTI strutture:</p> <ul style="list-style-type: none"> - geriatria - Medicina Interna 10 piano - Medicina Interna 9 piano - Clinica Medica - Medicina Clinica 	<p>1. Monitorare il corretto inserimento dei dati nelle schede attraverso il sistema informativo G2</p> <p>2. Predisporre un'evidenza dei dati resi disponibili dal sistema informativo</p>	<p>Personale della SC Direzione Infermieristica e ostetrica</p> <p>In collaborazione con: SC Controllo di Gestione Fornisce mensilmente i numero dei ricoverati nelle strutture indicate; SC Informatica e telecomunicazione, consente l'accesso alla Scheda incidenza lesioni da pressione (LdP) in</p>	<p>1. Almeno 13 sopraluoghi nei reparti ed RSA per monitoraggio dei dati in G2 al 30 giugno 2019</p> <p>2. Report trimestrale sui dati dell'incidenza LdP al 30 giugno 2019</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<ul style="list-style-type: none"> - Clinica Ortopedica - Clinica Neurologica - Medicina d'Urgenza - Unità Terapia Intensiva Coronarica - Pneumologia - CCH TIPO - ARTA - RSA San Giusto – Dist 2 		G 2 assicurandone la configurazione nelle 13 strutture.	
<p>4. Attivare il monitoraggio in G2 – “scheda incidenza lesioni da pressione (LdP)” aggiornata con presenza/assenza ldp all’ingresso nei seguenti reparti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - riabilitazione - neurochirurgia - nefrologia - s.c. anestesia e rianimazione - clinica dermatologica - malattie infettive - ematologia - oncologia 	<p>1. Individuare e formare i referenti infermieristici per le attività di monitoraggio dell’incidenza LdP nelle strutture indicate</p> <p>2. Coordinare/supportare le attività di configurazione e implementazione della scheda attraverso il sistema informativo G2 .</p> <p>3. Predisporre un’evidenza dei dati resi disponibili dal sistema informativo</p>	Personale della SC Direzione Infermieristica e ostetrica	<p>1. Formazione dei referenti di reparto all’utilizzo della scheda in G 2: formati almeno due per reparto al 30 giugno 2019.</p> <p>2. Almeno 8 sopraluoghi nei reparti per monitoraggio dell’implementazione dei dati in G2 al 30 giugno 2019</p> <p>3. Report trimestrale sull’incidenza delle LdP e n. ldp presenti all’ingresso al 30 giugno 2019</p>
<p>5. Attivare l’inserimento in G2 della presenza/assenza delle lesioni da pressione all’ingresso in reparto, all’interno della -“scheda incidenza lesioni da pressione (LdP)”- nei seguenti reparti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geriatria - Medicina Interna 10 piano - Medicina Interna 9 piano - Clinica Medica 	Formare i coordinatori infermieristici per le attività di monitoraggio “della presenza/assenza di LdP all’ingresso in reparto”	Personale della SC Direzione Infermieristica e ostetrica	Formazione di almeno 10 coordinatori di reparto ed RSA all’utilizzo della parte della scheda in G2 Entro il 31 ottobre 2019

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<ul style="list-style-type: none"> - Medicina Clinica - Clinica Ortopedica - Clinica Neurologica - Medicina d’Urgenza - Unità Terapia Intensiva Coronarica - Pneumologia - CCH TIPO - ARTA - RSA San Giusto – Dist. 2 			
<p>6. Linee di Gestione Regionale 2019 - 3.2 Assistenza Distrettuale e Assistenza Sociosanitaria “Mantenere il più a lungo possibile le persone nel loro ambiente di vita abituale creando valide alternative al ricovero ospedaliero attraverso una gestione proattiva, integrata multiprofessionale della cronicità”. Prevenire i ricoveri in ospedale per patologie croniche e rafforzare il raccordo Ospedale Territorio per la Continuità Assistenziale</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rafforzare il raccordo multiprofessionale del Servizio di Continuità assistenziale Ospedale – Territorio 2. Rilevare i punti critici e programmare le azioni correttive 3. Analizzare i risultati delle azioni correttive 	<p>Personale della SC Direzione Infermieristica e ostetrica</p> <p>In collaborazione con i dirigenti infermieristici e le PP.OO dei Distretti 1,2,3,4</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attuare almeno 4 incontri di “Audit” con i responsabili infermieristici H-T Entro 30 giugno 2019 2. Attuare almeno 6 incontri di “Audit” con i responsabili infermieristici H-T 3. Produrre un piano di miglioramento rispetto le criticità individuate Redigere una relazione con evidenza delle azioni correttive Entro 31 ottobre 2019
<p>7. Orientamento del personale infermieristico e di supporto neoassunto e trasmissione delle informazioni di base e presentazione dell’Azienda</p>	<p>Realizzare una brochure contenete le principali informazioni sull’Azienda, sui regolamenti , sul sistema informativo da consegnare al neoassunto nella fase di accoglienza</p>	<p>Personale della SC Direzione Infermieristica e ostetrica</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentazione della prima stesura della brochure Entro 30 giugno 2019 2. Diffusione e applicazione della brochure Entro 31 ottobre 2019
<p>8. In una visione di valorizzazione del</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attivare una ricognizione aziendale, in 	<p>Personale della SC Direzione Infermieristica e ostetrica</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Redazione di un registro con i

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>capitale umano è necessario conoscere le competenze specialistiche degli infermieri, attraverso l'individuazione del personale che ha conseguito master di primo e secondo livello.</p>	<p>collaborazione con i responsabili infermieristici dei dipartimenti e dei distretti, per individuare il personale infermieristico in possesso di master di primo e secondo livello. Entro 30 giugno 2. Realizzare un albo aziendale delle competenze specialistiche infermieristiche presenti in Azienda. Entro 31 ottobre</p>	<p>In collaborazione con i dirigenti infermieristici e i RID</p>	<p>nominativi del personale specializzato Entro 30 giugno 2019 2. Pubblicazione dell'Albo degli infermieri con master di primo e secondo livello. Entro 31 ottobre 2019</p>
<p>9. Attivare il monitoraggio dell'incidenza delle lesioni da pressione (LdP, mandato regionale), con l'utilizzo della scheda G2 "incidenza LdP" nelle seguenti strutture:</p> <ul style="list-style-type: none"> - terza Medica - Prima Medica - Clinica Medica - Medicina Clinica - Clinica Ortopedica - Clinica Neurologica - Medicina d'Urgenza - Unità Terapia Intensiva Coronarica - Pneumologia - CCH TIPO - Anestesia Rianimazione OM e OC - RSA San Giusto 	<p>I tutor e gli studenti del corso di laurea in infermieristica, vengono coinvolti nella rilevazione e nel monitoraggio delle persone ricoverate.</p>	<p>Tutor didattici del corso di laurea infermieristica e afferenti alla Direzione infermieristica e ostetrica: Cialdella Sandra Calia Elena De Biasio Laura Del Savio Ferruccio Dreos Manuela Fasci Adriana Indrigo Tatiana Placenti Franca Samassa Daniela Serafini Pasqualina</p> <p>Sanson Gianfranco per il periodo ASUITS</p>	<p>1. Partecipazione almeno a 15 sopralluoghi nelle strutture individuate e partecipazione alla rilevazione dei dati in G 2 e alla produzione di un report finale.</p> <p>2. Verifica entro il 30 giugno: effettuati 8 sopralluoghi e produzione di un report</p> <p>3. Verifica al 31 ottobre: effettuati 15 sopralluoghi e produzione di un report finale un report finale.</p>

Referenti Aziendali Area Riabilitativa Ospedaliera e Territorio

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Preparare e facilitare il percorso di integrazione dei processi riabilitativi in area Ospedaliera e Territoriale tra l'area dell'Isontino e della ASUITS1	Incontri tra il Referente Aziendale Area Riabilitativa Ospedaliera e Referente Aziendale Riabilitativa Territorio di ASUITS con il Responsabile dell'Area della Riabilitazione dell'AAS2 Bassa Friulana Isontina e gli operatori della riabilitazione individuati come referenti per l'area di competenza	Direzione Sanitaria/Referenti Aziendali Area Riabilitativa Ospedaliera e Territorio di ASUITS/ Responsabile dell'Area della Riabilitazione dell'AAS2 Bassa Friulana Isontina	1. Rilevazione e confronto tra i modelli organizzativi nell'Area della Riabilitazione di ASUITS e Area Isontina di AAS2 e produzione di una relazione entro il 30 giugno 2019. 2. Relazione con stesura piano di lavoro per l'integrazione dell'Area della Riabilitazione Territoriale e Ospedaliera dell'Azienda Giuliano Isontina entro il 31 dicembre 2019
2. 3.2.1.3 – Riabilitazione	Revisione delle procedure e protocolli di continuità Ospedale Territorio e altre strutture di riabilitazione in previsione del Gruppo di Lavoro Regionale per la predisposizione del nuovo Piano Regionale della Riabilitazione	Referenti Aziendali Area Riabilitativa Ospedaliera e Territoriale	1. Individuazione e attivazione gruppi di lavoro e revisione delle procedure/protocolli esistenti entro il 30 giugno 2019 2. Stesura delle nuove procedure e protocolli di continuità individuati entro il 31 dicembre 2019
3. 3.1.7 – Promozione dell'attività fisica	Predisposizione dei bandi rivolti alle associazioni per la promozione dell'attività fisica della popolazione adulta.	Referente Aziendali Area Riabilitativa Territoriale	1. Predisposizione dei Bandi entro il 30 giugno 2019. 2. Report sull'attività svolta entro il 31 dicembre 2019

Servizio Riabilitativo Aziendale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Progetto WHP (Workplace Health Promotion) Progetto triennale “Salute e benessere dopo i 45 per le lavoratrici di ASUITs”.</p>	<p>Organizzazione e attuazione del percorso di formazione del gruppo aziendale WHP. Formazione, valutazione delle donne lavoratrici che entrano nel progetto e creazione del percorso di attività fisica</p>	<p>Servizio Riabilitativo Aziendale Territorio Louise Marin Cristina Verrone In collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione</p>	<p>1. 1 evento formativo rivolto ai partecipanti del gruppo aziendale “concetti del dolore e benefici dell’attività fisica” entro 30/06/2019 2. 1 evento formativo rivolto alle donne lavoratrici di ASUITs inviate dal medico competente entro 30/12/2019 Valutazione del 90% delle donne inviate dal medico competente entro 30/12/2019 3. Creazione dei percorsi di attività fisica gestiti da fisioterapista entro 30/12/2019</p>
<p>2. 3.2.1.3 – Riabilitazione</p>	<p>Revisione delle procedure e protocolli di continuità Ospedale Territorio e altre strutture di riabilitazione in previsione del Gruppo di Lavoro Regionale per la predisposizione del nuovo Piano Regionale della Riabilitazione</p>	<p>Servizio Riabilitativo Aziendale Territorio Louise Marin Cristina Verrone</p>	<p>1. Individuazione e attivazione gruppi di lavoro e revisione delle procedure/protocolli esistenti entro il 30 giugno 2019 2. Stesura delle nuove procedure e protocolli di continuità individuati entro il 31 dicembre 2019</p>
<p>3. 3.1.7 – Promozione dell’attività fisica</p>	<p>Predisposizione dei bandi rivolti alle associazioni per la promozione dell’attività fisica della popolazione adulta.</p>	<p>Servizio Riabilitativo Aziendale Territorio Louise Marin</p>	<p>1. Predisposizione dei Bandi entro il 30 giugno 2019. 2. Report sull’attività svolta entro il 31 dicembre 2019</p>
<p>4.</p>	<p>1.</p>	<p>Servizio Riabilitativo Aziendale</p>	<p>Almeno 6 eventi entro dicembre 2019</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
3.1.12. Emersione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP).	Coordinare e attuare corsi di formazione per i dipendenti di ASUITS che utilizzano il videoterminale 2. Coordinare e attuare corsi di formazione per la movimentazione delle persone a domicilio e in ambulatorio	Territorio Cristina Verrone	Almeno 2 eventi entro dicembre 2019

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Monitoraggio dell' andamento del budget farmaceutico: come conciliare istanze di cura con le disponibilità di spesa.</p>	<p>1. Incontri periodici tra DMP e SC Assistenza Farmaceutica. 2. Evidenza dell'identificazione delle criticità e proposta per loro risoluzione.</p>	<p>Dr. Paolo Schincariol Dr.ssa Chiara Roni In collaborazione con DAO</p>	<p>Indicatore: - elaborazione di un documento contenente le criticità rilevate sui consumi farmaceutici della Struttura, preparatorio agli incontri. -Stesura di un verbale su quanto convenuto come soluzione dei problemi identificati Risultato atteso: il 100% degli incontri quadrimestrali sono corroborati dai dati farmacoepidemiologici sui temi identificati. Il 100% degli esiti degli incontri sono seguiti da una nota verbale contenente gli impegni assunti dalle controparti Tempistica: invio del documento di chiusura del meeting entro 20 giorni dall' incontro Fonte dati: protocollo Assistenza Farmaceutica Direzione Medica</p>
<p>2. Miglioramento appropriatezza prescrittiva e utilizzo di molecole dal miglior rapporto costo/beneficio. Presentazione alla Commissione Terapeutica Aziendale di una proposta di aggiornamento del Prontuario Terapeutico Aziendale relativamente ai farmaci per la cura del diabete</p>	<p>1. Incontro con i due clinici di riferimento per la gestione del diabete nell'area ospedaliera e territoriale per identificare i farmaci da inserire/eliminare dall'attuale PTA ai fini di coprire tutte le esigenze di trattamento, sia in acuto (ospedale) che nella cronicità (territorio).</p>	<p>Dr.ssa Chiara Roni Dr. Stefano Palcic</p>	<p>Indicatore Elaborazione di una proposta di aggiornamento del PTA relativamente ai farmaci per la cura del diabete e suo invio (nota protocollata) alla Commissione Terapeutica Aziendale, con identificazione dei farmaci necessari a coprire tutte le esigenze di trattamento del diabete sia in acuto</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>2. Definizione di una proposta di aggiornamento del PTA per l'area diabete e sua presentazione alla Commissione Terapeutica Aziendale per validazione.</p>		<p>che nella cronicità, secondo EBM. Risultato atteso La Commissione del PTA recepisce le istanze suggerite dal Gruppo di lavoro Tempistica: entro il 31.12.2019 Fonte dati: protocollo Assistenza Farmaceutica</p>
<p>3. Monitoraggio antibiotici classe carbapenemi</p> <p>La Regione FVG indica, fra gli obiettivi della RETE CURE SICURE (PAL 2019), la riduzione del consumo in ambito ospedaliero dei Carbapenemi.</p>	<p>Calcolare l'utilizzo dei CARBAPENEMI all'interno delle singole UUOO con la misura del numero di dosi definite giornaliere/100 gg degenza/anno, con cadenza quadrimestrale (Totale anno 2018; I quadrimestre 2019; II quadrimestre 2019, anno 2019) e diffondere la reportistica agli interessati</p>	<p>Dr.ssa Ludovica Carniel</p>	<p>Indicatore: Produzione di un report contenente la numerica dei consumi anno 2018, primo quadrimestre 2019, primi 8 mesi 2019, anno 2019. Risultato atteso Le strutture sono fornite di un cruscotto per renderle meglio partecipi sulla consapevolezza di uso prudente dei carbapenemi e la messa a punto di strategie per ridurre l'utilizzo inappropriato Tempistica: entro il 31 marzo 2019, 30 luglio 2019, 30 novembre 2019, 31 marzo 2020 Fonte: Protocollo Assistenza farmaceutica</p>
<p>4. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive.</p> <p>La quantificazione dell'esatto consumo di antibiotici è una misura farmacoepidemiologica utile ad orientare in misura appropriata la politica di utilizzo degli antibiotici come</p>	<p>Calcolare l' utilizzo degli antibiotici all'interno delle singole UUOO con la misura del numero di dosi definite giornaliere/100 gg degenza/anno competenza 2018 per tutte le classi di antibiotici di impiego sistemico e diffondere la reportistica agli interessati.</p>	<p>Dr.ssa Ludovica Carniel</p>	<p>Indicatore Produzione di un report contenente la numerica dei consumi anno 2018 completo espresso con la misura farmacoepidemiologica del n DDD/100/giorni degenza da diffondere a tutte le UUOO ospedaliere con consumo sistemico di antibiotici. Risultato atteso</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
riconosciuto dai CDC di Atlanta.			Fornire le Strutture di un cruscotto di dati farmacoepidemiologici per migliorare l' appropriatezza delle scelte in antibioticoteraapia Tempistica: vincolata alla messa a punto nuovo database ad opera SCIT. Prevista entro il 30 giugno 2019 Fonte: Protocollo assistenza farmaceutica
5. La Regione richiede alle aziende di incrementare il rapporto di segnalazioni on line in Vigifarmaco rispetto le segnalazioni cartacee Incontri con i reparti per favorire l'uso di Vigifarmaco nella segnalazione on-line delle ADR	Incontri con il referente di farmacovigilanza di reparto e il coordinatore infermieristico per illustrare la normativa di riferimento e stimolare la segnalazione di reazioni avverse sul farmaco on line su Vigifarmaco.	Dr.ssa Anna Mansi	Indicatore: elaborazione di una nota/verbale di quanto convenuto ed invio alle UUOO interessate entro 15 giorni dai meeting (nota protocollata). Risultato atteso: le strutture hanno a disposizione tutti gli elementi conoscitivi per acquisire maggior consapevolezza sull' importanza della farmacovigilanza per aumentare la sicurezza delle cure Tempistica invio del documento di chiusura del meeting entro 20 giorni dall' incontro Fonte: Protocollo assistenza farmaceutica
6. Redazione e Pubblicazione in Intranet del Prontuario Nutrizione Enterale Ospedaliera e Territoriale	Stesura del Prontuario della Nutrizione Enterale alla luce della nuova gara Regionale con indicazione dei prodotti disponibili per l'ospedale e per il territorio	Dr.ssa Ketty Parenzan Dott. Lorenzo Colautti	Indicatore: stesura del Prontuario Nutrizione Enterale con confronto con i medici prescrittori ospedalieri e territoriali. Risultato atteso: Pubblicazione del Prontuario e diffusione alle strutture Territoriali ed ospedaliere.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>7. Riadattamento sede logistica Cattinara per accoglimento magazzino farmacia ex AAS1</p>	<p>1. Riorganizzazione logistica degli spazi per la conservazione farmaci presso sede di Cattinara a seguito di trasferimento del materiale dalla sede Farmacia ex ASS1 e dell' aumento di nuovi farmaci</p> <p>2. Riorganizzazione dei percorsi di distribuzione, a partire dalla sede di Cattinara, con successivo controllo delle ricette e archiviazione da parte del personale amministrativo per le richieste in PSM</p>	<p>Personale</p> <p>1. Comparto</p> <p>2. Amministrativi</p>	<p>1. Indicatore Le azioni previste sono realizzate con la tempistica finalizzata per l' ingresso di Farmacia ex AAS1 a Cattinara Risultato atteso Predisposizione della ridefinizione degli spazi con allocazione del materiale entro e non oltre il 31 dicembre 2019, previa la costruzione dei nuovi spazi necessari presso la sede della Farmacia di Cattinara.</p> <p>2. Indicatore Effettivo controllo delle ricette (carico in Magrep il giorno successivo alla distribuzione) dei farmaci ad alto costo e archiviazione da parte del personale amministrativo. Risultato atteso Corrispondenza giacenza informatica con giacenza reale del Buffer</p>
<p>8. Informatizzazione della prescrizione e dell'allestimento di Vancomicina e Mitomicina collirio, Fluorouracile collirio e formulazione sottocongiuntivale . Riformulazione delle formulazioni secondo una procedura che riduca i tempi di allestimento. Convalida microbiologica della nuove formulazioni.</p>	<p>1. Generazione delle nuove modalità operative di allestimento</p> <p>2. Costruzione dei protocolli informatici che permettano la prescrizione informatizzata, attraverso il software UFA</p> <p>3. Test di prima prescrizione e formazione dei Medici Oculisti, convalida dei tempi</p>	<p>Dott.ssa Irina Cebulec</p>	<p>Indicatore Procedure, protocolli e loro test , formazione del personale sono realizzate e condivise con i prescrittori Risultato atteso: Le nuove formulazioni saranno prescritte informaticamente e allestite in UFA con i tempi di allestimento compatibili con l'attività complessiva UFA di Onco-Ematologia; Fonte: Software UFA</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	di allestimento e convalida microbiologica delle nuove formulazioni 4. Prescrizione informatizzata per tutto il 2019 del collirio di Vancomicina, Fluorouracile, Mitomicina;		Tempistica: entro il 31 dicembre 2019
9. Monitoraggio continuo dell'erosione del Budget di risorsa farmaceutico ai fini del monitoraggio quadrimestrale di bilancio aziendale	Predisposizione per la SOC Controllo di Gestione del calcolo delle risorse consumate per il materiale sanitario sotto gestione diretta ed indiretta della SOC Farmacia.	Dott. Paolo Schincariol Dott.ssa Chiara Roni	Indicatore Produzione della reportistica con contabilizzazione dei costi diretti e convenzionati sostenuti nel periodo in analisi da ASUITS Risultato atteso Il controllo di gestione è aggiornato sull'andamento dei costi sostenuti dalla SC Assistenza Farmaceutica per la predisposizione dei conteggi quadrimestrali utili alla formulazione del Bilancio preventivo da trasmettere alla Regione. Fonte: Protocollo Tempistica: quadrimestrale
10. Implementazione del riordino automatico in MagRep dei prodotti sottoscorta per i subcentri dell'UFA: RCT UFA, MED2 UFA, URO UFA, CSO UFA.	1. Inserimento in MagRep di tutti i valori numerici statistici di impiego in UFA, individuati come "minimi" e "massimi", dei farmaci alto rotanti a basso costo, ripartiti per centro di costo (SC Oncologia Medica, SC Ematologia Clinica, SC Clinica Urologica, SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile) 2.	Dott.ssa Clara Palmieri	Indicatore Le azioni progettate sono messe in atto con la tempistica prevista per il raggiungimento del risultato atteso Risultato atteso: I farmaci altorotanti ed a basso costo impiegati in UFA, dovranno essere giacenti nel magazzino UFA ed allineati alla giacenza del software UFA; La prescrizione informatizzata delle chemioterapie da parte dei Clinici,

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>Allineamento delle giacenze dei farmaci alto rotanti a basso costo tra i subcentri UFA in MagRep e la giacenza fisica/informatica in UFA</p> <p>3. Inizio dell'attività di scarico di tutti i farmaci a basso costo altorotanti allestiti in UFA</p> <p>4. Formazione e supervisione del personale coinvolto</p>		<p>genererà l'obbligo informatico di scarico dei farmaci da parte del personale tecnico ed infermieristico prima dell'allestimento;</p> <p>Alla fine, di ogni settimana lavorativa, il software UFA genererà un report di utilizzo dei farmaci (a barcode) per permettere di scaricare in MagRep tutti i farmaci alto rotanti e a basso costo preparati in UFA e suddivisi per centro di costo;</p> <p>Il software MagRep permetterà di generare automaticamente una statistica di "sottoscorta" per predisporre un riordino automatico (suddiviso per subcentro) dei farmaci altorotanti che andranno a costituire la giacenza UFA complessiva dei farmaci altorotanti e a basso costo da allestire</p> <p>Fonte: Software UFA e Insiel</p> <p>Tempistica: entro il 31 dicembre 2019</p>
<p>11. Implementazione dello scarico nominale in PSM, per tutti i farmaci ad alto costo preparati in UFA con tanto di targatura</p>	<p>1. Implementazione informatica della softwarehouse del software gestionale dell'UFA per rendere obbligatoria la targatura dei farmaci (ad alto costo e nominali)</p> <p>2. Test in ambiente simulato e sul campo del nuovo sistema dopo la release;</p> <p>3. Allineamento delle giacenze tra Buffer e software UFA</p>	<p>Dott. Riccardo Provasi</p>	<p>Indicatore</p> <p>Le azioni progettate sono messe in atto con la tempistica prevista per il raggiungimento del risultato atteso</p> <p>Risultato atteso:</p> <p>I farmaci nominali ad alto costo, inseriti a Buffer da prepararsi necessariamente in UFA prima della somministrazione, dovranno essere giacenti nel magazzino Buffer ed allineati alla giacenza del software UFA;</p> <p>La prescrizione informatizzata delle</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>4. Inizio dell'attività di scarico e targatura di tutti i farmaci ad alto costo nominali allestiti in UFA</p> <p>5. Formazione e supervisione del personale coinvolto</p>		<p>chemioterapie da parte dei Clinici, genererà l'obbligo informatico di tracciatura e targatura dei farmaci da parte del personale tecnico ed infermieristico prima dell'allestimento; Alla fine, di ogni giornata lavorativa, il software UFA genererà un report di utilizzo dei farmaci (a barcode) per permettere di scaricare in PSM tutti i farmaci nominali ad alto costo preparati in UFA e suddivisi per centro di costo;</p> <p>Le scorte del Buffer verranno ripristinate automaticamente;</p> <p>Fonte: Software UFA e Insiel</p> <p>Tempistica: entro il 31 dicembre 2019</p>
<p>12. Promuovere l'appropriatezza prescrittiva dei prodotti AFIR con particolare riferimento ai limiti di prescrivibilità dei dispositivi per diabetici</p>	<p>Monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni delle strisce per glicemia (Test glicemia ATC 7AB1B01) attraverso elaborazioni effettuate col sistema INSIEL, relativamente ai dati disponibili e con riferimento alle classi stabilite dagli Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito e presentazione dei report elaborati in 1 incontro di confronto e audit con gli MMG per la verifica del livello di appropriatezza prescrittiva raggiunto.</p>	<p>Dirigente: Elisabetta Bini</p> <p>In collaborazione con la Diabetologia-dott. Candido</p>	<p>1. Analisi delle prescrizioni dei test per glicemia coi dati resi disponibili da INSIEL ed elaborazione ed invio alla Direzione Sanitaria di 1 documento di sintesi dei risultati delle analisi delle prescrizioni dei test per glicemia entro il 30.06.2019</p> <p>2. Effettuazione di 1 incontro di confronto/audit con gli MMG per fornire idoneo feed-back ai prescrittori ed entro il 31.12.2019</p> <p>Fonte dati: protocollo</p>
<p>13. Miglioramento dei sistemi correlati alla sicurezza d'uso dei farmaci</p>	<p>Implementazione dei controlli sui sistemi di conservazione, sulle scadenze dei farmaci forniti alle</p>	<p>Dirigente: Paolo Faleschini</p>	<p>Effettuare almeno 10 visite ispettive nel corso del 2019 in strutture dipendenti ed accreditate rifornite di</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	strutture dipendenti ed accreditate dalla farmacia territoriale.		medicinali da ASUITS con compilazione del verbale non ispezionate nel 2018. Fonte dati: verbale ispezioni
14. Implementazione dell'uso sicuro e appropriato dei medicinali	Informazione e sensibilizzazione sull'uso sicuro e appropriato dei medicinali garantendo la predisposizione e l'invio di newsletter periodiche ottenute attraverso la raccolta di tutte le informazioni rese disponibili da fonti istituzionali (AIFA, EMA Regione FVG) e dalla letteratura scientifica (metanalisi, studi RCT, caso controllo).	Dirigente: Stefano Palcic	Produzione ed invio ai MMG, Strutture dipendenti ed accreditate e ai medici ospedalieri di 4 newsletter di aggiornamento entro il 31.12.2019 Fonte dati: protocollo
15. Attività di monitoraggio e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e contenimento della spesa farmaceutica territoriale	1. Analisi, monitoraggio dei consumi e predisposizione di iniziative per migliorare l'appropriatezza prescrittiva. Identificazione delle aree terapeutiche a maggior inappropriata e predisposizione circolari ad hoc. 2. Estrazione, rielaborazione e trasmissione ai MMG dei report personalizzati per il miglioramento dell'appropriatezza.	1. Dirigente: Stefano Palcic Comparto: Alessandro Viller 2. Dirigente: Stefano Palcic Comparto: Alessandro Viller Azzano Gaia, Morena Zucca	1. Predisposizione ed invio di almeno 4 note/alert ai prescrittori (MMG, strutture dipendenti ed accreditate) al fine di garantire il miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei farmaci entro il 31.12.2019. Fonte dati: protocollo 2. Invio di 1 report personalizzato ai MMG entro il 31/12/2019. Fonte dati: protocollo
16. Implementazione e controllo delle differenze contabili	Controllo delle rettifiche contabili segnalate dal concessionario CEDOCA per i rivenditori commerciali	Comparto: Azzano Gaia, Morena Zucca	Trasmissione ai rivenditori commerciali del 100% della documentazione relativa agli addebiti/accrediti segnalate dal concessionario regionale CEDOCA entro il 31/12/2019.
17. Miglioramento della gestione delle pompe per nutrizione enterale e	1. Garantire la corretta registrazione informatica della movimentazione	Comparto: Rossana Di Giorgio, Antonia Salaris, Andrea Cescutti	1. Evidenza al responsabile della SCAF con apposita comunicazione semestrale (2

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
implementazione dei controlli sulla corretta scadenza dei medicinali	<p>delle pompe per nutrizione enterale in entrata ed uscita dalla Farmacia territoriale. Garantire la corretta manutenzione e la congrua disponibilità di detti presidi.</p> <p>2. Viene ottimizzato e implementato il controllo delle scadenze dei medicinali della farmacia territoriale.</p>		<p>comunicazioni/anno) dell'avvenuta registrazione informatica del 100% delle movimentazioni delle pompe per nutrizione enterale in entrata ed uscita della Farmacia territoriale e loro monitoraggio.</p> <p>Fonte dati: protocollo</p> <p>2. Evidenza al responsabile della SCAF con apposita comunicazione semestrale (2 comunicazioni/anno) dei controlli effettuati sulle scadenze dei medicinali della farmacia territoriale.</p> <p>Fonte dati: protocollo</p>
18. Miglioramento processi istituzionali	<p>1. Predisposizione delle note di ritiro lotti/divieti di utilizzo dei medicinali entro 24 ore dall'arrivo in struttura.</p> <p>2. Implementazione dell'informatizzazione dei piani terapeutici e catalogazione di quelli cartacei.</p>	Comparto: Alessandro Perfetto	<p>1. Il 100% delle note di ritiro lotti/divieti di utilizzo dei medicinali con protocollo di arrivo vengono inoltrate con apposita nota protocollata alle Strutture dipendenti e alle farmacie entro le 24 ore successive, salvo impedimenti da documentare.</p> <p>2. Il 100% dei piani terapeutici arrivati è catalogato; i piani non ancora informatizzati sono inseriti nell'apposito file. Evidenza al responsabile della SCAF di due report semestrali dei piani cartacei inseriti.</p> <p>Fonte dati: protocollo</p>
19. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

Dipartimento di Prevenzione - Direzione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
<p>1. Proposta di organizzazione del Dipartimento di Prevenzione dell'ASUGI a partire dalla valutazione della situazione esistente nelle AAS 2 e ASUITs</p>	<p>1. Produzione di un testo nel quale siano descritti:</p> <ul style="list-style-type: none"> – il contesto in cui opererà il futuro Dipartimento dell'ASUGI; – la composizione e l'attività delle diverse Strutture del Dipartimento di Prevenzione, sulla base della normativa vigente e dell'organizzazione storica dei Dipartimenti di Prevenzione dell'area Giuliano-Isontina rispondente ai contesti in cui operano; – l'attività corrente e l'attività a forte componente innovativa o di ricerca condotta nell'ultimo quinquennio dai due Dipartimenti di prevenzione; – un elenco dei principali strumenti procedurali/ organizzativi utilizzati dai Dipartimenti di Prevenzione di AAS 2 e ASUITs; <p>2. Una proposta organizzativa del futuro Dipartimento di Prevenzione</p>	<p>Direttore del Dipartimento di Prevenzione</p> <p>L'obiettivo deve essere sviluppato chiedendo la collaborazione dei Direttori dei Dipartimenti di prevenzione della Regione e rappresenta obiettivo di budget per i referenti di entrambe le Aziende.</p>	<p>Produzione della proposta organizzativa e consegna della stessa al Commissario Straordinario. Entro il 30/09/2019</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
	dell'ASUGI, che tenga conto degli elementi sopra indicati		
2. WHP (Workplace Health Promotion) Progetto triennale "Salute e benessere dopo i 45 per le lavoratrici di ASUITs". Secondo anno.	1. Organizzazione del percorso di formazione del gruppo aziendale WHP. 2. Implementazione delle buone pratiche nelle aree tematiche alimentazione e attività fisica in collaborazione con il gruppo aziendale WHP.	Personale del Comparto della Direzione	1. Realizzazione del percorso di formazione del gruppo aziendale WHP. Entro il 31/12/2019 2. Approfondimento sulle tecniche del colloquio motivazionale per alcuni profili professionali selezionati. 3. Effettuazione di n. 20 colloqui motivazionali con le dipendenti di ASUITs inviate dal medico competente per l'inserimento nel programma di promozione alla sana alimentazione e attività fisica.
3. Monitoraggio dei fattori organizzativi di rischio nelle residenze per anziani, in collaborazione con INAIL DIMEILA (Progetto CCM 2016)	1. Distribuzione e raccolta dei questionari di percezione dei rischi dei lavoratori delle residenze aderenti al progetto. 2. Creazione di un data base per l'inserimento dei dati. 3. Inserimento dei dati nel data base dedicato. 4. Informazione alle aziende sui risultati dell'indagine.	Personale del Comparto	1. 100% dei questionari inseriti nel data base dedicato. Entro il 30/06/2019 2. Diffusione dei risultati sul sito WEB aziendale. Entro il 31/10/2019

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
<p>4. Organizzazione del Dipartimento di Prevenzione dell'ASU GI a partire dalla valutazione della situazione esistente nell'ASUITs e nell'AAS 2</p>	<p>1. Produzione di un testo nel quale siano descritti:</p> <ul style="list-style-type: none"> – il contesto in cui opera la Struttura; – l'attività della Struttura, sulla base della normativa vigente e dell'organizzazione storica rispondente al contesto in cui opera; – l'attività corrente e l'attività a forte componente innovativa o di ricerca condotta nell'ultimo quinquennio; – un elenco dei principali strumenti procedurali/ organizzativi utilizzati. <p>2. Una proposta organizzativa dell'attività di competenza della Struttura Complessa, che tenga conto degli elementi sopra indicati, nella strutturazione del futuro Dipartimento di Prevenzione dell'ASUGI.</p>	<p>Responsabile di Struttura</p>	<p>Produzione della proposta organizzativa e consegna della stessa al Direttore del Dipartimento. Entro il 31/08/2019.</p>
<p>5. Prevenzione delle malattie infettive: Predisposizione di una procedura interna, nell'ambito della tutela della salute negli ambienti di vita, per la prevenzione delle Legionellosi</p>	<p>Indagine epidemiologica, valutazione, con prelievo di campioni idrici, in tutti i casi di legionellosi notificati, a partire dai modelli proposti dal Progetto Regionale Prodotti Finiti ("Gestione di malattia infettiva e diffusa", "Indagine</p>	<p>Responsabile di Struttura Semplice Tutela della Salute negli Ambienti di Vita</p>	<p>Predisposizione della procedura e trasmissione della stessa alla Direzione del Dipartimento entro il 31/05/2019, adozione della procedura nel 100% delle notifiche pervenute da tale data.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
	ambientale a seguito di legionellosi” e “Campionamento acque”).		
6. Prevenzione e controllo delle infestazioni da scabbia nelle Strutture residenziali per anziani	1. Incontri informativi con gli operatori di tutte le strutture in cui si verificano focolai epidemici 2. L’attività verrà svolta anche con la collaborazione della SC Clinica Dermatologica e dei Distretti	Assistenti Sanitari Personale amministrativo	Incontri informativi almeno nell’80% delle Strutture in cui si siano verificati episodi epidemici di scabbia.
7. Garantire l’adeguamento dei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti per il livello di nuova classificazione	Percorso di accompagnamento per il monitoraggio e la verifica degli adempimenti e adeguamenti previsti per il livello di nuova classificazione rilasciato.	Personale del comparto della Struttura e della Direzione del Dipartimento di Prevenzione	Attività di assistenza nei confronti di almeno 10 strutture per le quali si verificano possibili criticità nel percorso autorizzativo.
8. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive mirati agli utenti a rischio assistiti presso le Strutture Complesse di Oncologia, Ematologia e Malattie Infettive	1. Redazione della procedura di identificazione delle persone cui offrire le vaccinazioni; 2. Invito dell’utente al colloquio informativo e all’adesione vaccinale. 3. Registrazione in SIASI degli inviti e dell’esito degli stessi: Vaccinazione, Esonero, Rifiuto.	Dirigenti Medici Obiettivo condiviso con SC Ematologia	Invito al colloquio ed alla vaccinazione dell’80% delle persone a rischio segnalate dalle Strutture Complesse di Oncologia, Ematologia e Malattie Infettive.
9. Prevenzione delle malattie infettive trasmesse da vettori (zanzare)	1. Individuazione delle attività che comportano il deposito di pneumatici. 2. Sopralluogo nelle attività individuate per identificare situazioni favorevoli	Tecnici della Prevenzione Operatori e assistenti tecnici Assistenti sanitari	Effettuazione del sopralluogo nel 90% delle attività individuate.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
	alla proliferazione delle zanzare. 3. Eventuale prescrizione di azioni di controllo. 4. Verifica del rispetto dell'adempimento alle prescrizioni.		

Dipartimento di Prevenzione – S.C. Sanità Animale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
10. Organizzazione del Dipartimento di Prevenzione dell'ASU GI a partire dalla valutazione della situazione esistente nell'ASUITs e nell'AAS 2	1. Produzione di un testo nel quale siano descritti: <ul style="list-style-type: none"> – il contesto in cui opera la Struttura; – l'attività della Struttura, sulla base della normativa vigente e dell'organizzazione storica rispondente al contesto in cui opera; – l'attività corrente e l'attività a forte componente innovativa o di ricerca condotta nell'ultimo quinquennio; – un elenco dei principali strumenti procedurali/ organizzativi utilizzati. 2. Una proposta organizzativa	Responsabile di Struttura	Produzione della proposta organizzativa e consegna della stessa al Direttore del Dipartimento. Entro il 31/08/2019.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
	dell'attività di competenza della Struttura Complessa, che tenga conto degli elementi sopra indicati, nella strutturazione del futuro Dipartimento di Prevenzione dell'ASUGI.		

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

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
11. Organizzazione del Dipartimento di Prevenzione dell'ASU GI a partire dalla valutazione della situazione esistente nell'ASUITs e nell'AAS 2	1. Produzione di un testo nel quale siano descritti: <ul style="list-style-type: none"> – il contesto in cui opera la Struttura; – l'attività della Struttura, sulla base della normativa vigente e dell'organizzazione storica rispondente al contesto in cui opera; – l'attività corrente e l'attività a forte componente innovativa o di ricerca condotta nell'ultimo quinquennio; – un elenco dei principali strumenti procedurali/ organizzativi utilizzati. 2. Una proposta organizzativa	Responsabile di Struttura	Produzione della proposta organizzativa e consegna della stessa al Direttore del Dipartimento. Entro il 31/08/2019.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
	dell'attività di competenza della Struttura, che tenga conto degli elementi sopra indicati, nella strutturazione del futuro Dipartimento di Prevenzione dell'ASUGI.		
12. Valutazione del rischio nell'ambito dei controlli di farmacovigilanza negli allevamenti bovini per una piena applicazione dei criteri previsti dai controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Valutazione, mediante sopralluoghi dedicati, del rischio in materia di farmacovigilanza in tutti gli allevamenti bovini che producono latte destinato al consumo umano ed in due allevamenti che allevano bovini da carne, utilizzando la tabella predisposta dalla Direzione Regionale.	Medici Veterinari	Selezione degli allevamenti da sottoporre a controllo mediante verifica dei dati presenti nella Banca dati nazionale degli allevamenti. Entro il 31/03/2019. Effettuazione dei sopralluoghi con compilazione delle check list ed inserimento della check list nel sistema "controlli" della BDN specifiche entro il 15/12/ 2019.
13. Intensificazione dei controlli sul benessere animale durante i trasporti. Effettuazione dei controlli su strada ai valichi confinari in collaborazione con l'Ufficio Veterinario per gli Adempimenti Comunitari del Friuli Venezia Giulia	Effettuazione di 5 controlli su strada ai valichi confinari per la valutazione del benessere animale durante i trasporti su strada, in collaborazione con l'U.V.A.C. del Friuli Venezia Giulia	Medici Veterinari	Effettuazione del 100% (indicativamente 5) dei controlli su strada per la verifica del rispetto del benessere animale durante i trasporti per i quali sarà richiesta la collaborazione da parte dell'U.V.A.C. del Friuli Venezia Giulia, entro il 31/12/2019
14. Prosecuzione dell'obiettivo già perseguito nel 2016 per la 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 la valutazione	Medici Veterinari Personale del Comparto	Verifica dell'adeguatezza della check list utilizzata nel 2016 ed eventuale aggiornamento della stessa. Entro il 31/03/2019. Effettuazione di 10 sopralluoghi, con compilazione della check-list (entro il 30/11/2019). Valutazione delle check-list entro 30

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
	dell'adeguatezza dell'affidatario.		giorni dalla compilazione delle stesse e comunicazione dell'esito alla famiglia adottante.

Dipartimento di Prevenzione – S.C. Sanità Animale - S.S. Tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale (SSTISAOA)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
15. Organizzazione del Dipartimento di Prevenzione dell'ASU GI a partire dalla valutazione della situazione esistente nell'ASUITs e nell'AAS 2	<p>1. Produzione di un testo nel quale siano descritti:</p> <ul style="list-style-type: none"> – il contesto in cui opera la Struttura; – l'attività della Struttura, sulla base della normativa vigente e dell'organizzazione storica rispondente al contesto in cui opera; – l'attività corrente e l'attività a forte componente innovativa o di ricerca condotta nell'ultimo quinquennio; – un elenco dei principali strumenti procedurali/ organizzativi utilizzati. <p>2. Una proposta organizzativa dell'attività di competenza della Struttura, che tenga conto degli elementi sopra indicati, nella strutturazione del futuro Dipartimento</p>	Responsabile di Struttura	Produzione della proposta organizzativa e consegna della stessa al Direttore del Dipartimento. Entro il 31/08/2019.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
<p>16. Armonizzazione delle attività del Controllo Ufficiale, con riferimento all'art.8 Reg CE 882-04 e delle specifiche Linee Guida Ministeriali</p>	<p>di Prevenzione dell'ASUGI.</p> <p>1. Approfondimento, mediante la partecipazione a lavori di gruppo, delle disposizioni previste dal Reg CE 625-17 nell'ambito dei controlli ufficiali;</p> <p>2. Revisione di due procedure (controlli ufficiali nella filiera dei molluschi bivalvi e nella filiera delle carni fresche di ungulati domestici) alla luce del Regolamento 625/2017 e al processo di accreditamento dell'ASUITS (Accreditation Canada)</p>	<p>Responsabile di Struttura Dirigenti Veterinari</p>	<p>Redazione ed adozione delle due procedure</p>
<p>17. Rendicontazione per aggiornamento attraverso l'archivio cartaceo presente agli atti, di tutte le imprese alimentari registrate 852/04 di competenza della Struttura (supermercati con vendita/lavorazione di carni e prodotti ittici, macellerie, pescherie, aziende agricole, agriturismi, depositi all'ingrosso a prevalenza di prodotti di origine animale)</p>	<p>Estrapolazione dei dati presenti in cartaceo di ogni singola attività registrata, quale indirizzo, tipologia di attività (vendita, lavorazione/vendita), numero di registrazione, delle imprese alimentari presenti nell'archivio cartaceo della SSTISAOA</p>	<p>Tecnico della Prevenzione</p>	<p>Elaborazione di un file aggiornato (foglio elettronico, ec. MS Excel), con dati riferiti su singoli fogli, uno per ogni tipologia di attività, nei quali verranno riportate ed elencate tutte le attività (imprese alimentari) di competenza della SSTISAOA al fine di mantenere costantemente e facilmente aggiornate le attività in essere e le variazioni delle stesse. Nel file saranno presenti indirizzo, tipologia di attività, numero di registrazione e per le pratiche dalle quali sarà possibile ottenere il dato, le date delle ultime ispezioni effettuate</p>

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

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
<p>18. Organizzazione del Dipartimento di Prevenzione dell'ASU GI a partire dalla valutazione della situazione esistente nell'ASUITS e nell'AAS 2</p>	<p>1. Produzione di un testo nel quale siano descritti:</p> <ul style="list-style-type: none"> – il contesto in cui opera la Struttura; – l'attività della Struttura, sulla base della normativa vigente e dell'organizzazione storica rispondente al contesto in cui opera; – l'attività corrente e l'attività a forte componente innovativa o di ricerca condotta nell'ultimo quinquennio; – un elenco dei principali strumenti procedurali/ organizzativi utilizzati. <p>2. Una proposta organizzativa dell'attività di competenza della Struttura Complessa, che tenga conto degli elementi sopra indicati, nella strutturazione del futuro Dipartimento di Prevenzione dell'ASUGI.</p>	<p>Responsabile di Struttura</p>	<p>Produzione della proposta organizzativa e consegna della stessa al Direttore del Dipartimento. Entro il 31/08/2019.</p>
<p>19. Ottenimento della qualificazione ministeriale per l'effettuazione di analisi su campioni di aria con tecnica MOCF (MOCF Aria).</p>	<p>1. Formazione ed addestramento del personale di laboratorio addetto all'analisi microscopica sulla lettura dei filtri.</p>	<p>Responsabile S.S.Igiene Tecnica del Lavoro Tecnico sanitario di laboratorio biomedico</p>	<p>Iscrizione del Laboratorio fibre dell'ASUI TS nella Lista 1 del Ministero della Salute, contenente i laboratori in possesso dei requisiti minimi per le attività di campionamento e analisi</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
	2. Revisione del protocollo di laboratorio. 3. Completamento delle pratiche di qualificazione del Laboratorio fibre aziendale presso il Ministero della Salute.		che hanno superato positivamente i programmi di qualificazione, per le analisi "MOCF Aria".
20. Tutela della salute dei dipendenti di aziende che effettuano bonifiche dall'amianto. Corretta sorveglianza sanitaria per gli operatori delle stesse	1. Selezione delle aziende che effettuano bonifiche dall'amianto, sulla base delle notifiche preliminari ex art. 250 del D. lgs. 81/08. 2. Verifica delle informazioni disponibili nei database correnti (INAIL e MeLa). 3. Acquisizione documentale. 4. Eventuali incontri tecnici e sopralluoghi. 5. Eventuali atti dispositivi/prescrittivi.	Dirigenti medici	Verifica della correttezza della sorveglianza sanitaria in 12 aziende che effettuano le bonifiche di amianto.
21. Prevenzione del rischio chimico in aziende a rischio di incidenti rilevanti	1. Individuazione delle attività industriali a rischio di incidenti rilevanti connessi con agenti chimici pericolosi 2. Studio del processo produttivo 3. Analisi delle schede di sicurezza degli agenti chimici pericolosi 4. Sopralluogo valutativo	Dirigente Ingegnere	1. Codifica del processo di intervento mirato alla prevenzione del rischio chimico in aziende ad rischio di incidenti rilevanti: flow chart di intervento 2. Almeno un'azienda a rischio di incidenti rilevanti connessi con agenti chimici pericolosi visitata secondo la flow chart elaborata

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
	5. Eventuali azioni di miglioramento della gestione del rischio chimico e prescrizioni/disposizioni		
22. Prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali in aziende industriali non oggetto di vigilanza negli ultimi cinque anni attraverso azioni di assistenza/monitoraggio.	1 Definizione di un percorso di assistenza-monitoraggio aziendale con utilizzo di una specifica check list finalizzata alla mappatura dei rischi più importanti. 2 Verifica dell'efficacia dell'intervento	Personale di comparto	1. Assistenza-monitoraggio con accesso in Azienda in 20 aziende 2. Verifica dell'efficacia in 10 aziende già oggetto di monitoraggio nel 2018 o nel 2019
23. Garantire l'adeguamento dei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani ai requisiti di legge relativi alla sicurezza sul lavoro	1 Definizione di un percorso di assistenza-monitoraggio aziendale con utilizzo di una specifica check list finalizzata alla mappatura dei rischi più importanti. 2 Verifica dell'efficacia dell'intervento	Personale di comparto	30 strutture valutate

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

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
24. Organizzazione del Dipartimento di Prevenzione dell'ASU GI a partire dalla valutazione della situazione esistente nell'ASUITs e nell'AAS 2	1. Produzione di un testo nel quale siano descritti: – il contesto in cui opera la Struttura; – l'attività della Struttura, sulla base della normativa vigente e	Responsabile di Struttura	Produzione della proposta organizzativa e consegna della stessa al Direttore del Dipartimento. Entro il 31/08/2019.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
	<p>dell'organizzazione storica rispondente al contesto in cui opera;</p> <ul style="list-style-type: none"> – l'attività corrente e l'attività a forte componente innovativa o di ricerca condotta nell'ultimo quinquennio; – un elenco dei principali strumenti procedurali/ organizzativi utilizzati. <p>2. Una proposta organizzativa dell'attività di competenza della Struttura, che tenga conto degli elementi sopra indicati, nella strutturazione del futuro Dipartimento di Prevenzione dell'ASUGI.</p>		
<p>25. Analisi dei carichi di lavori per le verifiche degli ascensori nelle province di Trieste e Gorizia con particolare riguardo allo stato delle richieste formalmente accettate</p>	<p>Individuazione della distribuzione delle verifiche e degli incarichi conferiti al servizio (mediante recupero del numero protocollo della richiesta) per le verifiche di ascensori con aggiornamento della situazione in relazione a verifiche eseguite, revocate o in ritardo.</p>	<p>Responsabile di Struttura</p>	<p>Creazione di un data base dei carichi di lavoro per la verifica di ascensori con l'evidenza di quelli per i quali l'incarico è stato assunto formalmente (indicazione numero protocollo) ed analisi aggiornata delle posizioni (Situazioni regolari, incerte o revocate).</p>
<p>26. Analisi dei carichi di lavori per le verifiche degli ascensori nelle province di Trieste e Gorizia con particolare riguardo allo stato delle richieste formalmente accettate</p>	<p>Individuazione di un lotto di verifiche di ascensori critiche da accertare od eseguire in via prioritaria tra quelle con incarico formalmente conferito.</p>	<p>Collaboratore Tecnico Professionale - ingegnere</p>	<p>Valutazione e/o esecuzione di almeno 110 verifiche e posizioni tra quelle con richiesta di verifica protocollata dando priorità a quelle in ritardo.</p>
<p>27. Miglioramento della sicurezza degli</p>	<p>Predisposizione di un modello base per il "registro di manutenzione e</p>	<p>Tecnici della prevenzione</p>	<p>Creazione di un modello di registro con relativa check-list dei controlli e</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
impianti elettrici in bassa tensione nei luoghi di lavoro secondo la normativa di sicurezza e buona tecnica vigente (D.L.vo 81/08; DPR 462/ 01; norme CEI 64-08 e 0-10)	verifiche degli impianti elettrici” e relative incombenze ad uso dell’utenza		prove da eseguirsi sugli impianti elettrici con riferimento agli obblighi/disposizioni di cui alla normativa vigente.
28. Aggiornamento dei dati d’archivio per la fatturazione elettronica	Recupero, mediante richiesta all’utenza, dei dati per la fatturazione elettronica (codice univoco, intermediario etc.) delle prestazioni (da comunicare a completamento delle proposte di fatturazione all’ufficio contabilità)	Personale del Comparto	Richiedere, reperire ed elaborare una lista di almeno 110 indirizzi/codici per le necessità contabili della fatturazione elettronica

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

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
29. Ottimizzazione della gestione di beni e strumentazione in carico alla struttura	Creazione di un registro informatizzato mirato alla: Verifica della corretta documentazione relativa alla strumentazione in carico alla Struttura; Verifica della corretta manutenzione della Strumentazione; Verifica periodica dell’efficienza/taratura della strumentazione con eventuale invio al centro di assistenza competente;	Responsabile di Struttura	Creazione del registro, organizzazione formale della implementazione dello stesso.
30. Gestione delle informazioni relative alle malattie trasmesse dalla zecca con	1. Incontri informativi con i dirigenti, i preposti ed i lavoratori forestali della	Dirigenti medici	1. 5 incontri informativi con dirigenti, preposti e lavoratori forestali;

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
interventi di prevenzione mirata	Regione Friuli Venezia Giulia. 2. Registrazione degli infortuni da morso di zecca, riportando anche l'area geografica in cui è occorso l'infortunio. 3. Monitoraggio anticorpale e dello stato clinico degli infortunati		2. Segnalazione all'INAIL di tutti gli infortuni occorsi con l'indicazione dell'area geografica in cui è occorso l'infortunio 3. Monitoraggio anticorpale e dello stato clinico di tutti i casi segnalati
31. Promozione della salute e prevenzione del rischio cardio vascolare nei lavoratori ultracinquantenni	Accertamenti di I livello con calcolo del rischio cardiovascolare Eventuale accertamenti di II livello presso centro specialistico	Personale del Comparto	50 lavoratori ultracinquantenni valutati
32. Miglioramento della sorveglianza sanitaria dei dipendenti della Regione FVG	1 Creazione di uno scadenziario delle visite mediche preventive/periodiche, aggiornato in tempo reali con i dati ricavati dall'organigramma regionale. 2. Registrazione dei risultati della sorveglianza sanitaria nel programma aziendale ASUITs	Personale del Comparto	1. Predisposizione dello scadenziario sulla base dell'archivio gestionale Q81 della Regione Friuli Venezia Giulia; 2. 100% delle visite effettuate registrate nel programma ASUITs

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

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
33. Organizzazione del Dipartimento di Prevenzione dell'ASU GI a partire dalla valutazione della situazione esistente nell'ASUITs e nell'AAS 2	1. Produzione di un testo nel quale siano descritti: – il contesto in cui opera la Struttura;	Responsabile di Struttura	Produzione della proposta organizzativa e consegna della stessa al Direttore del Dipartimento. Entro il 31/08/2019.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
	<ul style="list-style-type: none"> – l'attività della Struttura, sulla base della normativa vigente e dell'organizzazione storica rispondente al contesto in cui opera; – l'attività corrente e l'attività a forte componente innovativa o di ricerca condotta nell'ultimo quinquennio; – un elenco dei principali strumenti procedurali/ organizzativi utilizzati. <p>2. Una proposta organizzativa dell'attività di competenza della Struttura Complessa, che tenga conto degli elementi sopra indicati, nella strutturazione del futuro Dipartimento di Prevenzione dell'ASUGI.</p>		
34. Sicurezza alimentare e nutrizionale: attività integrata di promozione salute, prevenzione e controllo	Verifica del rispetto delle linee guida sulla ristorazione collettiva mediante l'applicazione del menù approvato nelle case di riposo	Personale del Comparto	Almeno 10 strutture per anziani visitate entro
35. Miglioramento delle attività del Controllo Ufficiale, con riferimento all'art. 54 Reg CE 882-04 e delle specifiche Linee Guida Ministeriali	<p>1. Analisi, mediante lavori di gruppo, delle indicazioni contenute nel Reg CE 625-17;</p> <p>2. Revisione di due procedure (allerte e gestione reclami) alla luce del Regolamento 625/2017 e al processo di accreditamento dell'ASUITS (Accreditation Canada)</p>	Personale del Comparto	Redazione di due procedure entro il 30/11/2019 ed adozione delle stesse a partire da tale data.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
36. Sicurezza alimentare e nutrizionale: attività integrata di promozione salute, prevenzione e controllo	Predisposizione di una bozza del Regolamento sui provvedimenti amministrativi di competenza della SCIAN da proporre al Direttore del Dipartimento di Prevenzione per l'approvazione	Tecnici della Prevenzione	Stesura del regolamento e trasmissione al Direttore di Dipartimento entro il 30/11/2019

Dipartimento di Prevenzione - S.C. Accertamenti Clinici e Legali per Finalità Pubbliche

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
37. Aumento delle ore di ambulatorio per la predisposizione delle certificazioni sanitarie del medico monocratico (porto arma, cessione 5°, adozioni internazionali, ecc.)	1 Istituzione nuove sedute visite ambulatoriali 2 Aggiornare calendario appuntamenti con CUP	Dirigenti Medici	Aumento numero ore settimanali di ambulatorio da 12 a 14.
38. Contenimento dei tempi di attesa delle visite per invalidità civile.	Aumentare il numero di visite e, se necessario, il numero di sedute.	Personale di comparto	Tempo medio di attesa nel mese di dicembre 2019 entro i 60 giorni.
39. Garanzia delle visite per le parenti di guida a fronte del rinnovo della Commissione	Condivisione di nuove procedure organizzazione relative a spazi e calendario	Personale di comparto	Adozione delle procedure e del calendario entro il 30/09/2019

Dipartimento di Prevenzione - S.C. Accertamenti Clinici e Legali per Finalità Pubbliche - S.S. Deontologia e Responsabilità Professionale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
40. Organizzazione del Dipartimento di	1. Produzione di un testo nel quale siano	Responsabile di Struttura	Produzione della proposta organizzativa e consegna della stessa

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
Prevenzione dell'ASU GI a partire dalla valutazione della situazione esistente nell'ASUITs e nell'AAS 2	descritti: – il contesto in cui opera la Struttura; – l'attività della Struttura, sulla base della normativa vigente e dell'organizzazione storica rispondente al contesto in cui opera; – l'attività corrente e l'attività a forte componente innovativa o di ricerca condotta nell'ultimo quinquennio; – un elenco dei principali strumenti procedurali/ organizzativi utilizzati. 2. Una proposta organizzativa dell'attività di competenza della Struttura Complessa, che tenga conto degli elementi sopra indicati, nella strutturazione del futuro Dipartimento di Prevenzione dell'ASUGI.		al Direttore del Dipartimento. Entro il 31/08/2019.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA TERRITORIALE

Dipartimento di Assistenza Territoriale (DAT)

SC Gestione Prestazioni Sanitarie Progettazione Attività Sociosanitarie

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Riorganizzazione servizio CUP aziendale	1. Analisi dell'attuale organizzazione del servizio CUP aziendale OM, OC e Farneto 2. Presentazione al Direttore del DAT di una proposta riorganizzativa che tenga conto della riduzione del costo dell'1% relativo al personale strutturato	Dirigente S.C. GPSPAS Paoletti Flavio	1. Entro marzo 2019 produzione di un report di analisi relativamente alle risorse, al numero degli sportelli, alle sedi e al modello erogativo. 2. Entro maggio 2019 invio della proposta riorganizzativa che tenga conto della riduzione del costo dell'1% relativo al personale strutturato. 3. Entro dicembre 2019 report di avanzamento del progetto, se approvato dalla Direzione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
2. Monitoraggio e contenimento della spesa sanitaria	Analisi prestazioni di ricovero e ambulatoriali per assistiti ASUITS e rispetto accordi ASUITS - Strutture private accreditate	Dirigente Medico Maddalena Grella SSVSPP	Produzione entro l'anno di 2 report: uno relativo all'anno 2018 e l'altro relativo ai 3 trimestri anno 2019 entro il 31.12.2019.
3. Monitoraggio della fuga ER e contenimento della spesa sanitaria	Analisi della fuga extraregione (ER) per prestazioni di ricovero per assistiti ASUITS.	Dirigente Medico Maddalena Grella e Personale di Comparto SSVSPP	Produzione di un report analitico di fuga extraregione 2018 e confronto anni precedenti, subordinato alla trasmissione dei dati ufficiali da parte della Regione
4. Monitoraggio della fuga ER e contenimento della spesa sanitaria	Analisi della fuga extraregione (ER) per prestazioni ambulatoriali per assistiti ASUITS.	Dirigente Medico Maddalena Grella e Personale di Comparto SSVSPP	Produzione di un report analitico di fuga extraregione 2018 e confronto anni precedenti, subordinato alla trasmissione dei dati ufficiali da parte della Regione
5. Rispetto dei tempi di attesa: <i>Linee annuali G.S.S.e S.S.R. anno 2019</i> acquisto di prestazioni specialistiche per classi di priorità dalle strutture private accreditate.	1. Valutazione delle tempistiche erogative (tempi di attesa) per le prestazioni di specialistica ambulatoriale rispetto all'elenco delle prestazioni ministeriali e regionali soggette a monitoraggio. 2. Definizione delle commesse da concordare con le strutture private accreditate. 3. Stipula degli accordi da adottare per l'anno 2019, in relazione alla DGR n. 42/2017	Adeli Mattiussi S.S. GCMGS SCGPSPAS - DAT	1. Entro il 30 maggio, predisposizione e valutazione del report sui tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per la definizione delle commesse. 2. Entro il 30 giugno, definizione delle commesse e predisposizione dei tetti economici e dei volumi prestazionali da concordare con gli erogatori privati accreditati per l'accordo annuale. 3. Entro il 30 ottobre, pianificazione e sottoscrizione degli accordi contrattuali per l'anno 2019.
6. Piano dei Tempi di attesa 2019	Predisposizione della proposta del Piano dei Tempi di attesa 2019 entro giugno 2019	Dirigente Medico Cristina Zappetti	Evidenza della proposta Piano dei Tempi di Attesa 2019 inviato al Direttore DAT e Direttore DAO e

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			Direzione Strategica
7. Libera Professione	Monitoraggio % prenotazione delle prestazioni	comparto Gestione offerta ambulatoriale	Evidenza di report quadrimestrale per singolo professionista
8. Libera Professione	Monitoraggio degli incassi tramite G3 per la libera professione	comparto Gestione offerta ambulatoriale	Evidenza di report mensili per singolo professionista
9. Ottimizzazione dell'offerta specialistica ambulatoriale da privato accreditato in relazione ai tempi di attesa	1. Definizione delle commesse sulla base delle proposte della gestione offerta ambulatoriale e sulla base della trattativa con le Associazioni rappresentative 2. Produzione di un report sull'erogato	comparto Gestione offerta ambulatoriale	Evidenza di report quadrimestrale per singola Struttura
10. Esecuzione regolare del contratto di "Affidamento del servizio di prelievi domiciliari estemporanei" da parte dell'esecutore	1. Verificare e autorizzare mensilmente il pagamento delle fatture con il dettaglio dei prelievi effettuati 2. Indire riunioni di raccordo con il personale della Ditta e i Responsabili Infermieristici dei Distretti	Antinori Armanda	1. Monitorare mensilmente il costo del servizio erogato che non dovrà superare i 38.688,00€ più IVA 5% 1.934,40€, per un totale complessivo di Euro 40.622,40€ per il periodo 03/12/2018 - 02/12/2019 2. Indire almeno due riunioni annuali entro il 31.12.2019
11. Anagrafe sanitaria	1. Mantenere aggiornata l'anagrafe sanitaria verificando gli assistiti in base ai dati del monitoraggio delle lettere inesitate 2. Aggiornamento/cancellazione medico MMG su trasferiti e personale navigante	Armanda Antinori Rita Barbella Rosaria Candiano	Effettuazione del 100% delle modifiche dell'anagrafe sanitaria derivanti dall'analisi delle lettere inesitate

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
12. Produrre una semplificazione organizzativa a garanzia della maggiore correttezza della prenotazione ed esecuzione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in Oculistica	Promozione di riunioni periodiche tra i Responsabili Infermieristici/Dirigenti Medici/altri Operatori della SC Cl. Oculistica e del CUP per l'analisi delle criticità e la condivisione di soluzioni Elaborazione di procedura finalizzata alla corretta prenotazione dell'esame specialistico prescritto	Responsabile e personale CUP In comune con SC Clinica Oculistica	Formalizzazione della procedura entro il 31 dicembre 2019
13. Riorganizzazione Servizio Esenzioni Ticket per status e reddito presso le sedi di Aurisina ed Opicina	1. Analisi dell'attuale organizzazione 2. Stesura proposta riorganizzativa 3. Stesura report	Personale comparto CUP	1. Entro giugno 2019 produzione di un report di analisi relativamente alle risorse ed all'orario (modello erogativo). 2. Entro settembre 2019 invio della proposta riorganizzativa che tenga conto del personale a rotazione. 3. Entro dicembre 2019 report di avanzamento del progetto, se approvato dalla Direzione.
14. Riorganizzazione registrazioni pagamenti di prestazioni sanitarie tramite bonifici nel programma CUPWEB	1. Analisi dell'attuale organizzazione 2. Stesura della procedura	Millo Gabriella – Marchesan Antonella – Moro Sabrina – Nemaz Barbara	1. Entro maggio 2019 produzione della procedura. 2. Entro settembre 2019 sperimentazione del modello individuato. 3. Entro dicembre 2019 messa a regime dello stesso.
15. Esternalizzazione di n. 3 postazioni CUP e ritiro referti presso la sede dell'Osp.	Studio di fattibilità e sostenibilità (economica)	Personale comparto CUP	1. Entro marzo 2019 produzione di un report di analisi relativamente al

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Maggiore			modello erogativo. 2. Entro maggio 2019 invio della proposta riorganizzativa comprensiva della definizione dei percorsi formativi indirizzati al personale esterno. 3. Entro dicembre 2019 report di avanzamento del progetto, se approvato dalla Direzione.
16. Gestione del rapporto con le strutture convenzionate	1. Analisi della normativa relativa agli accordi con le strutture private accreditate convenzionate comprensiva delle risorse sovraziendali 2. Redigere la bozza dei decreti di presa d'atto degli accordi con le strutture private accreditate convenzionate da presentare alla Direzione	dott.ssa Marta Dalla Costa	1. Entro marzo 2019 2. Redazione bozze decreti di presa d'atto degli accordi con le strutture private accreditate convenzionate

Obiettivo generale 2019	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Direzione			
<p>1. Sviluppare la continuità clinico/assistenziale e la presa in carico comune territorio/ospedale/territorio: azioni di programmazione nell'ottica della costruzione di un sistema di salute</p>	<p>Prosecuzione delle progettualità di lavoro integrate ospedale – territorio (2017-2018):</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Polifarmacoterapia/ appropriatezza prescrittiva b. Nutrizione artificiale c. Rete delle cure palliative 	<p>Obiettivo in comune: Distretti 1,2,3,4 Medicina Interna Clinica Medica Medicina Clinica Dott. Cocchi (per indicatore 2.b)</p> <p>In collaborazione con Assistenza Farmaceutica</p>	<p>a.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. L' 80 % delle persone dimesse dalle medicine con più di 75 anni ha in terapia meno di 9 principi attivi. 2. Le persone con più di 75 anni dimesse dalle medicine con più di 8 farmaci vengono segnalate ai distretti. 3. attivazione di valutazioni multidisciplinari, delle persone al punto 2, con il fine di valutare a distanza possibile riduzione dei principi attivi. <p>b.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. almeno 80% delle persone con indicazione a Nutrizione Artificiale (NA) devono essere segnalate ai Distretti 72 ore prima della dimissione dall'Ospedale. 2. valutazione del 100% degli assistiti segnalati per avvio percorsi di NA. <p>c.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Segnalazione nei percorsi di continuità assistenziale di tutte persone con prognosi infausta. 2. Elaborazione di modello organizzativo proattivo di presa in carico.
Servizi Amministrativi			
<p>2. Monitorare la corretta tenuta delle</p>	<p>1. Creazione di un archivio</p>	<p>Paissan Giuseppina</p>	<p>1. Archivio informatizzato presente al</p>

Obiettivo generale 2019	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>credenziali di accesso ai programmi informatici al fine di ridurre il numero di richieste reset al sistema informatico.</p>	<p>informatizzato delle credenziali fornite agli operatori 2. Avvisi mensili a tutti gli operatori di verifica della validità delle credenziali di accesso ai programmi informatici. 3. Verifica dell'appropriatezza della richiesta con eventuale risoluzione in sede.</p>		<p>31.03.2019 2. Report trimestrale degli avvisi di verifica 3. Report trimestrale verifica appropriatezza</p>
<p>3. Effettuazione dei controlli a campione sulle autocertificazioni rilasciate dai cittadini nell'ambito delle attività amministrative distrettuali</p>	<p>1. Individuazione delle autocertificazioni acquisite in Distretto ai fini dei controlli sulla veridicità di quanto dichiarato 2. Controlli e verifiche per almeno il 20% delle autocertificazioni individuate nel periodo dal 01.03.19 al 31.12.19; 3. Predisposizione di un report dei controlli svolti nel periodo 01.03.2019 - 31.12.2019</p>	<p>Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 1 In comune con D2, D3 e D4</p>	<p>Presenza di un report distrettuale che rilevi il numero dei controlli svolti sulle autocertificazioni individuate nel periodo 01.03.2019-30.11.2019.</p>
<p>4. Semplificazione dei controlli sull'assistenza programmata erogata dai MMG in applicazione DPR 484/96 art.39 c1 e A.I.R./97 nelle residenze protette del Distretto n.1 ai fini della liquidazione dei compensi</p>	<p>1. Creazione di un file da aggiornare mensilmente con elenco MMG operanti in struttura protetta, numero rispettivo di pazienti assistiti e relativo orario dovuto di presenza settimanale. 2. verifica dell'aderenza dei MMG alle indicazioni degli Accordi regionali e aziendali sull'assistenza programmata in struttura protetta</p>	<p>Valentin Carolina</p>	<p>1. Creazione file entro il 31.03.2019, con i seguenti dati aggiornati mensilmente, di due strutture protette del D1: nomi dei MMG con assistenza programmata, numero rispettivo pazienti in assistenza programmata, n.ore dovute di presenza /settimana. 2. Report trimestrale espletamento assistenza programmata nelle due</p>

Obiettivo generale 2019	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			strutture protette monitorate Fonte: fogli riepilogativi mensili per la liquidazione dei compensi inviati dai MMG
5. Applicazione di uno schema tipo di convenzione condiviso tra l'ASUITs e l'A.S.S. 2, per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra Azienda sanitaria ed Ente gestore di residenza per anziani non autosufficienti, per le nuove convenzioni predisposte nel corso del 2019	1. Analisi dello schema tipo di convenzione regionale (bozza), trasmessa con nota prot. n. 0003302/P del 05.02.2019 della Regione F.V.G. 2. Predisposizione, attraverso integrazioni e modifiche della bozza regionale, di uno schema convenzionale unico per l'ASUITs e l'ASS 2, che tenga conto delle esigenze del territorio e di eventuali specifiche situazioni, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente 3. Approvazione dello schema tipo convenzionale unico entro il 31.05.2019 e comunque prima della stipula delle nuove convenzioni	Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 1 In comune con D2, D3 e D4	Presenza dello schema tipo convenzionale unico per l'ASUITs e l'A.S.S. 2, entro il 31.05.2019 e comunque prima della stipula delle nuove convenzioni. Applicazione dello stesso per le nuove convenzione predisposte nel corso del 2019
SSD Servizio Infermieristico Distrett.			
6. 3.2.1.2 Attività distrettuali a supporto delle cure di lungo termine (<i>"Chronic Care Model"</i>) Ricomposizione della frammentarietà dell'offerta assistenziale, attraverso <u>una revisione dei percorsi</u> per tutte quelle situazioni di complessità clinica e assistenziale legate alla comorbidità e	1. Censimento dei servizi/attività/PDPA/ Reti in essere presso ASUITs al 31.12.2018 2. Rilettura ed aggiornamento dei percorsi assistenziali ritenuti strategici per il miglioramento delle situazioni legate a comorbidità e polipatologia	Dirigente Infermieristico Ianderca Barbara	Al 30/09/2019 evidenza elenco dei documenti reperiti e Entro 31.12.2019 almeno 1 percorso assistenziale di miglioramento applicato Report conclusivo

Obiettivo generale 2019	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
alla polipatologia, in cui l'applicazione dei PDTA monopatologia non garantisce la soddisfazione dei bisogni di salute della persona.			
7. 3.1.7. Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)	Implementazione dei gruppi di cammino rivolti alla popolazione adulta e anziana delle microaree del distretto (target patologie <i>long term</i> : prevenzione, gestione)	SSD Servizio Infermieristico Distrettuale Microaree In collaborazione con la SSD Riabilitazione e col il reparto di Nefrologia	Mantenimento dei gruppi esistenti ed implementazione di almeno 1 ulteriore gruppo per distretto.2. Report dell'attività svolta al 31/12 con evidenza di n. uscite, destinazione e persone partecipanti.
8. LINEE DI GESTIONE REGIONALI 2019 3.1.3. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP) 3.1.15. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive	Sensibilizzazione della popolazione residente nella Microarea rispetto a: - vaccinazioni (area minori; area anziani) - programmi di screening a) diffusione alle persone del materiale illustrativo presente in ASUITs (dépliant, brochure) b) incontri di comunità con esperti sui singoli argomenti c) sostegno alle persone fragili nei percorsi	Personale operante nella Microarea	1. 100% dei nuovi conosciuti ha avuto il materiale informativo 2. Almeno 2 incontri di comunità 3. 100% delle persone riconosciute fragili ha un percorso di sostegno
SC Tutela Salute Adulti e Anziani			
SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari			
9. Linea 3.2.1.2. Attività distrettuali a supporto delle cure di lungo termine Sviluppare la continuità clinico/assistenziale e la presa in carico comune territorio/ospedale: azioni di programmazione nell'ottica della costruzione di un sistema di salute	1. Creazione di rete multispecialistica dedicata a dimissioni assistite nel territorio, con attenzione all'aderenza del paziente al percorso di cura personalizzato e dell'operatore sanitario alle evidenze scientifiche. 2. Condivisione con il servizio	dr.ssa Antonella Benedetti	1. Valutazione della lettera di dimissione ospedaliera unitamente alla successiva valutazione infermieristica nel 100% dei casi trasmessi dal personale del comparto afferente alla S.C. Tutela Salute Adulti e Anziani per le persone di cui al punto 1 lettera a) dell'obiettivo n.10.

Obiettivo generale 2019	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>infermieristico della documentazione sanitaria disponibile in Distretto n.1 dopo la valutazione infermieristica domiciliare /ambulatoriale delle persone dimesse dai reparti di Medicina di cui all'obiettivo n.10 punto 1 a) (persone di età superiore a 75 anni in polifarmacoterapia con almeno 9 farmaci) per valutazione dell'aderenza del paziente e dell'appropriatezza prescrittiva di farmaci in relazione al quadro clinico.</p> <p>3. Confronto con il MMG/ specialista in caso di assunzione inappropriata dei farmaci o di prescrizione difforme rispetto a quanto indicato nelle linee guida sulle principali patologie cronico-degenerative.</p> <p>4. Stesura di report dell'attività svolta nel primo trimestre al 30/6/19</p> <p>5. Stesura di report conclusivo sull'attività svolta entro il 31/12/2019</p>		<p>2. Condivisione con il personale del comparto S.C. Tutela Salute Adulti e Anziani nel 100% dei casi valutati e anche con il MMG/specialista, in caso di assunzione inappropriata o di prescrizione difforme dalle Linee guida sulle principali patologie cronico-degenerative.</p> <p>Report dell'attività svolta nel primo semestre redatto entro il 30/6/19</p> <p>Report conclusivo redatto entro il 31/01/20</p>
<p>10. LINEE DI GESTIONE REGIONALI 2019 3.2.1.2 Attività distrettuali a supporto delle cure di lungo termine 3.5.7. Erogazione dei livelli di assistenza Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65</p>	<p>1. Valutazione delle persone dimesse dai reparti di medicina e rientranti nelle seguenti categorie:</p> <p>a) Persone con età > di 75 anni e con più di 8 farmaci;</p> <p>b) Persone con indicazione a Nutrizione Artificiale;</p>	<p>Tutto il personale del comparto S.C. Tutela Salute Adulti e Anziani (S.S. cure ambulatoriali e domiciliari S.S. anziani e residenze)</p> <p>In collaborazione con il DAI di Medicina</p>	<p>1. Valutazione del 100% dei casi segnalati come da azione (a; b; c)</p> <p>2. Attivazione del percorso personalizzato nelle persone che lo necessitano Report casistica finale</p>

Obiettivo generale 2019	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
anni Servizio di Continuità Assistenziale Ospedale-Territorio. Progetto distrettualizzazione del DAI di Medicina	c) Persone con prognosi infausta 2. Attuazione di quanto stabilito nella valutazione		
11. Mantenimento standard qualità come da accreditamento Canadian	1. Evidenza degli scostamenti emersi dallo standard oro Accreditation Canada 2. Predisposizione piani di miglioramento 3. Applicazione di almeno 1 piano di miglioramento per percorso accreditato	Tutto il personale sanitario e tecnico del distretto	1. Un incontro distrettuale entro 30/09/2019 con evidenza dell'analisi degli standard e relativi scostamenti dal livello oro 2. Evidenza scritta dei piani di miglioramento proposti entro 30/10/2019 3. Evidenza dell'applicazione di un piano di miglioramento per percorso entro 31/12/2019
12. 3.2.1 ASSISTENZA DISTRETTUALE 3.2.1.1 Assistenza primaria 3.2.1.2 Attività distrettuali a supporto delle cure di lungo termine 3.2.1.2.2 Scopenso cardiaco 3.2.1.2.3 BPCO Progetti attinenti le attività clinico assistenziali; Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale. Rafforzamento del raccordo tra ospedale e territorio	1. Sviluppo del servizio di continuità assistenziale h-t 2. Analisi dei punti critici e programmazione delle azioni correttive 3. Analisi dei risultati delle azioni correttive e report conclusivo	Dirigente Infermieristico e P.O. della SCTSAA In collaborazione con i dirigenti infermieristici e PP.OO. dei Distretti 1,3,4 e la Direzione Infermieristica Aziendale	1. Almeno 10 incontri/audit tra responsabili infermieristici h-t 2. Piano di miglioramento che tenga conto delle criticità individuate 3. Relazione con evidenza delle azioni correttive
SS Anziani e Residenze			
13. Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per	1. A seguito dell'introduzione del programma MAGREP per la	Responsabile SS Anziani e Residenze. Dott. Vladimir Selmo	1. Evidenza di almeno 1 incontro con ciascun MMG operante nelle tre

Obiettivo generale 2019	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
anziani.	prescrizione dei farmaci, attivazione di modalità prescrittive omogenee da parte dei MMG operanti nelle strutture residenziali per anziani convenzionate al fine di utilizzare correttamente il programma ed ottimizzare le risorse. 2. Verifica a campione in tutte le strutture residenziali per anziani convenzionate della corretta tenuta del foglio terapia e del diario clinico per ciascun MMG che ha attivato l'assistenza nelle 3 strutture (Stuparich, Ieralla, Gentilomo).		strutture convenzionate (Stuparich, Ieralla, Gentilomo) al fine di omogeneizzare le modalità prescrittive per il corretto utilizzo del programma MAGREP e di ottimizzare le risorse. 2. Evidenza di verifica di almeno 10 fogli terapia e diari clinici per ciascun MMG che ha attivato l'assistenza (in caso di un numero di assistiti inferiore a 10, valutati tutti) nelle 3 strutture convenzionate (Stuparich, Ieralla, Gentilomo)
14. 3.3.2.1.4. MONITORAGGIO E PROMOZIONE DELLA QUALITA' ALL'INTERNO DELLE RESIDENZE PER ANZIANI. Tutte le Aziende proseguono nelle attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni precedenti e realizzano almeno due visite di audit approfondite. Ciascuna Azienda provvede inoltre a redigere e trasmettere alla Direzione Centrale competente entro il primo semestre del 2019, una relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente.	Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani.	S.S. Anziani e Residenze del Distretto 1 Cimador Fabio.	1. Realizzare 2 visite di audit approfondite presso le strutture residenziali. 2. Redigere e trasmettere, entro il primo semestre 2019, al Direttore socio-sanitario una relazione delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente.
15. 3.1.8 PREVENZIONE INCIDENTI	Applicazione del protocollo (Prot. SCACML 2961/17) per	Dott.ssa Luisa Besanzini (Psicologa)	Tutti i casi segnalati dalla SCACML al Distretto 1 sono stati valutati secondo

Obiettivo generale 2019	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
STRADALI (PROGRAMMA VI PRP). Consolidamento, coerentemente con il Piano regionale della Prevenzione della rete territoriale, di interventi e iniziative finalizzati alla prevenzione degli incidenti stradali.	l'approfondimento neuropsicologico dell'idoneità alla guida delle persone inviate dalla Commissione patenti.		protocollo.
SSD Riabilitazione			
16. 3.2.2.2 Disabilità Valutazione delle condizioni di vita (in particolare per le problematiche di tipo sanitario) per gli utenti in carico ai Servizi residenziali e semiresidenziali di cui all'art.6 comma 1 della L.R.41/96	Valutazione degli utenti in continuazione con quanto effettuato nel 2017-2018 con le modalità approvate dalla Regione	1. Responsabile SSD Riabilitazione Obiettivo del Dirigente Dr.ssa Sabrina Gasperi 2. Dirigenza SSD Riabilitazione	Almeno il 70% dell'utenza in carico ai Servizi residenziali e semiresidenziali, anche considerando l'utenza già valutata nel 2018 (30%), risulterà valutata al 31/12/2019. (Schede di valutazione approvate dalla Regione)
17. PAL 3.2.1.3 Riabilitazione	Elaborazione di un fascicolo condiviso all'interno della cartella riabilitativa delle persone con problematiche di linfedema (arti superiori, arti inferiori e capo/collo) in esiti di patologie oncologiche trattate chirurgicamente ed afferenti alle strutture riabilitative ospedaliere e territoriali di ASUITs.	Comparto – area riabilitativa adulti	Disponibilità del fascicolo entro il 31/10/2019 Utilizzo dello stesso a partire dal 4/11/2019
18. 3.1.7 Promozione dell'attività fisica	1. Valutazione delle persone segnalate da mmg, strutture distrettuali e/o ospedaliere, continuità assistenziale 2. Inserimento in un gruppo di cammino condotto dai fisioterapisti del distretto 3. Inserimento successivo nei gruppi di cammino già esistenti sul territorio 4.	Comparto – area riabilitativa adulti	1. Valutazione del 90% delle persone segnalate 2. Attivazione di almeno un gruppo di cammino condotto dal fisioterapista (previste 4 uscite con educazione sanitaria) con successiva proposta ai partecipanti di inserimento nei gruppi di cammino già esistenti 3.

Obiettivo generale 2019	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	follow up dei partecipanti entro 6 mesi		Rivalutazione entro 6 mesi dei partecipanti al progetto Report dell'attività svolta al 31/12/2019
SC Bambini, Adolesc., Donne e Fam.			
SSTS Bambini, Adolescenti			
19. 3.5.4. Pediatria - Età evolutiva	Creazione di un gruppo tecnico per la stesura di un progetto integrato ospedale/territorio che definisca le modalità di presa in carico dei minori con necessità riabilitative	Direttore SC Cesarino Zago Obiettivo condiviso con i professionisti SC Riabilitazione Ospedaliera	Evidenza del progetto entro 31/12/2019
20. Linee di gestione 2019. 3.2.2.3 Minori Rivalutazione dei progetti a favore dei minori istituzionalizzati Contrasto all'istituzionalizzazione dei minori. Rivalutazione dei progetti a favore dei minori istituzionalizzati	1. Definizione di procedure di monitoraggio e revisione dei progetti a favore di minori in carico alla SCBADoF inseriti in comunità (educative, miste e terapeutiche intra ed extraregionali). 2. Rivalutazione dei progetti personalizzati a favore dei minori istituzionalizzati in carico e loro monitoraggio.	Vincenza Aiosa	1. Nel primo semestre vengono definite le procedure e individuati gli strumenti di monitoraggio dei progetti a favore dei minori in carico al servizio istituzionalizzati con documento che verrà inviato al capo distretto entro il 30 giugno 2019. 2. Tutti i minori in carico inseriti nelle comunità intra ed extraregionali hanno un progetto personalizzato che viene monitorato. Report esiti applicazione procedure entro il 31/12/2019.
21. Linea 3.2.2.3- Minori- 4 SSTSBA Vengono adottate procedure di accoglienza uniformi per i minori nella fascia d'età 0- 17 anni nelle 4 SS Tutela salute bambino e adolescente	Individuare e adottare procedure di accoglienza uniformi per i minori (0- 17 anni) presso le 4 SS Tutela salute bambino e adolescente distrettuali con accesso su richiesta spontanea.	Coordinatrice Tutto il personale della SSTSBA	1. Elaborazione di un documento che descriva le procedure di accoglienza entro il 30/6/2019. 2. Applicazione delle procedure di accoglienza a tutti i nuovi accessi su

Obiettivo generale 2019	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			richiesta spontanea a partire dal 1/7/2019.
22. Linea 3.2.2.3- Minori- 4 SCBADOF Vengono adottati protocolli valutativi uniformi per i minori nella fascia età 0-17 anni nelle 4 SCBADOF	Attivare e partecipare agli incontri per la definizione di protocolli per la valutazione clinica dei minori nella fascia d'età 0- 17 anni con accesso su richiesta spontanea nelle 4 SCBADOF	Vincenza Aiosa Chiara Terpini Marina Biancotto Alessia Norcio	Elaborazione di un documento che descriva i percorsi di valutazione psicologica definita entro il 30/6/2019. Applicazione del protocollo di valutazione specialistica descritta a almeno il 60% dei nuovi accessi su richiesta spontanea a partire dal 1/7/2019 previo consenso dei genitori o facenti funzioni.
23. Linea 3.2.2.3- Minori- 4 SCBADOF Vengono adottati percorsi e strumenti valutativi definiti e uniformi per i minori nella fascia età 0- 17 anni che accedono alle 4 SCBADOF con problematiche neuro/motorie, malattie rare e cerebrolesioni.	Definire i percorsi e gli strumenti di valutazione dei minori (fascia età 0- 17) che accedono alle 4 SCBADOF per problematiche neuro/motorie.	Fisioterapisti/neuropsicomotricisti SSTSBA Dirigente: Chiara Terpini	Elaborazione di un documento che descriva i percorsi e gli strumenti valutativi entro il 30/6/2019. Applicazione de i percorsi e degli strumenti di valutazione descritti a tutti i nuovi accessi con problematiche neuro/motorie partire dal 1/7/2019 previo consenso dei genitori o facenti funzioni.
24. Linea 3.2.2.3- Minori- 3.2.2.5. Disturbi del comportamento alimentare. Evidenza e monitoraggio delle situazioni in carico con DCA.	Individuazione referente per DCA. Registrazione e monitoraggio delle situazioni in carico alla SSTSBA con problematiche di DCA.	Alessia Norcio	Viene tenuta registrazione delle situazioni in carico con problematica DCA con evidenza del monitoraggio
SS Consultorio familiare			
25. Integrazione ospedale/territorio Individuazione donne a rischio aumentato per carcinoma mammario/ovarico da avviare a	Identificazione dei soggetti a rischio in età < 50 anni attraverso la costituzione di una rete con i 4 distretti (estensione a tutti e 4 i Distretti del progetto già in essere con il D3) e con i servizi	SS Consultorio – comparto Perfetto Teresa (In collaborazione con SSD Oncologia	Organizzazione di incontri informativi con il personale dei Distretti (almeno 1 x ogni Distretto) sul tema dell'alto rischio genetico e non genetico in modo da fornire gli strumenti per

Obiettivo generale 2019	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
percorsi alternativi rispetto a quanto proposto dallo screening regionale	ambulatoriali dell'IRCCS Burlo Garofolo	Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile)	identificare la popolazione a rischio Dal 1 settembre: Il 100% delle donne individuate (consenzienti) avviate al percorso di valutazione del rischio
26. 3.2.2.7. Consultori Familiari Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica	Attivare la presenza dell'ostetrica nella gestione della gravidanza fisiologica	S.S. Consultorio Familiare	1. Ostetrica presente nella gestione di almeno 9 nuove gravidanze fisiologiche 31.12.2019 Fonte dati: sistema informativo Gestione Consultori familiari, cartelle utenza
27. 3.2.2.7. Consultori Familiari Adozioni Protocollo regionale per l'adozione nazionale e internazionale in FVG e relative Linee Guida: Implementazione dell'offerta di informazione e sensibilizzazione per le coppie disponibili all'adozione nazionale e internazionale	Elaborare nuove modalità, in linea con le Linee Guida regionali, di offerta di gruppi di sensibilizzazione e di informazione, rivolti alle coppie interessate/ disponibili all'Adozione	Obiettivo del dirigente: dr.ssa Kinou Wolf - Responsabile S.S. Consultorio Familiare	Un (1) gruppo di informazione e sensibilizzazione realizzato con nuove modalità e secondo Linee Guida regionali
S. S. Centro Diabetologico			
28. 3.2.1.2.1 Diabete mellito Miglioramento della Gestione integrata del diabete in coerenza con DGR 1676/2015	1. Organizzazione di una giornata di formazione per MMG dedicata alla Gestione integrata della malattia diabetica, puntualizzando gli obiettivi da perseguire, gli esami di follow up da eseguire, la prescrizione dell'autocontrollo e la prescrizione AFIR	Dirigenti dei Centri diabetologici Dott.ssa Alessandra Petrucco	1. Corso di formazione realizzato entro dicembre 2019 2. Un incontro di audit per Distretto sanitario realizzato entro il 31/12/2019

Obiettivo generale 2019	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	2. Organizzazione di almeno 1 tavolo di audit clinico in ambito distrettuale, con particolare riferimento al livello di AFT, al fine di valutare le performance individuali e di gruppo e gli scostamenti dai valori definiti dalle linee guida di riferimento.		
29. Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione AFIR di interesse diabetologico	Inserimento nell'80% dei referti medici e infermieristici redatti dal personale medico e infermieristico dei Centri diabetologici di indicazioni precise sulla prescrizione delle strisce per la determinazione della glicemia e sulla modalità di esecuzione dell'autocontrollo	Tutto il personale della S.S. Centro diabetologico	I referti medici e infermieristici redatti dal personale medico e infermieristico dei Centri diabetologici da aprile 2019 contengono indicazioni precise sulla prescrizione delle strisce per la determinazione della glicemia e sulla modalità di esecuzione dell'autocontrollo Fonte dati: cartelle dei pazienti e cartella elettronica
30. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni
31. Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-21	il Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza TPCT prevede l'aggiornamento della mappatura dei processi e dei procedimenti e la conseguente valutazione/rivalutazione del rischio per tutte le strutture aziendali. Nel corso del 2018 l'attività è stata svolta, come da Piano, per le strutture tecnico-amministrative e gli esiti pubblicati sul sito. Valutazione dei rischi dei procedimenti/procedure mappati dai	Direttore del Distretto e referenti prevenzione corruzione e trasparenza della Struttura In comune con Direttore della SC SISOF/RPCT - Ufficio Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Valutazione dei rischi della SO effettuata e registro implementato entro il 30/06/2019. Documentazione sottoscritta dal RPC e dal Responsabile di SO

Obiettivo generale 2019	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Distretti, DSM, DDD e delle strutture di Staff		

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Sviluppare la continuità clinico/assistenziale e la presa in carico comune territorio/ospedale/territorio: azioni di programmazione nell'ottica della costruzione di un sistema di salute</p>	<p>Prosecuzione delle progettualità di lavoro integrate ospedale – territorio (2017-2018):</p> <ul style="list-style-type: none"> d. Polifarmacoterapia/ appropriatezza prescrittiva e. Nutrizione artificiale f. Rete delle cure palliative 	<p>Obiettivo in comune: Distretti 1,2,3,4 Medicina Interna Clinica Medica Medicina Clinica Dott. Beniamino Ciochi (punto b2) SSD Rete Cure Palliative (C2)</p>	<p>a.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. L' 80 % delle persone dimesse dalle medicine con più di 75 anni ha in terapia meno di 9 principi attivi. 2. Le persone con più di 75 anni dimesse dalle medicine con più di 8 farmaci vengono segnalate ai distretti. 3. attivazione di valutazioni multidisciplinari, delle persone al punto 2, con il fine di valutare a distanza possibile riduzione dei principi attivi. <p>b.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. almeno 80% delle persone con indicazione a Nutrizione Artificiale (NA) devono essere segnalate ai Distretti 72 ore prima della dimissione dall'Ospedale. 2. valutazione del 100% degli assistiti segnalati per avvio percorsi di NA. <p>c.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Segnalazione nei percorsi di continuità assistenziale di tutte persone con prognosi infausta. 2. Elaborazione di modello organizzativo proattivo di presa in carico.
<p>2. Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani.</p>	<p>1. A seguito dell'introduzione del programma MAGREP per la prescrizione dei farmaci, attivazione di modalità prescrittive omogenee da parte dei MMG operanti</p>	<p>Dott. Giacomo Benedetti Dott.ssa Rosanna Favretto</p>	<p>1. Evidenza di almeno 1 incontro con ciascun MMG operante in ASP ITIS al fine di omogeneizzare le modalità prescrittive per il corretto utilizzo del programma MAGREP e di ottimizzare le risorse.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>nelle strutture residenziali per anziani convenzionate al fine di utilizzare correttamente il programma ed ottimizzare le risorse.</p> <p>2. Verifica a campione in tutte le strutture residenziali per anziani convenzionate della corretta tenuta del foglio terapia e del diario clinico per ciascun MMG che ha attivato l'assistenza presso la struttura protetta di riferimento D2 (ASPITIS).</p>		<p>2. Evidenza di verifica di almeno 10 fogli terapia e diari clinici per ciascun MMG che ha attivato l'assistenza (in caso di un numero di assistiti inferiore a 10, valutati tutti) in ASPITIS</p> <p>31/12/19</p>
<p>3. Mantenimento standard qualità come da <i>Accreditation Canada</i></p>	<p>1. Evidenza degli scostamenti emersi dallo standard oro <i>Accreditation Canada</i></p> <p>2. Predisposizione piani di miglioramento</p> <p>3. Applicazione di almeno 1 piano di miglioramento per percorso accreditato</p>	<p>SO Distretto 2 (<i>escluso personale amministrativo</i>)</p>	<p>1. un incontro distrettuale entro 30/9/2019 con evidenza dell'analisi degli standard e relativi scostamenti dal livello oro</p> <p>2. evidenza scritta dei piani di miglioramento proposti entro 30/10/2019</p> <p>3. evidenza dell'applicazione di un piano di miglioramento per percorso entro 31/12/2019</p>
<p>4. Effettuazione dei controlli a campione sulle autocertificazioni rilasciate dai cittadini nell'ambito delle attività amministrative distrettuali</p>	<p>4.1 Individuazione delle autocertificazioni acquisite in Distretto ai fini dei controlli sulla veridicità di quanto dichiarato</p> <p>4.2 Controlli e verifiche, nel periodo dal 01.03.19 al 31.12.19, per almeno</p>	<p>Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 2</p> <p>In comune con con D1, D3 e D4</p>	<p>Presenza di un report distrettuale che rilevi il numero dei controlli svolti, nel periodo 01.03.2019-31.12.2019, sulle autocertificazioni individuate</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	il 20% delle autocertificazioni individuate 4.3 Predisposizione di un report dei controlli svolti nel periodo 01.03.2019 - 31.12.2019		
5. Applicazione di uno schema tipo di convenzione condiviso tra l'ASUITs e l'A.A.S. 2, per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra Azienda sanitaria ed Ente gestore di residenza per anziani non autosufficienti, per le nuove convenzioni predisposte nel corso del 2019	2.1 Analisi dello schema tipo di convenzione regionale (bozza), trasmessa con nota prot. n. 0003302/P del 05.02.2019 della Regione F.V.G. 2.2 Predisposizione, attraverso integrazioni e modifiche della bozza regionale, di uno schema convenzionale unico per l'ASUITs e l'AAS 2, che tenga conto delle esigenze del territorio e di eventuali specifiche situazioni, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente	Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 2 In comune con D1, D3 e D4	Presenza dello schema tipo convenzionale unico condiviso per l'ASUITs e l'A.A.S. 2, entro il 31.05.2019 e comunque prima della stipula delle nuove convenzioni. Applicazione dello stesso per le nuove convenzione predisposte nel corso del 2019
6. 3.2 ASSISTENZA DISTRETTUALE E ASSISTENZA SOCIO SANITARIA 3.2.1.2 Attività distrettuali a supporto delle cure di lungo termine ("Chronic Care Model")	1. Censimento dei servizi/attività/PDPA/reti in essere presso ASUITs al 31.12.2018 2. Rilettura ed aggiornamento dei	Dirigente Infermieristico	Al 30/6/2019 evidenza elenco dei documenti reperiti Entro 31.12.2019 almeno 1 percorso assistenziale di miglioramento applicato Report conclusivo

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Ricomposizione della frammentarietà dell'offerta assistenziale, attraverso <u>una revisione dei percorsi</u> per tutte quelle situazioni di complessità clinica e assistenziale legate alla comorbidità e alla polipatologia, in cui l'applicazione dei PDTA monopatologia non garantisce la soddisfazione dei bisogni di salute della persona.</p>	<p>percorsi assistenziali ritenuti strategici per il miglioramento delle situazioni legate a comorbidità e polipatologia</p>		
<p>7. 3.2 ASSISTENZA DISTRETTUALE E ASSISTENZA SOCIOSANITARIA mantenere il più a lungo possibile le persone nel loro ambiente di vita abituale creando valide alternative al ricovero ospedaliero attraverso una gestione proattiva, integrata e multiprofessionale della cronicità <u>(tale da intercettare e possibilmente prevenire, limitare, ritardare complicazioni, ricadute, riacutizzazioni - che generano ricoveri spesso evitabili).</u> 3.2.1 ASSISTENZA DISTRETTUALE 3.2.1.1 Assistenza primaria 3.2.1.2 Attività distrettuali a supporto delle cure di lungo termine 3.2.1.2.2 Scopenso cardiaco 3.2.1.2.3 BPCO Progetti attinenti le attività clinico assistenziali; Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità</p>	<p>1. Sviluppo del servizio di continuità assistenziale h-t</p> <p>2. analisi dei punti critici e programmazione delle azioni correttive</p> <p>3. Analisi dei risultati delle azioni correttive e report conclusivo</p>	<p>Dirigente Infermieristico e P.O. della SCTSAA</p> <p>In collaborazione con i dirigenti infermieristici e PP.OO. dei Distretti 1,2,3 e la Direzione Infermieristica Aziendale</p>	<p>1. Almeno 10 incontri/audit tra responsabili infermieristici h-t</p> <p>2. Piano di miglioramento che tenga conto delle criticità individuate Relazione con evidenza delle azioni correttive</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
assistenziale. Rafforzamento del raccordo tra ospedale e territorio			
8. 3.1.7. Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)	Implementazione dei gruppi di cammino rivolti alla popolazione adulta e anziana del distretto (target patologie <i>long term</i> : prevenzione, gestione)	SSD Servizio Infermieristico Distrettuale Microaree In collaborazione con la SSD Riabilitazione, con la diabetologia e con il reparto di Nefrologia	Mantenimento dei gruppi esistenti e implementazione di almeno 1 ulteriore gruppo per distretto Report dell'attività svolta al 31/12 con evidenza di n° uscite, destinazione e persone partecipanti
9. 3.1.3. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP) 3.1.15. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive - Sensibilizzazione della popolazione residente nella Microarea rispetto a: - vaccinazioni (area minori; area anziani) - programmi di screening	1.diffusione alle persone del materiale illustrativo presente in ASUITs (depliant, brochure) 2.incontri di comunità con esperti sui singoli argomenti 3.sostegno alle persone fragili nei percorsi	Personale operante nella Microarea	1.100% dei nuovi conosciuti ha avuto il materiale informativo 2.almeno 2 incontri di comunità 3.100% delle persone riconosciute fragili ha un percorso di sostegno
10. 3.2.1.2 Attività distrettuali a supporto delle cure di lungo termine 3.5.7. Erogazione dei livelli di assistenza Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	1. Segnalazione delle persone dimesse dai reparti di medicina e rientranti nelle seguenti categorie: d) Persone con età > di 75 anni e con più di 8 principi attivi in terapia; e) persone con indicazione a Nutrizione Artificiale; f) persone con prognosi infausta	PERSONALE DELLA SCTSAA S.S. cure ambulatoriali e domiciliari S.S. anziani e residenze	1. Valutazione del 100% dei casi segnalati come da azione (a; b; c) come da indicatori descritti nell'obiettivo 1 2.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Servizio di Continuità Assistenziale Ospedale-Territorio.	2. Attuazione di quanto stabilito nella valutazione		Attivazione del percorso personalizzato nelle persone che lo necessitano (Report casistica finale)
11. Raccordo con l'anno precedente Assistenza Primaria Cronicità e Polifarmacoterapia Sviluppo della riorganizzazione della assistenza medica primaria in coerenza con le disposizioni regionali	1. Segnalazione da parte dei MMG e/o dei referenti di Microarea del Distretto 2 di pazienti affetti da un quadro di polipatologia (includere dipendenze da sostanze) o di malattia di durata di grado severo, residenti entro una delle Microaree del Distretto 2 per la definizione e con: - applicazione dei principali PDTA ASUITS, se indicato; - attivazione dei Servizi Sanitari e Sociali territoriali nei casi previsti - revisione dello schema di terapia farmacologica secondo il protocollo ASUITS di polifarmacoterapia 2. Stesura e attuazione di un piano assistenziale (PAI) domiciliare in collaborazione con Microarea e tutti i Servizi Territoriali utili 3. Reportistica semestrale e conclusiva	Dott. Carlo Rotelli	1. Valutazione del 100% dei pazienti segnalati come descritto. 2. Stesura del PAI nel 100% dei casi in cui è indicato/necessario, suo inserimento documentale entro fascicolo di Microarea, cartella clinica SID o di altra unità operativa. 3. Consegna report semestrale e annuale alla Direzione di Distretto. <i>Fonte: documentazione agli atti</i>
12. Linea di gestione 3.2.1.1 (assistenza primaria), 3.2.1.2 attività distrettuali a supporto delle cure a lungo termine) 3.2.1.2.2 (scoperto cardiaco)	1a. Nel programma della sanità di iniziativa e del CCM segnalazione da parte del MMG afferenti alle AFT/MGI del Distretto 2 di pazienti con sospetta o conclamata patologia	Dott.ssa Tiziana Oliverio	1a e 1b Valutazione del 100% delle segnalazioni.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Sviluppare la continuità clinico/assistenziale e la presa in carico comune territorio/ospedale: azioni di programmazione nell'ottica della costruzione di un sistema di salute</p>	<p>cardiaca, per la definizione del successivo percorso assistenziale (con applicazione del nuovo PDTA per scompenso cardiaco là dove indicato).</p> <p>1b. Segnalazione da parte dei Reparti di Medicina e/o dei MMG e/o UDMG di pazienti over 75 in polifarmacoterapia (\geq a 8 principi attivi), per valutazione dell'appropriatezza prescrittiva in considerazione del quadro clinico.</p> <p>2a. Valutazione delle segnalazioni pervenute e organizzazione di una visita congiunta a domicilio o in ambulatorio.</p> <p>2b. Istituzione dell'Equipe multiprofessionale per la valutazione congiunta dei paziente (ove necessario e dove possibile)</p> <p>3a. Reportistica semestrale al 30.06.18</p> <p>3b. Reportistica conclusiva dell'attività svolta</p>		<p>2a. Valutazione congiunta del 100% delle segnalazioni pervenute.</p> <p>2b. Istituzione dell'Equipe multidisciplinare là dove necessario. Per ciascun paziente relazione clinica sul percorso assistenziale intrapreso.</p> <p>3a. Al 30.6.2018 report dell'attività svolta</p> <p>3b. Report conclusivo dell'attività svolta</p> <p><i>(Fonte: documentazione agli atti/G2 clinico)</i></p>
<p>13. Attivazione di programmi di medicina d'iniziativa nell'ambito delle patologie croniche-</p>	<p>In continuità con il protocollo di valutazione neuropsicologica dei criteri minimi essenziali per la guida sicura rivolto a persone con sospetto disturbo cognitivo, stesura di</p>	<p>Dott.ssa Filomena Vella SS Anziani e Residenze</p>	<p>Stesura di un libretto informativo sulla guida sicura rivolto alle persone con disturbi cognitivi e ai familiari, con invio al Direttore di Distretto e successiva approvazione del coordinamento distretti da entro il 30</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	un'opuscolo sulla guida sicura rivolto alle persone con disturbi cognitivi e ai familiari/caregiver.		novembre 2019.
14. 3.2.1.2.1 Diabete mellito Miglioramento della Gestione integrata del diabete in coerenza con DGR 1676/2015	1. Organizzazione di una giornata di formazione per MMG dedicata alla Gestione integrata della malattia diabetica , puntualizzando gli obiettivi da perseguire , gli esami di follow up da eseguire , la prescrizione dell'autocontrollo e la prescrizione AFIR 2. Organizzazione di almeno 1 tavolo di audit clinico in ambito distrettuale, con particolare riferimento al livello di AFT, al fine di valutare le performance individuali e di gruppo e gli scostamenti dai valori definiti dalle linee guida di riferimento.	Dott. ssa Elena Manca <i>(In collaborazione con i responsabili dei centri Diabetologici territoriali)</i>	1. Corso di formazione realizzato entro dicembre 2019 2. Un incontro di audit per SO Distretto realizzato entro il 31/12/20019
15. Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione AFIR di interesse diabetologico	Inserimento nell'80% dei referti medici e infermieristici redatti dal personale medico e infermieristico dei Centri diabetologici di indicazioni precise sulla prescrizione delle strisce per la determinazione della glicemia e sulla modalità di esecuzione dell'autocontrollo	Tutto il personale della S.S. Centro diabetologico	I referti medici e infermieristici redatti dal personale medico e infermieristico dei Centri diabetologici da aprile 2019 contengono indicazioni precise sulla prescrizione delle strisce per la determinazione della glicemia e sulla modalità di esecuzione dell'autocontrollo Fonte dati : cartelle dei pazienti e cartella elettronica
16. 3.2.1.2 attività distrettuale a supporto delle cure a lungo termine	Ottimizzazione della politerapia nel paziente fragile geriatrico e riduzione della probabilità di reazioni avverse	Dirigenti Medici RSA San Giusto Dr Burekovic Ismet Dr.ssa Santon Laura	In dimissione l'80% degli assistiti ha in terapia ≤ 8 principi attivi. Relazione di attività con reportistica.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Appropriatezza farmacologica	da farmaci (ADR)		
17. 3.2.1.2 Attività distrettuali a supporto delle cure di lungo termine. Utilizzo del modello Chronic Care Model per personalizzare, stratificare la complessità e intercettare la fragilità di ogni assistito in struttura.	1. Corretta compilazione P.A.I. nella nuova versione; 2. Introduzione della scala Prisma 7 3. Realizzazione di due audit (uno a semestre) rivolto a tutto il personale della struttura per condividere l'aderenza e applicazione del modello, le criticità ed il piano correttivo eventuale.	Tutto il personale della RSA San Giusto	1. Presenza entro il 31/12/2019 per almeno l'90% delle cartelle chiuse di P.A.I. correttamente compilati; 2. Presenza in almeno 75% delle cartelle chiuse della scala Prisma 7 all'interno della documentazione dell'assistito. Verbali e report conclusivo (entro il 30/06/19 e il 31/12/19) degli incontri stabiliti.
18. Linee di gestione 3.2.2.6 Rete Cure Palliative Monitoraggio della registrazione degli accessi di assistenza domiciliare per cure palliative nel sistema informativo con codifica ICD9	Refertazione sul Sistema G2 con codifica ICD9	Dirigenza Medica	Referti inseriti in G2 con firma digitale: 80% Relazione semestrale sull'avanzamento dell'attività (30.6-31.12)
19. Simultaneous care Qualità delle cure	Tutti i pazienti con diagnosi di neoplasia pancreaticamente avanzata o metastatica vengono valutati in integrazione il personale della SSD Cure Palliative anche per avvio percorsi di continuità cure	SSD Cure Palliative In comune con SC Oncologia	Registrazione di VAS score su prima visita per questa tipologia di pazienti ed evidenza di contestuale visita terapia antalgica/100% dei pazienti con dolore VAS ≥ 4 vengono valutati entro 3 gg anche da palliativisti/ prima valutazione 30.06.19 da estendere se riscontro positivo fino al 31/12/19
20. PAL 3.2.1.3 Riabilitazione	Elaborazione di un fascicolo condiviso all'interno della cartella riabilitativa delle persone con problematiche di linfedema (arti superiori, arti inferiori e capo/collo) in esiti di patologie oncologiche	Comparto – area riabilitativa	Disponibilità del fascicolo entro il 31/10/2019 Utilizzo dello stesso a partire dal 4/11/2019

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	trattate chirurgicamente ed afferenti alle strutture riabilitative ospedaliere e territoriali di ASUITs		
21. PAL 3.1.7 Promozione dell'attività fisica	1.Valutazione delle persone segnalate da mmg, strutture distrettuali e/o ospedaliere, continuità assistenziale 2.Inserimento in un gruppo di cammino condotto dai fisioterapisti del distretto 3.Inserimento successivo nei gruppi di cammino già esistenti sul territorio 4. follow up dei partecipanti entro 6 mesi	Comparto – area riabilitativa	1. Valutazione del 90% delle persone segnalate 2. Attivazione di almeno un gruppo di cammino condotto dal fisioterapista (previste 4 uscite con educazione sanitaria) con successiva proposta ai partecipanti di inserimento nei gruppi di cammino già esistenti 3. Rivalutazione entro 6 mesi dei partecipanti al progetto Report dell'attività svolta al 31/12/2019
22. 3.2.2.2 Disabilità Valutazione delle condizioni di vita (in particolare per le problematiche di tipo sanitario) per gli utenti in carico ai Servizi residenziali e semiresidenziali di cui all'art.6 comma 1 della L.R.41/96	Valutazione degli utenti in continuazione con quanto effettuato nel 2017-2018 con le modalità approvate dalla Regione	Responsabile SSD Riabilitazione Dirigenza SSD Riabilitazione	Almeno il 70% dell'utenza in carico ai Servizi residenziali e semiresidenziali, anche considerando l'utenza già valutata nel 2018 (30%), risulterà valutata al 31/12/2019. (Schede di valutazione approvate dalla Regione)
23. Linee di gestione 2019. 3.2.2.3 Minori 3.2.3.3. Minori accompagnamento dell'attuazione delle linee di indirizzo per la presa in carico dei minori in strutture residenziali e semiresidenziali	1. Partecipazione al tavolo per la definizione di procedure di monitoraggio e revisione dei progetti a favore di minori in carico alla SCBAdoF inseriti in comunità (educative, miste e terapeutiche intra ed extraregionali). 2. Monitoraggio delle attività del centro	1. Daniela Vidoni 2.Daniela Vidoni, Samoa Marsetti	Nel primo semestre vengono definite le procedure e individuati gli strumenti di monitoraggio dei progetti a favore dei minori in carico al servizio istituzionalizzati con documento che verrà inviato al capodistretto entro il 30 giugno 2019. Report con dati presentato al coordinamento distretti

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	diurno e riorganizzazione delle stesse sulla base dei punti di forza e delle criticità evidenziate		31/12/2019
24. Linea 3.2.2.3- Minori- 3.2.2.5. Disturbi del comportamento alimentare. Evidenza e monitoraggio delle situazioni in carico con DCA.	Individuazione referente per DCA. Registrazione e monitoraggio delle situazioni in carico alla SSTSBA con problematiche DCA.	Dott.ssa Antonella Celea	Viene individuato il referente. Viene tenuta registrazione delle situazioni in carico con problematica DCA
25. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni
26. Adeguamento standard qualità come da Accreditation Canada Piani di miglioramento	Piani di miglioramento 1. Revisione delle procedure di accoglienza/accessibilità per i minori (0- 17 anni) presso le 4 SCBADOF distrettuali (esclusi i minori di età che accedono allo spazio giovani) 2 Revisione dei percorsi per la valutazione clinica dei minori nella fascia d'età 0-17 anni che sono stati accolti dalla SCBADOF e che necessitano di valutazione clinica 3. Revisione dei percorsi e degli strumenti di valutazione dei minori (fascia età 0- 17) che accedono alle 4 SCBADOF per problematiche neuro/motorie, malattie rare e cerebro lesioni	1. Tutto il personale del comparto della SCBADOF Coordinamento obiettivo: coordinatrice 2. Dr.ssa Barbara Fazi Dr.ssa Sabrina Ruberti Dr.ssa Maria Antonietta Rausa Dr.ssa Genoveffa Corvino Dr.ssa Laura Zancola Logopediste 3. Fisioterapisti/neuropsicomotricisti SSTSBA Coordinamento obiettivo dr.ssa Rumer 4. Tutto il personale della SCBADOF	1 Elaborazione di un documento che descriva il piano di miglioramento relativo alle procedure di accoglienza entro il 31/10/2019. 2. Elaborazione di un documento che descriva i piani di miglioramento relativo ai percorsi di valutazione entro il 31/10/2019. 3. Elaborazione di un documento che descriva i piani di miglioramento relativi ai percorsi e agli strumenti valutativi entro il 31/10/2019. 4.Evidenza dell'applicazione dei piani di miglioramento a partire dal 1/11/2019 31/12/2019

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	4. Applicazione dei piani di miglioramento		
27. Miglioramento continuo di qualità: avviare percorsi di valutazione delle attività effettuate presso la SC BADOF	1. Promuovere e partecipare ad almeno due incontri di formazione con la SC Ricerca, Innovazione clinico-assistenziale, Qualità, Accredimento e Rischio clinico per acquisire strumenti conoscitivi relativi alla metodologia di ricerca ed alla modulistica da utilizzare 2. individuare uno studio sulle attività in essere nella SCBADOF, o che si intendono sviluppare, utilizzando la modulistica e gli strumenti metodologici appresi durante gli incontri di formazione	Dirigenti psicologi Dr.ssa Barbara Fazi Dr.ssa Sabrina Ruberti Dr.ssa Maria Antonietta Rausa Dr.ssa Genoveffa Corvino Dr.ssa Laura Zancola Dr.ssa Francesca Ravalico In collaborazione con la SC Ricerca, Innovazione clinico-assistenziale, Qualità, Accredimento e Rischio clinico	Presentare alla SC Ricerca, Innovazione clinico-assistenziale, Qualità, Accredimento e Rischio clinico ed ai Responsabili di SS CF e SCBADOF 2 una proposta di studio utilizzando la modulistica e la metodologia appresa. Fonte dati: proposte di studio e report percorso 31/12/2019
28. Linee di gestione 2019 3.2.2.7 Consultori familiari Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica	Attivare la presenza dell'ostetrica nella gestione della gravidanza fisiologica	Ostetriche e altro personale Consultorio	Ostetrica presente nella gestione di almeno 12 nuove gravidanze fisiologiche Fonte dati: sistema informativo Gestione Consultori familiari, cartelle utenza 31.12.2019
29. Linee di gestione 2019 3.2.2.7 Consultori familiari Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio	Offerta attiva in Accoglienza Mamma-bambino della visita domiciliare ostetrica in puerperio a tutte le donne individuate e consenzienti: - in dimissione protetta dall'Ospedale - in situazione di rischio	Tutto il personale della SC BADOF	Il 100% delle donne target consenzienti hanno avuto la visita domiciliare in puerperio Fonte dati: registro Accoglienza Mamma-Bambino 31.12.2019

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	psicosociale - con problematiche legate all'allattamento - con altre problematiche di salute		
30. Linee di gestione 2019 3.2.2.7 Consultori familiari- Applicare le indicazioni del Protocollo regionale di intesa e Linee Guida per l'adozione nazionale e internazionale in FVG	Monitoraggio e valutazione dei percorsi adottivi nella fase di inserimento in famiglia	SS Consultorio Familiare	Evidenza del percorso di monitoraggio e valutazione del 100% dei percorsi adottivi nella fase di inserimento in famiglia Fonte dati: cartelle utenza, registro casi target Report con dati entro il 31.12.2019
31. Supportare l'applicazione del regolamento "I progetti terapeutico - riabilitativi personalizzati con budget individuali di salute" (decreto n.773 dd 06/12/2016)	Elaborare un documento unico "Vademecum" operativo per i Distretti per l'attivazione, la gestione e le procedure di verifica e controllo dei PTRP con Budget Individuale di Salute	Dott.ssa Maria Antonietta Vanto	Vademecum inviato al Direttore dei servizi socio-sanitari e al Coordinamento Distretti <i>Fonte dati: report, Regolamento decreto n. 773/2016, schede collegate al 31.12.19</i>
32. Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-21	il Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza TPCT prevede l'aggiornamento della mappatura dei processi e dei procedimenti e la conseguente valutazione/rivalutazione del rischio per tutte le strutture aziendali. Nel corso del 2018 l'attività è stata svolta, come da Piano, per le strutture tecnico-amministrative e gli esiti pubblicati sul sito. Valutazione dei rischi dei procedimenti/procedure mappati dai Distretti, DSM, DDD e delle strutture di Staff	Direttore del Distretto e referenti prevenzione corruzione e trasparenza della Struttura In comune con Direttore della SC SISOF/RPCT - Ufficio Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Valutazione dei rischi della SO effettuata e registro implementato entro il 30/06/2019. Documentazione sottoscritta dal RPC e dal Responsabile di SO

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Sviluppare la continuità clinico/assistenziale e la presa in carico comune territorio/ospedale/territorio: azioni di programmazione nell'ottica della costruzione di un sistema di salute.</p>	<p>Prosecuzione delle progettualità di lavoro integrate ospedale – territorio (2017-2018):</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Polifarmacoterapia/ appropriatezza prescrittiva b. Nutrizione artificiale c. Rete delle cure palliative d. Implementazione di report distrettuale sull'attività di continuità assistenziale tra ospedale e territorio 	<p>Dr.ssa Ofelia Altomare Direttore di Distretto</p> <p>SC Tutela salute Adulti Anziani</p> <p>Dr.ssa Cristina Montesi Resp. SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari</p> <p>Dr.ssa Vanessa Stemberger Coordinatore Infermieristico SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari</p> <p>Coordinatrice SS Anziani e Residenze Erika Furlan</p> <p>Dott. Rosolino Trabona SSD Servizio Infermieristico (d)</p> <p>Distretti 1,2,3,4 Medicina Interna Clinica Medica Medicina Clinica Dott. Ciochi (per indicatore 2.b)</p> <p>In collaborazione con Assistenza Farmaceutica</p>	<p>a.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L' 80 % delle persone dimesse dalle medicine con più di 75 anni ha in terapia meno di 9 principi attivi. 2. Le persone con più di 75 anni dimesse dalle medicine con più di 8 farmaci vengono segnalate ai distretti. 3. Valutazione del 100% dei casi segnalati 4. Attivazione di valutazioni multidisciplinari, delle persone che necessitano al punto 3, al fine di valutare a distanza una possibile riduzione dei principi attivi. <p>b.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. almeno 80% delle persone con indicazione a Nutrizione Artificiale (NA) devono essere segnalate ai Distretti 72 ore prima della dimissione dall'Ospedale. 2. valutazione del 100% degli assistiti segnalati per avvio percorsi di NA. <p>c.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Segnalazione nei percorsi di continuità assistenziale di tutte persone con prognosi infausta. 2. Elaborazione di modello organizzativo proattivo di presa in carico. <p>d. Almeno 3 report di monitoraggio e</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
2. Mantenimento standard qualità come da accreditamento Canadian	1. Evidenza degli scostamenti emersi dallo standard oro Accreditation Canada 2. Predisposizione piani di miglioramento 3. Applicazione di almeno 1 piano di miglioramento per percorso accreditato	SO Distretto 3 (escluso personale amministrativo) Alessandra Brunetta Coordinatore infermieristico SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari Dr.ssa Elisabetta Umek	report conclusivo 1. Un incontro distrettuale entro 30/4/2019 con evidenza dell'analisi degli standard e relativi scostamenti dal livello oro 2. Evidenza scritta dei piani di miglioramento proposti entro 30/10/2019 3. Evidenza dell'applicazione di un piano di miglioramento per Struttura/area di competenza interdistrettuale entro 31/12/2019
3. Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani.	1. A seguito dell'introduzione del programma MAGREP per la prescrizione dei farmaci, attivazione di modalità prescrittive omogenee da parte dei MMG operanti nelle strutture residenziali per anziani convenzionate al fine di utilizzare correttamente il programma ed ottimizzare le risorse. 2. Verifica a campione in tutte le strutture residenziali per anziani convenzionate della corretta tenuta del foglio terapia e del diario clinico per ciascun MMG che ha attivato l'assistenza nelle 3 strutture convenzionate afferenti al Distretto 3 (Casa Emmaus, Ubaldini, Carducci)	SC Tutela salute Adulti Anziani SS Anziani e Residenze Dr.ssa Jessica Ticali Marina Schilirò Coordinatore infermieristico SS Anziani e Residenze	1. Evidenza di almeno 1 incontro con gli MMG operanti nelle 3 strutture convenzionate (Casa Emmaus, Ubaldini, Carducci) al fine di omogeneizzare le modalità prescrittive per il corretto utilizzo del programma MAGREP e di ottimizzare le risorse. 2. Evidenza di verifica di almeno 10 fogli terapia e diari clinici per ciascun MMG che ha attivato l'assistenza (in caso di un numero di assistiti inferiore a 10, valutati tutti) nelle 3 strutture convenzionate (Casa Emmaus, Ubaldini, Carducci). 31/12/2019

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>4. 3.1.8 Prevenzione incidenti stradali (programma vi prp). Consolidamento, coerentemente con il Piano regionale della Prevenzione della rete territoriale, di interventi e iniziative finalizzati alla prevenzione degli incidenti stradali.</p>	<p>Applicazione del protocollo (Prot. SCACML 2961/17) per l'approfondimento neuropsicologico dell'idoneità alla guida delle persone inviate dalla Commissione Patenti.</p>	<p>Dr.ssa Daria Ghersetti Psicologo S.C. Adulti e Anziani Distretto 3</p>	<p>Tutti i casi (100%) segnalati dalla SCACML al Distretto 3 valutati secondo Protocollo</p>
<p>5. LINEE DI GESTIONE REGIONALI 2019 3.1.7. Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)</p>	<p>Implementazione dei gruppi di cammino rivolti alla popolazione adulta e anziana del distretto (target patologi long term: prevenzione, gestione)</p>	<p>SSD Servizio Infermieristico Distrettuale Referenti di Microarea In collaborazione con la SSD Riabilitazione e col il reparto di Nefrologia</p>	<p>Mantenimento dei gruppi esistenti e implementazione di almeno 1 ulteriore gruppo Report dell'attività svolta al 31/12 con evidenza di n° uscite, destinazione e persone partecipanti</p>
<p>6. LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO E SOCIOSANITARIO REGIONALE - ANNO 2019 3.2.1.2.1 Diabete mellito Miglioramento della Gestione integrata del diabete in coerenza con DGR 1676/2015</p>	<p>1. Organizzazione di una giornata di formazione per MMG dedicata alla Gestione integrata della malattia diabetica, puntualizzando gli obiettivi da perseguire, gli esami di follow up da eseguire, la prescrizione dell'autocontrollo e delle strisce reattive. 2. Organizzazione di audit clinico in ambito distrettuale, al fine di valutare le performance individuali e di gruppo e gli scostamenti dai valori definiti dalle linee guida di riferimento.</p>	<p>Tutto il personale della S.S. Centro diabetologico Distretto 3 Dott. Riccardo Candido Dott. Ciochi Beniamino</p>	<p>1. Corso di formazione realizzato entro 31 dicembre 2019 2. Un incontro di audit clinico con MMG in Distretto sanitario realizzato entro il 31/12/2019</p>
<p>7. LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL</p>	<p>1. Partecipazione dei professionisti</p>	<p>Tutto il personale della S.S. Centro diabetologico Distretto 3</p>	<p>1. Organizzazione e partecipazione per</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
SERVIZIO SANITARIO E SOCIO SANITARIO REGIONALE - ANNO 2019 3.2.1.2.1 Diabete mellito Applicazione del documento revisionato dal tavolo tecnico regionale Programma di educazione terapeutica rivolto al soggetto diabetico in particolare per l'organizzazione dei campi residenziali	aziendali identificati alla revisione del documento "Programma di educazione terapeutica rivolto al soggetto diabetico" 2. Organizzazione e partecipazione al Campo Residenziali di Educazione Terapeutica rivolto al soggetto diabetico.	Dott. Riccardo Candido	l'anno 2019, al campo residenziale di Educazione Terapeutica rivolto al soggetto diabetico in collaborazione con l'associazione di volontariato Nuova Assodiabetici Trieste in linea con quanto previsto dal documento revisionato dal tavolo tecnico regionale 2. Invio del report relativo entro ottobre 2019.
8. LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO E SOCIO SANITARIO REGIONALE - ANNO 2019 3.2.1.2.1 Diabete mellito	Partecipazione dei professionisti aziendali identificati ai fini della creazione della Rete diabetologica regionale, al fine di armonizzare l'offerta diabetologica su tutto il territorio regionale	Dott. Riccardo Candido	Partecipazione del referente aziendale agli incontri del Tavolo Regionale sul diabete ed alla costruzione della rete dedicata alle patologie del pancreas e diabete
9. Insufficienze d'organo e trapianti Pancreas Riduzione del tasso di amputazioni maggiori	1. Rivalutazione del tasso di amputazioni maggiori separando le amputazioni maggiori (identificate dai codici ICD9-CM: 84.13-84.19) dalle amputazioni minori (identificate dai codici ICD9-CM: 84.11-84.12). 2. Rivalutazione degli assistiti con evento di amputazione nel 2018 e 2019, analisi di quelli con amputazione maggiore, analisi e riflessione dei percorsi per quelli eventualmente evitabili in un incontro di Audit fra diabetologi.	Chirurgo Vascolare dell'ambulatorio sovradistrettuale del piede diabetico (dott. Ceschin Maurizio) Infermiera dell'ambulatorio sovradistrettuale del piede diabetico (Michela Casson) Dott. Riccardo Candido	1. Rivalutazione del tasso di amputazioni maggiori. 2. La situazione clinica di tutti gli assistiti sottoposti ad amputazione maggiore nel corso del 2018 e 2019 verrà riesaminata in un incontro di audit fra diabetologi e chirurgo vascolare dell'ambulatorio sovradistrettuale del piede diabetico, per analizzarne a fondo le cause ed agire di conseguenza al fine di migliorare la rete e la presa in carico.
10.	1.	S.S. Centro Diabetologico Distretto 3	Stesura di un documento di proposta,

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO E SOCIOSANITARIO REGIONALE - ANNO 2019</p> <p>3.2.1.2.1 Diabete mellito</p> <p>Sviluppo di una proposta per l'integrazione delle attività, l'omogenizzazione delle modalità di lavoro e il modello organizzativo del personale dietista operante in Azienda</p>	<p>Analisi quali-quantitativa delle attività in ambito nutrizionale in essere in AAS2 e ASUITs nelle quali sia impegnato il personale dietista</p> <p>2. Stesura di un data base di confronto che corredi l'impiego de personale e il metodo di lavoro alle linee di produzione attive e agli standard professionali di riferimento</p>	<p>(Dietista Silvana Cum) , in collaborazione con dietista Elisa del Forno (S.S. Centro Diabetologico Distretto 4) e dietista Susanna Agostini (ASS2)</p>	<p>entro settembre 2019, che getti le basi dell'integrazione e del modello organizzativo professionale per il nuovo atto aziendale</p>
<p>11. LINEE DI GESTIONE REGIONALI 2019</p> <p>3.1.3. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)</p> <p>3.1.15. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive</p>	<p>Sensibilizzazione della popolazione residente nella Microarea rispetto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vaccinazioni (area minori; area anziani) - programmi di screening <p>a) diffusione alle persone del materiale illustrativo presente in ASUITs (depliant, brochure)</p> <p>b) incontri di comunità con esperti sui singoli argomenti</p> <p>c) sostegno alle persone fragili nei percorsi</p>	<p>SSD Servizio Infermieristico Distrettuale</p> <p>Referenti di Microarea</p>	<p>100% dei nuovi conosciuti ha avuto il materiale informativo</p> <p>almeno 2 incontri di comunità</p> <p>100% delle persone riconosciute fragili ha un percorso di sostegno</p>
<p>12. 3.2.2.2 Disabilità</p> <p>Valutazione delle condizioni di vita (in particolare per le problematiche di tipo sanitario) per gli utenti in carico ai Servizi residenziali e semiresidenziali di cui all'art.6 comma 1 della L.R.41/96</p>	<p>Valutazione degli utenti in continuazione con quanto effettuato nel 2017-2018 con le modalità approvate dalla Regione</p>	<p>Dirigenza SSD Riabilitazione dott.a Sabrina Pellicini</p>	<p>Almeno il 50% dell'utenza in carico ai Servizi residenziali e semiresidenziali, anche considerando l'utenza già valutata nel 2018 (30%), risulterà valutata al 31/12/2019. (Schede di valutazione approvate dalla Regione)</p>
13.	Elaborazione di un fascicolo condiviso	Comparto – area riabilitativa	1.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
PAL 3.2.1.3 Riabilitazione	all'interno della cartella riabilitativa delle persone con problematiche di linfedema (arti superiori, arti inferiori e capo/collo) in esiti di patologie oncologiche trattate chirurgicamente ed afferenti alle strutture riabilitative ospedaliere e territoriali di ASUITs		Disponibilità del fascicolo entro il 31/10/2019 2. Utilizzo dello stesso a partire dal 4/11/2019
14. PAL 3.1.7 Promozione dell'attività fisica	1. Valutazione delle persone segnalate da mmg, strutture distrettuali e/o ospedaliere, continuità assistenziale 2. Inserimento in un gruppo di cammino condotto dai fisioterapisti del distretto 3. Inserimento successivo nei gruppi di cammino già esistenti sul territorio 4. follow up dei partecipanti entro 6 mesi	Comparto – area riabilitativa	1. 1. 2. Valutazione del 90% delle persone segnalate 3. 2. 4. Attivazione di almeno un nuovo gruppo di cammino condotto dal fisioterapista (previste 4 uscite con educazione sanitaria) con successiva proposta ai partecipanti di inserimento nei gruppi di cammino già esistenti 5. 3. 6. Rivalutazione entro 6 mesi dei partecipanti al progetto 7. 4. 8. Report dell'attività svolta al 31/12/2019
15. Linee di gestione 2019. 3.2.2.3 Minori. Contrasto all'istituzionalizzazione dei minori . Accompagnamento all'attuazione delle linee di indirizzo per la presa in carico	1. Definizione delle procedure di monitoraggio e revisione dei progetti a favore di minori in carico alla SCBADoF inseriti in comunità (educative, psicoeducative e terapeutiche intra ed extraregionali).	Dott.ssa Maria Vittoria Sola e dott.ssa Renata Ravelli	Nel primo semestre vengono definite le procedure e individuati gli strumenti di monitoraggio dei progetti a favore dei minori in carico al servizio istituzionalizzati con documento che verrà inviato al capodistretto entro il 30 giugno 2019.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
dei minori in strutture residenziali e semiresidenziali Rivalutazione dei progetti a favore dei minori istituzionalizzati.	2. Applicazione delle procedure definite per il monitoraggio dei progetti a favore dei minori in comunità in carico al servizio.		Dal 1/7/19 al 31/12/19 tutti i minori in comunità in carico al servizio vengono monitorati secondo le procedure definite Report esiti applicazione procedure entro il 31/12/2019.
16. Linea 3.2.2.3- Minori- 4 SCBADOF	1. Proseguimento della FSC 2018 interna alla SCBADOF 3 sulla presa in carico dei minori in situazioni complesse e integrate (IRCCS e Comuni) 2. Revisione dei progetti personalizzati dei minori in carico alla SCBADOF 3 in affidato dal 1/1/2019	Tutto il personale SCBADOF 3	Formazione realizzata
17. Adeguamento standard qualità come da Accreditation Canada Piani di miglioramento	1. Revisione delle procedure di accoglienza/accessibilità per i minori (0- 17 anni) presso le 4 SCBADOF distrettuali (esclusi i minori di età che accedono allo spazio giovani) 2. Revisione dei percorsi per la valutazione clinica dei minori nella fascia d'età 0- 17 anni che sono stati accolti dalla SCBADOF e che necessitano di valutazione clinica. 3. Revisione dei percorsi e degli strumenti di valutazione dei minori (fascia età 0- 17) che accedono alle 4 SCBADOF per problematiche neuro/motorie, malattie rare e	Azione 1: dott.ssa Irini Karavalaki Tutto il personale del comparto della SCBADOF Azione 2: dott.ssa Monica Stocchi dott.ssa Nadia Milos dott.ssa Pilar Abad Dott.ssa Simonetta Olivo Dott. Franco Bruni Azione 3: Rumer Fisioterapisti/neuropsicomotricisti SSTSBA	1. Elaborazione di un documento che descriva il piano di miglioramento relativo alle procedure di accoglienza entro il 31/10/2019. 2. Elaborazione di un documento che descriva il piano di miglioramento relativo ai percorsi di valutazione entro il 31/10/2019. 3. Elaborazione di un documento che descriva i piani di miglioramento relativi ai percorsi e agli strumenti valutativi entro il 31/10/2019. 4. Evidenza dell'applicazione dei piani di miglioramento a partire dal

Obiettivo generale	azione	s. s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	cerebrolesioni 4. Applicazione dei piani di miglioramento	Azione 4: Tutto il personale della SCBADOF	1/11/2019 entro 31/12/2019
18. Linee di gestione 2019 3.2.2.7 Consultori familiari- Applicare le indicazioni del Protocollo regionale di intesa e Linee Guida per l'adozione nazionale e internazionale in FVG	Monitoraggio e valutazione dei percorsi adottivi di maggiore criticità nel primo anno di inserimento in famiglia	SS Consultorio Familiare	100% dei percorsi adottivi nella fase di inserimento in famiglia monitorati e valutati 31.12.2019 Fonte dati: cartelle utenza, registro casi target
19. Linee di gestione 2019 3.2.2.7 Consultori familiari Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica	Attivare la presenza dell'ostetrica nella gestione della gravidanza fisiologica	Dott.ssa B. Zanetti Ostetriche e altro personale Consultorio	Ostetrica presente nella gestione di almeno 12 nuove gravidanze fisiologiche 31.12.2019 Fonte dati: sistema informativo Gestione Consultori familiari, cartelle utenza
20. Linee di gestione 2019 3.2.2.7 Consultori familiari Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio	Offerta attiva in Accoglienza Mamma-bambino della visita domiciliare ostetrica in puerperio a tutte le donne individuate e consenzienti: - in dimissione protetta dall'Ospedale - in situazione di rischio psicosociale - con problematiche legate all'allattamento con altre problematiche di salute	Dott.ssa B. Zanetti Tutto il personale della SC BADOF	Il 100% delle donne target consenzienti hanno avuto la visita domiciliare in puerperio Fonte dati: registro Accoglienza Mamma-Bambino 31.12.2019
21. Sanità penitenziaria Migliorare la comunicazione nella gestione dei detenuti con bisogni sanitari complessi	Realizzazione di percorsi formativi congiunti tra personale sanitario e penitenziario	Dott.ssa Ofelia Altomare Dott.ssa Franca Masala In collaborazione con il personale del CCV DDD DSM 118	Almeno 1 corso entro 31.12.2019 Formare almeno 100 persone
22.	1.	Dott.ssa Franca Masala	1.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Sanità penitenziaria</p> <p>Miglioramento dei percorsi di presa in carico relativi ai bisogni complessi in ambito delle dipendenze patologiche e salute mentale</p>	<p>Implementazione delle procedure in essere</p> <p>2. Condivisione fra il gruppo di lavoro delle istruzioni operative specifiche per la presa in carico relativamente ai percorsi assistenziali specifici</p> <p>3. Assicurare percorsi di presa in carico conformi alle istruzioni operative</p>	<p>In collaborazione con il DDD e DSM</p>	<p>Formalizzazione implementazione di 2 istruzioni operative (entro settembre 2019)</p> <p>2. Audit relativo ai percorsi assistenziali definiti (entro ottobre 2019)</p> <p>3. Presa in carico secondo le istruzioni operative del 100% a partire da novembre 2019, dei detenuti che necessitano</p>
<p>23. Effettuazione dei controlli a campione sulle autocertificazioni rilasciate dai cittadini nell'ambito delle attività amministrative distrettuali a diretto contatto con l'utenza.</p>	<p>1. Individuazione delle autocertificazioni acquisite in Distretto ai fini dei controlli sulla veridicità di quanto dichiarato;</p> <p>2. Controlli e verifiche, nel periodo dal 01.03.19 al 31.12.19, per almeno il 20% delle autocertificazioni individuate;</p> <p>3. Predisposizione di un report dei controlli svolti nel periodo 01.03.19-31.12.19.</p>	<p>Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 3 ad eccezione di quello incardinato nell'ufficio convenzioni internazionali</p> <p>In comune con D1, D2 e D4</p>	<p>Presenza di un report distrettuale che rilevi il numero dei controlli svolti, nel periodo 01.03.19-31.12.19, sulle autocertificazioni individuate.</p>
<p>24. Applicazione di uno schema tipo di convenzione condiviso tra l'ASUITs e l'A.A.S. 2, per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra Azienda sanitaria ed Ente gestore di residenza per anziani non autosufficienti, per le nuove convenzioni predisposte nel corso del 2019</p>	<p>1. Analisi dello schema tipo di convenzione regionale (bozza), trasmessa con nota prot. n. 0003302/P del 05.02.2019 della Regione F.V.G.;</p> <p>2. Predisposizione, attraverso integrazioni e modifiche della bozza regionale, di uno schema convenzionale unico per l'ASUITs e l'A.A.S. 2, che tenga conto</p>	<p>Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 3 ad eccezione di quello incardinato nell'Ufficio Convenzioni Internazionali</p> <p>In comune con D1, D2 e D4</p>	<p>Presenza dello schema tipo convenzionale unico condiviso tra l'ASUITs e l'A.A.S. 2, entro il 31.05.2019 e comunque prima della stipula delle nuove convenzioni.</p> <p>Applicazione dello stesso per le nuove convenzioni predisposte nel corso del 2019.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	delle esigenze del territorio e di eventuali specifiche situazioni, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente.		
25. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni
26. Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-21	il Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza TPCT prevede l'aggiornamento della mappatura dei processi e dei procedimenti e la conseguente valutazione/rivalutazione del rischio per tutte le strutture aziendali. Nel corso del 2018 l'attività è stata svolta, come da Piano, per le strutture tecnico-amministrative e gli esiti pubblicati sul sito. Valutazione dei rischi dei procedimenti/procedure mappati dai Distretti, DSM, DDD e delle strutture di Staff	Direttore del Distretto e referenti prevenzione corruzione e trasparenza della Struttura In comune con Direttore della SC SISOF/RPCT - Ufficio Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Valutazione dei rischi della SO effettuata e registro implementato entro il 30/06/2019. Documentazione sottoscritta dal RPC e dal Responsabile di SO

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Sviluppare la continuità clinico/assistenziale e la presa in carico comune territorio/ospedale/territorio: azioni di programmazione nell'ottica della costruzione di un sistema di salute</p>	<p>Prosecuzione delle progettualità di lavoro integrate ospedale – territorio (2017-2018):</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Polifarmacoterapia/ appropriatezza prescrittiva b) Nutrizione artificiale c) Rete delle cure palliative 	<p>Obiettivo in comune: Distretti 1,2,3,4 Medicina Interna Clinica Medica Medicina Clinica Dott. Beniamino Ciocchi per indicatore b2 (trasversale a tutti i Distretti)</p>	<p>1. a1 L' 80 % delle persone dimesse dalle medicine con più di 75 anni ha in terapia meno di 9 principi attivi; a2. Le persone con più di 75 anni dimesse dalle medicine con più di 8 farmaci vengono segnalate ai distretti; a3. attivazione di valutazioni multidisciplinari, delle persone al punto a2, con il fine di valutare a distanza possibile riduzione dei principi attivi. b1. almeno 80% delle persone con indicazione a Nutrizione Artificiale (NA) devono essere segnalate ai Distretti entro 72 ore prima della dimissione da Ospedale; b2. valutazione del 100% degli assistiti segnalati per avvio percorsi di NA; c1. segnalazione nei percorsi di continuità assistenziale di tutte persone con prognosi infausta; c2. elaborazione di modello organizzativo proattivo di presa in carico.</p>
<p>2. 3.2.1.2 Attività distrettuali a supporto delle cure di lungo termine 3.5.7. Erogazione dei livelli di assistenza <u>Servizio di Continuità Assistenziale</u></p>	<p>1. segnalazione delle persone dimesse dai reparti di medicina e rientranti nelle seguenti categorie:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Persone con età > di 75 anni e con più di 8 principi attivi in 	<p>Personale della SCTSAA S.S. cure ambulatoriali e domiciliari S.S. anziani e residenze In collaborazione col DAI di Medicina</p>	<p>1. Valutazione del 100% dei casi segnalati come da azione (a; b; c)</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<u>Ospedale-Territorio.</u>	terapia; b) persone con indicazione a Nutrizione Artificiale; c) persone con prognosi infausta 2. Attuazione di quanto stabilito nella valutazione		2. Attivazione del percorso personalizzato nelle persone che lo necessitano Report casistica finale
3. Mantenimento standard qualità come da <i>Accreditation Canada</i>	1. Evidenza degli scostamenti emersi dallo standard oro <i>Accreditation Canada</i> 2. Predisposizione piani di miglioramento 3. Applicazione di almeno 1 piano di miglioramento per percorso accreditato	Personale della SCTSAA S.S. cure ambulatoriali e domiciliari S.S. anziani e residenze S.S. diabetologia S.S riabilitazione	1. un incontro distrettuale entro 30/9/2019 con evidenza dell'analisi degli standard e relativi scostamenti dal livello oro; 2. evidenza scritta dei piani di miglioramento proposti entro 30/10/2019; 3. evidenza dell'applicazione di un piano di miglioramento per percorso entro 31/12/2019
4. 3.2 ASSISTENZA DISTRETTUALE E ASSISTENZA SOCIO SANITARIA mantenere il più a lungo possibile le persone nel loro ambiente di vita abituale creando valide alternative al ricovero ospedaliero attraverso una gestione proattiva, integrata e multiprofessionale della cronicità (<u><i>tale da intercettare e possibilmente prevenire, limitare, ritardare complicazioni, ricadute, riacutizzazioni - che generano ricoveri spesso</i></u>)	1. Sviluppo del servizio di continuità assistenziale h-t 2. analisi dei punti critici e programmazione delle azioni correttive 3. Analisi dei risultati delle azioni correttive e report conclusivo	Dirigente Infermieristico e P.O. della SCTSAA In collaborazione con i dirigenti infermieristici e PP.OO. dei Distretti 1,2,3 e la Direzione Infermieristica Aziendale	1. Almeno 10 incontri/audit tra responsabili infermieristici h-t 2. Piano di miglioramento che tenga conto delle criticità individuate 3. Relazione con evidenza delle azioni correttive

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p><i>evitabili).</i> 3.2.1 ASSISTENZA DISTRETTUALE 3.2.1.1 Assistenza primaria 3.2.1.2 Attività distrettuali a supporto delle cure di lungo termine 3.2.1.2.2 Scopenso cardiaco 3.2.1.2.3 BPCO Progetti attinenti le attività clinico assistenziali; Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale. Rafforzamento del raccordo tra ospedale e territorio</p>			
<p>5. 3.2 ASSISTENZA DISTRETTUALE E ASSISTENZA SOCIOSANITARIA 3.2.1.2 Attività distrettuali a supporto delle cure di lungo termine (<i>"Chronic Care Model"</i>) Ricomposizione della frammentarietà dell'offerta assistenziale, attraverso <u>una revisione dei percorsi</u> per tutte quelle situazioni di complessità clinica e assistenziale legate alla comorbidità e alla polipatologia, in cui l'applicazione dei PDTA monopatologia non garantisce la soddisfazione dei bisogni di salute della persona.</p>	<p>1. Censimento dei servizi/attività/PDTA/reti in essere presso ASUITs al 31.12.2018 2. Rilettura ed aggiornamento dei percorsi assistenziali ritenuti strategici per il miglioramento delle situazioni legate a comorbidità e polipatologia</p>	<p>Dirigente Infermieristico Dott.ssa Monica Bonetti</p>	<p>1. Al 30/9/2019 Evidenza elenco dei documenti reperiti 2. Entro 31.12.2019 almeno 1 percorso assistenziale di miglioramento applicato Report conclusivo</p>
<p>6. 3.1.7. Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)</p>	<p>Implementazione dei gruppi di cammino rivolti alla popolazione adulta e anziana del distretto (target patologie <i>long term</i>: prevenzione, gestione)</p>	<p>SSD Servizio Infermieristico Distrettuale Microaree In collaborazione con la SSD Riabilitazione, con la diabetologia e con</p>	<p>1. Mantenimento dei gruppi esistenti e implementazione di almeno 1 ulteriore gruppo per distretto; 2. Report dell'attività svolta al 31/12 con</p>

Obiettivo generale	azione	s. s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		il reparto di Nefrologia	evidenza di n° uscite, destinazione e persone partecipanti
<p>7.</p> <p>3.1.3. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)</p> <p>3.1.15. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive</p> <p>Sensibilizzazione della popolazione residente nella Microarea rispetto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vaccinazioni (area minori; area anziani) - programmi di screening 	<ol style="list-style-type: none"> 1. diffusione alle persone del materiale illustrativo presente in ASUITs (depliant, brochure); 2. incontri di comunità con esperti sui singoli argomenti ; 3. sostegno alle persone fragili nei percorsi 	<p>Personale operante nella Microarea</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 100% dei nuovi conosciuti ha avuto il materiale informativo; 2. almeno 2 incontri di comunità; 3. 100% delle persone riconosciute fragili ha un percorso di sostegno.
<p>8.</p> <p>Linea 3.2.1.2.</p> <p>Attività distrettuali a supporto delle cure di lungo termine</p> <p>Sviluppare la continuità clinico/assistenziale e la presa in carico comune territorio/ospedale: azioni di programmazione nell'ottica della costruzione di un sistema di salute</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analisi della documentazione sanitaria disponibile nel 100% dei casi segnalati dalla continuità assistenziale del 4° Distretto (persone di età superiore a 75 anni in polifarmacoterapia con almeno 9 principi attivi) per valutazione dell'appropriatezza prescrittiva in relazione al quadro clinico; 2. condivisione con il Medico di Medicina Generale e/o con lo specialista in tutti i casi in cui si riscontri una prescrizione difforme rispetto a quanto indicato dalle linee guida sulle principali patologie cronico-degenerative; 3. stesura di report dell'attività svolta nel primo trimestre al 30/6/19; 	<p>SS Cure ambulatoriali e domiciliari</p> <p>dr.ssa. Benazzi Maria Teresa</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Documentazione sanitaria disponibile valutata nel 100% dei casi segnalati dalla continuità assistenziale del 4° Distretto (persone over 75 anni in polifarmacoterapia con almeno 9 principi attivi); 2. Il 100% dei casi in cui si riscontra una prescrizione non concorde rispetto alle linee guida sulle principali patologie cronico-degenerative sono condivisi con il Medico di Medicina generale e/o lo specialista; <p>Report dell'attività svolta nel primo semestre redatto entro il 30/6/19</p> <p>Report conclusivo redatto entro il 31/12/19</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	4. Stesura di report conclusivo sull'attività svolta entro il 31/12/2019		
<p>9. Linea 3.1.2. Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici</p> <p>Obiettivo irrinunciabile di un sistema di assistenza alla cronicità è il raggiungimento di una buona consapevolezza e corresponsabilità della persona nel processo di cura della sua malattia (Piano Nazionale della Cronicità 2016).</p> <p>Per raggiungere tale obiettivo sono necessari interventi di educazione sanitaria ripetuti e rinforzati al fine di migliorare la conoscenza dei fattori di rischio per MCNT ed aumentare l'adesione alle indicazioni (Sistema di sorveglianza PASSI ASUITS 2012-2015)</p>	<p>1. Raccolta del materiale informativo di ASUITS relativo alla prevenzione ed alla gestione delle principali MCNT</p> <p>2. Definizione di checklist, da somministrare in forma anonima, per rilevare il bisogno formativo dei partecipanti in relazione a fattori di rischio per MCNT e raccomandazioni per evitarne l'insorgenza.</p> <p>3. Definizione di checklist, da somministrare in forma anonima ai partecipanti già affetti da MCNT, per rilevare il bisogno formativo in tema di conoscenza del decorso clinico della patologia in relazione ad aderenza al percorso di cura in atto e adozione di adeguati stili di vita.</p> <p>4. Realizzazione di 2 incontri di educazione sanitaria in Distretto 4, previa somministrazione delle checklist, rivolti alla popolazione afferente ai servizi distrettuali con l'obiettivo di potenziare le risorse personali (empowerment individuale) per l'adozione consapevole degli stili di vita corretti finalizzati alla</p>	<p>SS Cure ambulatoriali e domiciliari dott. Alessandro Tulliani</p>	<p>Materiale aziendale relativo alla prevenzione e gestione delle MCNT selezionato entro il 30/6/2019</p> <p>Checklist pre - evento da somministrare alle persone a rischio di MCNT elaborata entro 30/6/2019</p> <p>Checklist pre - evento da somministrare alle persone già affette da MCNT elaborata entro il 30/6/2019</p> <p>Realizzati 2 incontri di educazione sanitaria presso il Distretto 4, previa somministrazione delle checklist, rivolti alla popolazione afferente ai servizi distrettuali , con contestuale consegna del materiale aziendale, entro il 31/12/2019</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	riduzione/eliminazione dei fattori di rischio per MCNT, e di educare le persone già affette ad una autogestione consapevole della malattia e del percorso di cura. Consegna del materiale aziendale di riferimento.		
10. Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani.	1. A seguito dell'introduzione del programma MAGREP per la prescrizione dei farmaci, attivazione di modalità prescrittive omogenee da parte dei MMG operanti nelle strutture residenziali per anziani convenzionate al fine di utilizzare correttamente il programma ed ottimizzare le risorse. 2. Verifica a campione in tutte le strutture residenziali per anziani convenzionate della corretta tenuta del foglio terapia e del diario clinico per ciascun MMG che ha attivato l'assistenza nelle 3 strutture (Casa Bartoli, Gregoretti, San Domenico).	Responsabile SS Anziani e Residenze. Dott. Carlo De Vuono	1. Evidenza di almeno 1 incontro con ciascun MMG operante nelle tre strutture convenzionate (Casa Bartoli, Gregoretti, San Domenico) al fine di omogeneizzare le modalità prescrittive per il corretto utilizzo del programma MAGREP e di ottimizzare le risorse; 2. Evidenza di verifica di almeno 10 fogli terapia e diari clinici per ciascun MMG che ha attivato l'assistenza (in caso di un numero di assistiti inferiore a 10, valutati tutti) nelle 3 strutture convenzionate (Casa Bartoli, Gregoretti, San Domenico) 31/12/19
11. Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani.	Verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni precedenti con calendarizzazione di 2 visite audit per ogni struttura convenzionata con il D4 (Bartoli, Gregoretti, San Domenico)	SS Anziani e Residenze	Realizzazione di 2 visite di audit approfondite presso le tre strutture convenzionate con il distretto 4 (Bartoli, San Domenico, Gregoretti): redigere e trasmettere, entro il primo semestre 2019, una relazione delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			Report al 31/12/2019
12. 3.2.1.2.1 Diabete mellito Miglioramento della Gestione integrata del diabete in coerenza con DGR 1676/2015	1. Organizzazione di una giornata di formazione per MMG dedicata alla Gestione integrata della malattia diabetica , puntualizzando gli obiettivi da perseguire , gli esami di follow up da eseguire , la prescrizione dell'autocontrollo e la prescrizione AFIR 2. Organizzazione di almeno 1 tavolo di audit clinico in ambito distrettuale, con particolare riferimento al livello di AFT, al fine di valutare le performance individuali e di gruppo e gli scostamenti dai valori definiti dalle linee guida di riferimento.	Dirigenti dei Centri diabetologici Dott.ssa Alessandra Petrucco Dott. Ssa Elena Manca Dott. Riccardo Candido Dott.ssa Chiara Gottardi	1. Corso di formazione realizzato entro dicembre 2019 2. Un incontro di audit per Distretto sanitario realizzato entro il 31/12/20019
13. Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione AFIR di interesse diabetologico	Inserimento nell'80% dei referti medici e infermieristici redatti dal personale medico e infermieristico dei Centri diabetologici di indicazioni precise sulla prescrizione delle strisce per la determinazione della glicemia e sulla modalità di esecuzione dell'autocontrollo	Tutto il personale della S.S. Centro diabetologico	Almeno l'80% dei referti medici e infermieristici redatti dal personale medico e infermieristico dei Centri diabetologici da aprile 2019 contengono indicazioni precise sulla prescrizione delle strisce per la determinazione della glicemia e sulla modalità di esecuzione dell'autocontrollo Fonte dati : cartelle dei pazienti e cartella elettronica
14. PAL 3.2.1.3 Riabilitazione	Elaborazione di un fascicolo condiviso all'interno della cartella riabilitativa delle persone con problematiche di	Tutte il personale della Struttura Dirigenti e Comparto – area riabilitativa	Disponibilità del fascicolo entro il 31/10/2019 e utilizzo dello stesso a partire dal 4/11/2019

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	linfedema (arti superiori, arti inferiori e capo/collo) in esiti di patologie oncologiche trattate chirurgicamente ed afferenti alle strutture riabilitative ospedaliere e territoriali di ASUITs		
15. PAL 3.1.7 Promozione dell'attività fisica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valutazione delle persone segnalate da mmg, strutture distrettuali e/o ospedaliere, continuità assistenziale ; 2. inserimento in un gruppo di cammino condotto dai fisioterapisti del distretto 3. Inserimento successivo nei gruppi di cammino già esistenti sul territorio 4. Follow up dei partecipanti entro 6 mesi 	Comparto area riabilitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. valutazione del 90% delle persone segnalate; 2. attivazione di almeno un nuovo gruppo di cammino condotto dal fisioterapista (previste 4 uscite con educazione sanitaria) con successiva proposta ai partecipanti di inserimento nei gruppi di cammino già esistenti; 3. rivalutazione entro 6 mesi dei partecipanti al progetto Report dell'attività svolta al 31/12/2019
16. 3.2.2.2 Disabilità Valutazione delle condizioni di vita (in particolare per le problematiche di tipo sanitario) per gli utenti in carico ai Servizi residenziali e semiresidenziali di cui all'art.6 comma 1 della L.R.41/96	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisionare ed aggiornare le valutazioni già effettuate nel 2018 quando segnalati cambiamenti del quadro clinico. 2. Valutazione degli utenti in continuazione con quanto effettuato nel 2017-2018 con le modalità approvate dalla Regione 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Responsabile SSD Riabilitazione 2. Dirigenza SSD Riabilitazione 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elenco casi segnalati e schede aggiornate 2. Almeno il 70% dell'utenza in carico ai Servizi residenziali e semiresidenziali, anche considerando l'utenza già valutata nel 2018 (30%), risulterà valutata al 31/12/2019. (Schede di valutazione approvate dalla Regione)
17.	1. Definizione delle procedure di	Dottoresse Cosetta Ceschia e M.	1. Nel primo semestre vengono definite

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Linee di gestione 2019. 3.2.2.3 Minori.</p> <p>Contrasto all'istituzionalizzazione dei minori . Accompagnamento all'attuazione delle linee di indirizzo per la presa in carico dei minori in strutture residenziali e semiresidenziali Rivalutazione dei progetti a favore dei minori istituzionalizzati.</p>	<p>monitoraggio e revisione dei progetti a favore di minori in carico alla SCBADoF inseriti in comunità (educative, psicoeducative e terapeutiche intra ed extraregionali). 2. Applicazione delle procedure definite per il monitoraggio dei progetti a favore dei minori in comunità in carico al servizio.</p> <p>Fonte cartelle cliniche della struttura</p>	Alessandra Carraro	<p>le procedure e individuati gli strumenti di monitoraggio dei progetti a favore dei minori in carico al servizio istituzionalizzati con documento che verrà inviato al capodistretto entro il 30 giugno 2019. 2. Dal 1/7/19 al 31/12/19 tutti i minori in comunità in carico al servizio vengono monitorati secondo le procedure definite Report esiti applicazione procedure entro il 31/12/2019.</p>
<p>18. Linea 3.2.2.3- Minori- 3.2.2.5. Disturbi del comportamento alimentare. Evidenza e monitoraggio delle situazioni in carico con DCA.</p>	<p>Individuazione referente per DCA. Registrazione e monitoraggio delle situazioni in carico alla SSTSBA con problematiche di DCA.</p>	Dott.ssa Linda Puzzer	<p>Viene tenuta registrazione delle situazioni in carico con problematica DCA ed evidenza monitoraggio</p>
<p>19. Adeguamento standard qualità come da Accreditation Canada Piani di miglioramento</p>	<p>Piani di miglioramento 1 Revisione delle procedure di accoglienza/accessibilità per i minori (0- 17 anni) presso le 4 SCBADOF distrettuali (esclusi i minori di età che accedono allo spazio giovani) 2 Revisione dei percorsi per la valutazione clinica dei minori nella fascia d'età 0-17 anni che sono stati accolti dalla SCBADOF e che necessitano di valutazione clinica.</p>	<p>1. Tutto il personale del comparto della SCBADOF 2 dott.ssa Sara Frisari dott.ssa Stefania Zoia dott.ssa Minisini 3 Rumer</p>	<p>1 Elaborazione di un documento che descriva il piano di miglioramento relativo alle procedure di accoglienza entro il 31/10/2019. 2. Elaborazione di un documento che descriva i piano di miglioramento relativo ai percorsi di valutazione entro il 31/10/2019. 3 Elaborazione di un documento che</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	3 Revisione dei percorsi e degli strumenti di valutazione dei minori (fascia età 0- 17) che accedono alle 4 SCBADOF per problematiche neuro/motorie, malattie rare e cerebrolesioni 4 Applicazione dei piani di miglioramento	Fisioterapisti/neuropsicomotricisti SSTSBA 4 Tutto il personale della SCBADOF	descriva i piani di miglioramento relativi ai percorsi e agli strumenti valutativi entro il 31/10/2019. 4 evidenza dell'applicazione dei piani di miglioramento a partire dal 1/11/2019 entro 31/12/2019
20. Linee di gestione 2019 3.2.2.7 Consultori familiari- Applicare le indicazioni del Protocollo regionale di intesa e Linee Guida per l'adozione nazionale e internazionale in FVG	Monitoraggio e valutazione dei percorsi adottivi di maggiore criticità nel primo anno di inserimento in famiglia	SS Consultorio Familiare	100% dei percorsi adottivi nella fase di inserimento in famiglia monitorati e valutati 31.12.2019 Fonte dati: cartelle utenza, registro casi target
21. Linee di gestione 2019 3.2.2.7 Consultori familiari Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica	Attivare la presenza dell'ostetrica nella gestione della gravidanza fisiologica	Ostetriche e altro personale Consultorio	Ostetrica presente nella gestione di almeno 12 nuove gravidanze fisiologiche 31.12.2019 Fonte dati: sistema informativo Gestione Consultori familiari, cartelle utenza
22. Miglioramento dell'attività amministrativa di rimborso delle spese sostenute in materia di trapianto e donazione	1. Analisi della normativa vigente in materia e confronto di eventuale regolamentazione già presente in altre aziende della Regione FVG 2. Proposta di un regolamento che definisca in maniera più strutturata la procedura per l'ottenimento dei rimborsi	Servizio di Assistenza Dializzati e Trapiantati Assistente sociale Fulvia Rossi	Preparazione e proposta del regolamento entro il 31/12/2019

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>23. Mantenimento dell'attività sinergica tra Servizio Assistenza Dializzati e Trapiantati e S.C. Nefrologia e Dialisi per il raggiungimento di una più efficace presa in carico sociosanitaria di persone dializzate</p>	<p>1. Continuità degli incontri multiprofessionali già in atto nell'anno recedente</p> <p>2. Partecipazione alle riunioni operative presso la sede della Nefrologia</p>	<p>Servizio di Assistenza Dializzati e Trapiantati assistente sociale Fulvia Rossi</p>	<p>Presenza in carico di tutte le richieste pervenute entro il 31/12/2019</p>
<p>24. Effettuazione dei controlli a campione sulle autocertificazioni rilasciate dai cittadini nell'ambito delle attività amministrative distrettuali.</p>	<p>1 Individuazione delle autocertificazioni acquisite in Distretto ai fini dei controlli sulla veridicità di quanto dichiarato;</p> <p>2 Controlli e verifiche nel periodo dal 01.03.19 al 31.12.19, per almeno il 20% delle autocertificazioni individuate;</p> <p>3 Predisposizione di un report dei controlli svolti nel periodo 01.03.19-31.12.19.</p>	<p>Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 4 ad eccezione di quello incardinato nell'Ufficio Convenzioni Internazionali</p> <p>In comune con D1, D2 e D3</p>	<p>Presenza di un report distrettuale che rilevi il numero dei controlli svolti, nel periodo 01.03.19-31.12.19, sulle autocertificazioni individuate.</p>
<p>25. Applicazione di uno schema tipo di convenzione condiviso tra l'ASUITs e l'A.A.S. 2, per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra Azienda sanitaria ed Ente gestore di residenza per anziani non autosufficienti, per le nuove convenzioni predisposte nel corso del 2019.</p>	<p>1 Analisi dello schema tipo di convenzione regionale (bozza), trasmessa con nota prot. n. 0003302/P del 05.02.2019 della Regione F.V.G.;</p> <p>2 Predisposizione, attraverso integrazioni e modifiche della bozza regionale, di uno schema convenzionale unico per l'ASUITs e l'A.A.S. 2, che tenga conto delle esigenze del territorio e di eventuali specifiche situazioni, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente.</p>	<p>Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 4 ad eccezione di quello incardinato nell'Ufficio Convenzioni Internazionali</p> <p>In comune con D1, D2 e D3</p>	<p>Presenza dello schema tipo convenzionale unico condiviso tra l'ASUITs e l'A.A.S. 2, entro il 31.05.2019 e comunque prima della stipula delle nuove convenzioni.</p> <p>Applicazione dello stesso per le nuove convenzioni predisposte nel corso del 2019.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>26. PAL Linea 7.3.3 - Mobilità Internazionale Evitare il non riconoscimento di eventuali crediti dovuti a ritardi di fatturazione, si prosegue mediante l'utilizzo della piattaforma ASPE con particolare riferimento al rispetto dei termini di scadenza indicati dalla Regione per le fatturazioni.</p>	<p>1. Utilizzo gestionale ASPE per la mobilità sanitaria internazionale attiva (crediti) con particolare riferimento alle fatturazioni (assunzione dei costi previa verifica, fatturazione, inserimento delle fatture nel sistema SIASI) e 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 della scadenza del 31.05.19 per il I semestre 2018 e del 30.11.19 per il II semestre 2018 (salvo eventuali diverse comunicazioni ministeriali /regionali)</p>	<p>Tutto il personale incardinato nell'Ufficio Convenzioni Internazionali</p>	<p>Completamento delle azioni 1 e 2 nel seguente modo: Per il I semestre 2018 entro il 31.05.19 (salvo diverse e successive comunicazioni indicate dalla Regione); Per il II semestre 2018 entro il 30.11.19 (salvo diverse e successive comunicazioni indicate dalla Regione)</p> <p>Fonte dati: stampa della ricevuta di avvenuto caricamento dei file nell'applicativo ministeriale ASPE e successivo invio alla DCSPSD della comunicazione sulla conclusione dei lavori e il rispetto dei termini previsti</p>
<p>27. Facilitare il percorso di perfezionamento della residenza e dell'iscrizione al Servizio Sanitario nei paesi UE, SEE e Svizzera, degli assicurati nei suddetti paesi, garantendo la tempestiva applicazione dei Reg. CE di assicurazione malattia/maternità, mediante il rilascio, su apposita richiesta, dell'attestato di aggregazione dei periodi di assicurazione maturati nei Paesi Comunitari.</p>	<p>1. Presenza in carico e registrazione (in entrata) delle richieste pervenute dal 01.03.19 al 30.11.19 da parte degli assicurati e relativa istruttoria con verifica della posizione assistenziale; 2. Emissione dei modelli internazionali E104/S041 nei quali si evince la presenza o meno di periodo di assicurazione; 3. Trasmissione dei modelli E104/S041 ai richiedenti con contestuale</p>	<p>Tutto il personale incardinato nell'Ufficio Convenzioni Internazionali</p>	<p>Completamento delle azioni 1, 2 e .3 con l'invio al richiedente del modello a carattere internazionale (E104/S041) entro 10 giorni dalla registrazione in entrata della richiesta su almeno il 90% dei casi in carico. Fonte: report riepilogativo agli atti dell'Ufficio</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	registrazione (in uscita).		
28. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni
29. Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-21	il Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza TPCT prevede l'aggiornamento della mappatura dei processi e dei procedimenti e la conseguente valutazione/rivalutazione del rischio per tutte le strutture aziendali. Nel corso del 2018 l'attività è stata svolta, come da Piano, per le strutture tecnico-amministrative e gli esiti pubblicati sul sito. Valutazione dei rischi dei procedimenti/procedure mappati dai Distretti, DSM, DDD e delle strutture di Staff	Direttore del Distretto e referenti prevenzione corruzione e trasparenza della Struttura In comune con Direttore della SC SISOF/RPCT - Ufficio Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Valutazione dei rischi della SO effettuata e registro implementato entro il 30/06/2019. Documentazione sottoscritta dal RPC e dal Responsabile di SO

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Sviluppo della risposta integrata all'emergenza psichiatrica</p>	<p>1. Incontri tra il personale DSM ASUITs e DSM AAS2 (Isontina) sulla gestione congiunta e sulla risposta all'emergenza psichiatrica 1.1 Revisione ed aggiornamento del precedente protocollo esistente tra i 2 DSM per invio in SPDC 1.2 Approfondimento conoscitivo del protocollo esistente tra DSM AAS2 (Isontina) e P.S. Gorizia e Monfalcone nell'ottica della futura ASUGI 2. Prosiegua incontri con il DAI Emergenza di ASUITs propedeutici al percorso formativo congiunto e per revisione vecchi protocolli con AOUTs</p>	<p>1. Personale SPDC ASUITs Personale CSM AAS2 (Isontina) 2. SPDC Oretti – Babich CSM1-Luchetta CSM2 - Mastrovito CSM 3 – Bonavigo CSM 4 – Zupin In collaborazione con DAI emergenza (118, PS, Med Urg.)</p>	<p>1. Report con sintesi proposte operative condivise, in ottica ASUGI 2. Preparazione percorso formativo DSM/SPDC – DAI 31/12/2019</p>
<p>2. Consolidamento della presa in carico di persone con Disturbo del comportamento Alimentare in coerenza con la DGR 668/2017</p>	<p>1. Definire e sperimentare modalità di collaborazione e integrazione con il Servizio DCA di Monfalcone attraverso almeno n.3 incontri 2. Programmazione di almeno n.3 incontri accreditati di formazione sul campo per il personale del Servizio DCA di Trieste</p>	<p>1. Personale DCA: Monticolo, Carmignani, Giuliani, Mariani 2. Personale DCA: : Monticolo, Carmignani, Giuliani, Mariani CSM 1: Mastroberti CSM 2: Berna CSM 3: Carmignani CSM 4: Ferrari</p>	<p>1. Evidenza di un percorso psicoeducativo condiviso rivolto ai famigliari di utenti in carico al DCA di Monfalcone e di Trieste 2. Evidenza formazione realizzata</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	3. Programmare e implementare gli interventi rivolti ai familiari	SARR: Padoan 3 . Personale DCA: Monticolo, Carmignani, Giuliani, Mariani	3. Aumento degli interventi rivolti ai familiari rispetto all'anno precedente 31.12.2019
3. Consolidamento del modello CSM 24 ore	1. Implementazione del "Manuale CSM 24 ore" attraverso la formazione di tutti gli operatori del DSM 2. Valutazione assistenziale per gli utenti visti solo in sede di servizio per interventi di somministrazione e/o affido farmacologico come evidenziato dall' elenco estrapolato dal sistema gestionale Point 3. visita domiciliare x le persone con terapia farmacologica in affido con care giver estrapolate dall'elenco Point	1. Personale DSM ASUITS Personale DSM AAS2 (Isontina) 2-3. Personale CSM ASUITS	1. Percorso FSC realizzato 31.12.2019 2. Entro 30/9 Rivalutato il 95% degli utenti dell'elenco e individuate le persone con terapia farmacologica in affido al care giver; 3. entro 31/12 100% visite domiciliari alle persone individuate Report al 31/12/2019
4. Coordinamento Attività Terzo Settore in un'ottica ASUGI	1. Conferenza/e Terzo settore 1.1 <i>Almeno 4 incontri tra operatori dsm asuits e aas2</i> 2. Organizzazione e definizione procedure di accoglienza / segreteria condivisa con le associazioni convenzionate	1. Coordinamento obiettivo: Rippa Personale SARR Personale DSM AAS2 (Isontina) 2. Personale SARR	1. Report delle conferenza 1.1 Produzione di una mappa delle risorse abitative e delle risorse riabilitative - lavorative, in ottica ASUGI 2. Attivazione segreteria condivisa (entro 1/3/2019) con definizione procedure di base
5. Miglioramento dei percorsi di inclusione, abilitazione e coinvolgimento dell'utenza all'interno	1. Coinvolgimento e partecipazione utenza nei servizi e sul territorio – Attività "Fuoric'entro 2"	Coordinamento obiettivo: SARR - Rippa Personale DSM	1. Identificazione operatori dedicati, e bozza progetto con temi e materiali (entro 30/04/19);

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
dei CSM e sul territorio	<p>1.1 Riunioni e forum: almeno 8 incontri con l'utenza nei CSM, gestite dal personale con i <i>peer support worker</i>, su temi prefissati in CTC.</p> <p>1.2 Riunioni in Microaree, sedi di associazioni o cooperative partner del territorio gestite dal personale DSM e del privato sociale (inclusi i <i>peer support worker</i>)</p> <p>2. Progetto "Convivium": avvio della riconversione pasti CSM e attivazione alternative sul territorio</p>		<p>Almeno n. 10 utenti per CSM coinvolti nel progetto (entro 31/12/19);</p> <p>1.1 Report incontri sui temi prefissati in csm</p> <p>1.2 Almeno n. 1 incontro in sede esterna al CSM per le riunioni tematiche (entro 31/12/19)</p> <p>2. In ogni CSM, almeno n.1 sede identificata e attivata per pasti socializzanti per almeno 3 persone (entro 31/12/19)</p>
6. Iniziative per l'integrazione tra cure primarie e specialistiche: Migliorare la continuità assistenziale in raccordo con i Distretti Sanitari delle persone in carico ai Centri di Salute Mentale	<p>1. Identificare all'interno di ogni CSM i referenti per la continuità assistenziale con i distretti</p> <p>2. Accogliere e rispondere entro 72 ore alle segnalazioni via mail arrivate dalla continuità assistenziale dei Distretti</p>	Dirigente Infermieristica del DSM Coordinatori dei CSM Personale DSM	100% delle richieste sono state gestite; report di sintesi delle situazioni gestite 31/12/2019
7. Miglioramento del percorso di cura con particolare riferimento alla comorbidità con disturbi fisici, all'uso dei farmaci, alla riabilitazione e agli stili di vita	Diffusione linee guida OMS e implementazione percorso e scheda "Mens Sana"	Dirigenti medici e psicologi DSM	Ad almeno 10 utenti per Dirigente (con particolare riguardo a casi di obesità e ipertensione) viene somministrata la scheda <i>mens sana</i> . 31/12/2019
8. Riorganizzazione gestionale dell'attività amministrativa finalizzata a garantire la qualità della documentazione clinica e	<p>1. Revisione degli archivi cartacei Aggiornamento informazioni socio demografiche relative all'utenza in</p>	Personale amministrativo/facenti funzioni amministrative del DSM	1. Relazione illustrativa dell'attività svolta, bozza di procedura relativa al sistema di archiviazione delle cartelle

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
a quantificare l'impegno di risorse delle persone in contatto con le strutture del DSM	<p>contatto con le strutture del DSM in pSM/POINT</p> <p>2. Registrazione delle "presenze" (partecipazioni ad attività) in pSM/POINT</p> <p>3. Inserimento della documentazione clinica relativa ai PTRP/Relazioni/BIS etc. in pSM/POINT</p>		<p>cliniche</p> <p>2. Aggiornamento delle anagrafiche inserite in pSM/POINT</p> <p>3. La documentazione prodotta è inserita in pSM/POINT; Report finale riepilogativo impegno delle risorse 31/12/2019</p>
9. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni
10. Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-21	<p>il Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza TPCT prevede l'aggiornamento della mappatura dei processi e dei procedimenti e la conseguente valutazione/rivalutazione del rischio per tutte le strutture aziendali. Nel corso del 2018 l'attività è stata svolta, come da Piano, per le strutture tecnico-amministrative e gli esiti pubblicati sul sito.</p> <p>Valutazione dei rischi dei procedimenti/procedure mappati dai Distretti, DSM, DDD e delle strutture di Staff</p>	<p>Direttore del Dipartimento e referenti prevenzione corruzione e trasparenza della Struttura</p> <p>In comune con Direttore della SC SISOF/RPCT - Ufficio Prevenzione Corruzione e Trasparenza</p>	<p>Valutazione dei rischi del Dipartimento effettuata e registro implementato entro il 31/12/2019.</p> <p>Documentazione sottoscritta dal RPC e dal Direttore di Dipartimento</p>

SO Dipartimento delle Dipendenze

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore/ risultato atteso/tempo
<p>1. Miglioramento della gestione relativa alla documentazione sanitaria informatica al fine di garantire una maggior tutela della privacy e/o del diritto all'anonimato dell'utenza afferente a tutte le articolazioni organizzative del Dipartimento delle Dipendenze (DDD)</p>	<p>Rendere disponibile ogni utente preso in carico dal DDD nella sezione "anagrafica" della Piattaforma informatica MFP5 il codice regionale di anonimato</p>	<p>Tutto il personale (comparto e dirigenza) del DDD</p>	<p>L'utenza presa in carico dal DDD per problematiche di dipendenza e/o malattie a trasmissione sessuale presenta il codice regionale di anonimato in caso di invio all'esterno di esami.</p> <p>Entro il 31/12/2019</p>
<p>2. Ampliamento dell'offerta di percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio per la cura dell'epatite C in favore di utenti Hcv + in carico a tutte le articolazioni organizzative del DDD, con sperimentazione di interventi proattivi e di linkage to care per facilitare l'accesso e la ritenzione in trattamento nei protocolli farmacologici con farmaci ad azione antivirale diretta (DAAS)</p>	<p>1. Implementare un database dedicato che raccolga informazioni presenti attualmente in più fonti per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - censire l'utenza ai fini dell'HCV ed assicurare lo screening ed il monitoraggio sierologico - programmare l'approfondimento diagnostico ai soggetti con HCV+ con le strutture ospedaliere coinvolte nel protocollo di cura specifico - monitorare l'accesso ai protocolli di cura e l'esito delle terapie con DAAS - verificare la regolare programmazione del follow-up e le eventuali reinfezioni <p>2. Aumentare il numero di utenti HCV+ in carico al DDD che hanno accesso ai programmi di cura con farmaci DAAS in collaborazione con SC Malattie</p>	<p>Tutto il personale della S.C. Dipendenze da Sostanze Illegali e S.C. Dipendenze Comportamentali e da Sostanze Legali appartenenti ai profili di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medico - Infermiere, coord. e dir. Inf - Assistente sanitario - OSS, OTA <p>in comune con con SC Malattie Infettive e Clinica Patologie del Fegato di ASUITS</p>	<p>1. Disponibilità del data base dedicato su cartella dipartimentale condivisa Entro il 30/06/2019</p> <p>2. Aumentare del 20% il numero degli utenti HCV+ trattati con farmaci DAAS secondo il protocollo di cura congiunto</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore/ risultato atteso/tempo
	Infettive e Clinica Patologie del Fegato di ASUITS		(pazienti trattati nel 2018: n.41- fonte dati MFP5- <i>report trattamenti aperti anno 2018</i>) Entro il 31/12/2019
3. Miglioramento dei percorsi specialistici di presa in carico dei diversi target di utenza presso la sede di Androna degli Orti	<p>1. Attivare un confronto operativo fra le 3 équipe operanti presso la sede dipartimentale di Androna degli Orti 4 finalizzato all'elaborazione di una proposta condivisa per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizzare sinergie operative - Massimizzare l'utilizzo degli spazi - Implementare protocolli di lavoro condivisi - Ampliare l'offerta e la fruibilità del servizio all'utenza <p>2. Sperimentare la proposta di riorganizzazione di cui al punto precedente con valutazione finale, secondo indicatori predeterminati ed implementazione di eventuali interventi correttivi</p>	<p>Tutto il personale (comparto e dirigenza) delle équipe multiprofessionali operanti presso la sede di Androna degli Orti 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centro di Promozione della Salute - SSD Consumi e Dipendenze Giovanili - psicologi del progetto "Ben-essere donna" 	<p>1. Presentazione del documento di riorganizzazione al Direttore del DDD Entro il 30/06/2019</p> <p>2. Presentazione del documento di valutazione degli interventi riorganizzativi al Direttore del DDD Entro il 31/12/2019</p>
4. Miglioramento dei percorsi di formazione e reinserimento sociale e lavorativo degli utenti del DDD con riferimento alle "Modalità tecnico operative per l'attivazione di tirocini inclusivi a favore di persone prese in carico dai servizi sociali e sanitari - art. 38 del Regolamento emanato con DPR n. 57/2018" - approvate con	<p>1. Definire una procedura dipartimentale al fine di condividere le modalità operative per lo svolgimento dei tirocini inclusivi (borse di formazione lavoro) in tutte le articolazioni organizzative del DDD</p> <p>2. Attivare un sistema di monitoraggio e valutazione dell'andamento dei tirocini</p>	Tutto il personale del ruolo amministrativo e assistenti sociali del DDD	<p>1. Formalizzazione della procedura <i>Entro 31/12/2019</i></p> <p>2. Valutazione degli esiti dei tirocini inclusivi attivati nel corso del 2019 utilizzando almeno 3 indicatori previsti</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore/ risultato atteso/tempo
Decreto regionale n.89 del 16/01/2019	inclusivi utilizzando almeno tre degli indicatori di cui all'articolo 7 (Monitoraggio, verifica e flussi informativi) delle "Modalità tecnico operative per l'attivazione di tirocini inclusivi" approvate con Decreto n.89/2019, per consentire omogeneità di analisi a livello regionale		dal regolamento regionale con stesura di un report annuale <i>Entro 31/12/2019</i>
5. Miglioramento dei percorsi di cura degli utenti in misura alternativa alla detenzione, secondo i criteri del progetto regionale di cui alla DRG 368/2017	1. Garantire l'implementazione di programmi alternativi alla detenzione secondo la procedura per la presa in carico approvata dal Dipartimento nel 2018 2. Monitorare i programmi alternativi alla detenzione garantiti dalle diverse articolazioni organizzative del DDD con l'utilizzo del data base dedicato, già sperimentato nel corso del 2018	Tutti gli psicologi del DDD Assistente sociale coordinatore	1. Il 100% degli utenti in misura alternativa vengono presi in carico secondo procedura <i>Entro il 31/12/2019</i> 2. Presentazione al Direttore del DDD di un report annuale di monitoraggio <i>Entro 31/12/2019</i>
6. Implementare un percorso di presa in carico congiunta di pazienti ad alto rischio di esposizione all'infezione da HIV con SC Malattie Infettive	1. Incontro di formazione con il personale della SC Malattie infettive sul tema della PrEP (Pre-Exposure Prophylaxis HIV) 2. Individuazione del percorso di presa in carico congiunta dei pazienti ad alto rischio da trattare con PrEP e stesura di un volantino informativo 3. Attivazione del percorso di presa in carico congiunta	Tutto il personale (comparto e dirigenza) del Centro MST In collaborazione con SC Malattie Infettive	1. Formazione congiunta (Entro il 30/06/2019) 2. Formalizzazione del percorso operativo <i>Entro il 31/08/2019</i> 3. Presa in carico dei 100% dei soggetti eleggibili (Dal 1/09/2019 al 31/12/2019)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore/ risultato atteso/tempo
<p>7. Attivazione di interventi propedeutici alla fusione dei servizi per le dipendenze tra l'area triestina e isontina</p>	<p>1. Definire il sistema dell'offerta del Dipartimento delle Dipendenze di ASUITS con dati confrontabili rispetto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modalità organizzative - Tipologie di percorsi - Allocazione delle risorse - Volumi prestazionali <p>2. Avviare il confronto con i servizi delle dipendenze dell'area isontina al fine di valutare congiuntamente i rispettivi indicatori di cui al punto 8.1 e proporre un'ipotesi organizzativa per il 2019 su funzioni ritenute strategiche per assicurare un miglioramento dell'offerta e la ricerca di sinergie operative</p>	<p>Responsabili di struttura semplice e complessa del DDD Coordinatori infermieristici ed ass. soc. Dirigente infermieristico</p>	<p>1. Presentazione di un documento complessivo sul sistema dell'offerta del DDD</p> <p><i>Entro il 30/06/2019</i></p> <p>2. Formalizzazione del documento di confronto fra i servizi delle dipendenze dell'area triestina-isontina</p> <p><i>Entro il 31/12/2019</i></p>
<p>8. Miglioramento dell'assetto organizzativo e procedurale inerente i protocolli diagnostici in collaborazione con il Dipartimento di Medicina di Laboratorio ed il Laboratorio di Tossicologia Forense al fine di ottimizzare l'utilizzo di risorse economiche e professionali, garantendo il rispetto delle indicazioni previste nella normativa specifica</p>	<p>1. Condurre uno studio di fattibilità sull'introduzioni di metodiche di accertamento tossicologico su matrici biologiche diversificate (cheratinica e salivare) con evidenza dell'impatto sull'appropriatezza, sui costi e sull'impiego di risorse umane</p> <p>2. Avviare una sperimentazione operativa con valutazione d'impatto delle nuove metodiche sull'organizzazione esistente</p>	<p>Direttore del DDD</p> <p><i>In comune con il Dipartimento di Medicina di Laboratorio ed il Laboratorio di Tossicologia Forense</i></p>	<p>1. Presentazione dell'ipotesi operativa alla Direzione Strategica Entro il 30/6/2019</p> <p>2. Presentazione del report di valutazione alla Direzione Strategica Entro il 31/12/2019</p>
<p>9. Attuazione del Piano Triennale della</p>	<p>Premessa di contesto: il Piano Triennale Prevenzione</p>	<p>Direttore DDD e referenti prevenzione corruzione e trasparenza (Claudia</p>	<p>Valutazione dei rischi effettuata e registro implementato entro</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore/ risultato atteso/tempo
Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-21	<p>Corruzione e Trasparenza TPCT prevede l'aggiornamento della mappatura dei processi e dei procedimenti e la conseguente valutazione/rivalutazione del rischio per tutte le strutture aziendali. Nel corso del 2018 l'attività è stata svolta, come da Piano, per le strutture tecnico-amministrative e gli esiti pubblicati sul sito.</p> <p>Azioni: Valutazione dei rischi dei procedimenti/procedure mappati dal DDD</p>	<p>Melli)</p> <p>In collaborazione con il Direttore della SC SISOF/RPCT - Ufficio Prevenzione Corruzione e Trasparenza</p>	<p>31/12/2019 Documentazione sottoscritta dal RPC e Responsabile di S.O.</p>
10. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni
11. Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-21	<p>il Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza TPCT prevede l'aggiornamento della mappatura dei processi e dei procedimenti e la conseguente valutazione/rivalutazione del rischio per tutte le strutture aziendali. Nel corso del 2018 l'attività è stata svolta, come da Piano, per le strutture tecnico-amministrative e gli esiti pubblicati sul sito.</p> <p>Valutazione dei rischi dei procedimenti/procedure mappati dai Distretti, DSM, DDD e delle strutture di Staff</p>	<p>Direttore del Dipartimento e referenti prevenzione corruzione e trasparenza della Struttura</p> <p>In comune con Direttore della SC SISOF/RPCT - Ufficio Prevenzione Corruzione e Trasparenza</p>	<p>Valutazione dei rischi del Dipartimento effettuata e registro implementato entro il 31/12/2019.</p> <p>Documentazione sottoscritta dal RPC e dal Direttore di Dipartimento</p>

DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

Dipartimento di Assistenza Ospedaliera (DAO)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Trasferimento dell’RSA San Giusto all’Ospedale Maggiore	Per quanto di competenza, pianificazione ed adozione delle azioni propedeutiche al trasferimento dell’RSA San Giusto	Direttore DAO; Personale dirigente medico Direzione Medica di Presidio	Relazione sull’attività svolta al fine del trasferimento dell’RSA entro il 31.12.2019
2. Protocollo MDR	1. Analisi e Condivisione dei protocolli vigenti presso le due Aziende Ass2 e AsuiTs 2. Unificazione delle procedure in un unico documento ASUGI	Direttore DAO; Personale di comparto – Servizio di Vigilanza Sanitaria	1. Entro 1 luglio: effettuazione di incontri AAS2 – ASUITs con presenza di verbali; 2. Entro 30 settembre: presenza di un documento unico condiviso
3. Applicazione di 3 standard per la determinazione del fabbisogno della dirigenza medica e sanitaria	Calcolo della dotazione organica mediante applicazione di 3 criteri di determinazione dell’organica: metodo ASUITs, metodo Regione Fvg, metodo Regioni (Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Lazio e Puglia)	Direttore DAO Personale dirigente medico - Personale di comparto – Uff. Analisi Attività Sanitaria e Accettazione Amministrativa	1. Presenza del documento con il confronto della dotazione organica risultante dall’applicazione dei 3 metodi entro 31 marzo 2. Applicazione del documento nelle procedure di acquisizione del personale

Direzione Medica di Presidio

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1 Monitoraggio degli accessi e dei ricoveri in PS	Rilevazione degli accessi in PS – Cattinara e Maggiore – e dei ricoveri da PS verso le SSCC di Medicina Interna e verso la Medicina d’urgenza e invio alle SSCC	Personale dirigente medico Direzione Medica di Presidio	Presenza report mensili e invio alle SSCC
2 Tempi attesa per ricovero programmato	1. Monitoraggio dei tempi di attesa con integrazione della reportistica come da nuovo Piano Tempi Attesa 2. Incontri diversificati con le SSCC chirurgiche e rilevazione criticità percorso paziente in lista di attesa	1. Personale di comparto –Uff. Analisi Attività Sanitaria e Accettazione Amministrativa; 2. Personale dirigente medico Direzione Medica di Presidio	1. Presenza report trimestrale, integrato con le nuove procedure oggetto di monitoraggio, e invio alle SSCC; 2. Presenza verbali incontri e predisposizione documento di analisi delle criticità rilevate
3 Movimenti SSCC di Medicina Interna	1. Predisposizione di uno strumento per il monitoraggio dei movimenti da e per le Medicine 2. Monitoraggio settimanale degli entrati e usciti dalle SSCC Medicina Interna, Clinica Medica e Medicina Clinica e invio ai Direttori di SC	Personale di comparto – Servizio di Accettazione Amministrativa; - personale di comparto – Uff. Analisi Attività Sanitaria e Accettazione Amministrativa	1 Presenza della reportistica specifica di monitoraggio a partire dall’1.5.2019 2. Presenza report settimanali (almeno 28) e invio ai Direttori delle SSCC Medicina Interna
4 L’idratazione nel paziente degente	1. Elaborazione di una procedura sull’idratazione; 2. Integrazione della scheda di monitoraggio degli introiti alimentari con gli introiti idrici nel paziente ricoverato;	personale di comparto – Servizio di Dietetica	1. Presenza della procedura; 2. Presenza della scheda di monitoraggio integrata con gli aspetti idrici; 3. Presentazione ai reparti in sede di audit della Dir. Infermieristica e

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	2. Diffusione presso i Reparti		pubblicazione su sito Intranet
5 3.5 Assistenza ospedaliera: Corretta compilazione della SDO	Produzione di un libretto con indicazioni alla corretta compilazione della SDO; pubblicazione sul sito intranet	Personale dirigente medico Direzione Medica di Presidio; personale di comparto – Uff. Analisi Attività Sanitaria e Accettazione Amministrativa	Produzione del documento entro 30 giugno 2019 e pubblicazione sul sito intranet aziendale
6 3.5 Assistenza ospedaliera: Polmone: PDTA BPCO (corretta codifica in SDO della BPCO)	Monitoraggio delle SDO con diagnosi principale di BPCO	Personale dirigente medico Direzione Medica di Presidio; personale di comparto – Uff. Analisi Attività Sanitaria e Accettazione Amministrativa, Archivio cartelle cliniche	Presenza di 3 report/anno con analisi clinica della correttezza di codifica
7 Assistenza Farmaceutica	Audit con le strutture che utilizzano farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriately	Personale dirigente medico Direzione Medica di Presidio;	Presenza dei verbali quadrimestrali degli audit effettuati con le SSCC interessate
8 Prevenzione e sorveglianza Rischio infettivo	In riferimento alle linee guida ministeriali, aggiornamento delle procedure in relazione all'introduzione di nuove tecnologie: -sterilizzazione e riprocessazione -manutenzione generatore termico e controllo microbiologico -Area stomatologia aggiornamento e revisione protocollo operativo sterilizzazione: introduzione stoccaggio dei ferri buste a scadenza annuale -Area cardiocirurgia: elaborazione procedura operativa sulla gestione del generatore termico e la sorveglianza microbiologica (ricerca micobaterium chimaera)	Resp.le SS Controllo servizi in outsourcing – dirigente medico; Personale di comparto - Servizio Vigilanza Sanitaria	1. Elaborazione/pubblicazione Procedura disinfezione e sterilizzazione in stomatologia 2. Elaborazione/pubblicazione Procedura operativa per la gestione del generatore termico/circolazione extracorporea e controllo microbiologico
9	Effettuazione di 2 survey sull'igiene	Personale di comparto - Servizio	Predisposizione di due report

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Qualità delle Cure: la prevenzione delle Infezioni correlate all'assistenza OC OM	mani presso i reparti	Vigilanza Sanitaria	semestrali da trasmettere ai reparti: Primo report: 30 giugno 2019 Secondo report: 30 Dicembre 2019
10 Qualità delle cure	1. Integrazione del regolamento di gestione dell'attività operatoria con indicazioni relative alla Standardizzazione Comportamento del personale e della compliance delle buone pratiche nella prevenzione del rischio infettivo. 2. Sorveglianza della compliance alle raccomandazioni dei comportamenti dei blocchi operatori tramite: Elaborazione bundle comportamenti degli operatori dei blocchi operatori Osservazione diretta sul campo	Resp.le SS Controllo servizi in outsourcing – dirigente medico; Personale di comparto - Servizio Vigilanza Sanitaria in comune con: Dir Complesso operatorio, RID DAI Em Urg Acc	1. Integrazione del regolamento di CO, entro aprile 2019 2. Monitoraggio sull'adesione del personale all'applicazione dei flussi pre- stabiliti, entro ottobre 2019
11 Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	1. Aggiornamento e unificazione dei Protocolli Operativi gestione esternalizzata dei documenti sanitari prodotti dall'ASUITS, sul servizio ditta in appalto elaborati nel 2009; 2. Aggiornamento "Regolamento di archiviazione della documentazione sanitaria", novembre 2009 per l'area ospedaliera; l'aggiornamento comprenderà soltanto la parte riguardante la richiesta d'archiviazione, richiesta di consultazione e richiesta di scarto dei documenti sanitari ASUITS	Resp.le SS Controllo servizi in outsourcing – dirigente medico; Personale di comparto – Ufficio Cartelle Cliniche	1. Elaborazione/pubblicazione Procedura Operativa gestione esternalizzata dei documenti sanitari prodotti dall'ASUITS;2. 2. Elaborazione/pubblicazione Regolamento di archiviazione della documentazione sanitaria sul sito intranet

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
12 Rilevazione posti letto – nuovo percorso di invio dei dati	1. Predisposizione della nuova modulistica per la trasmissione giornaliera dei posti letto dal Reparto al CSI via fax; 2. Applicazione del nuovo percorso nelle SSCC di degenza e confronto sistema ADT	Personale di comparto – Centro Servizi Interni	1. Presenza modulo di rilevazione posti letto e confronto sistema ADT; 2. % SSCC che applicano il percorso >= 80%
13 Psicologia clinica	1. Partecipazione al gruppo di lavoro regionale per la strutturazione del PDTA “violenza di genere”; 2. Aggiornamento della procedura di Pronto Soccorso per il percorso clinico assistenziale in coerenza con le normative vigenti e del risultato del lavoro regionale	Psicologia clinica –	1. Evidenza della partecipazione al gruppo regionale; 2. presenza della bozza avanzata di procedura entro 30.11.2019
14 Psicologia clinica	definizione del modello di intervento psicologico, per la parte ospedaliera, nei percorsi clinico assistenziali di pazienti con tumore – unit oncologiche	Psicologia clinica	Presenza del documento che illustra attività e modalità di partecipazione della psicologa alle unit oncologiche entro 1.11.2019
15 Dispositivi medici	Istituzione della Commissione Dispositivi Medici di ASUITS e regolamentazione del processo di valutazione dei dispositivi medici	Resp.le SS Controllo servizi in outsourcing – dirigente medico; Personale di comparto – Uff Analisi Attività Sanitaria e Accettazione Amministrativa In collaborazione con SC Approvvigionamenti e gestione dei servizi	1. Presenza Decreto di istituzione della Commissione 2. Presenza del regolamento di funzionamento

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Avvio dell'integrazione del personale dirigente nelle attività medico legali di 1°, 2° e 3° livello della gestione funzionale DiP relativamente alla medicina necroscopica (1° livello), alla valutazione collegiale dell'invalidità civile (2° livello) e alla redazione dei pareri medico legali su richiesta della SCAGLA della ASUITs (3° livello)	Formazione del personale dirigente mediante affiancamento e eventuale valutazione congiunta della casistica	Responsabile ff. SC	Almeno 20 turni di medicina necroscopica (attività 1° livello) Almeno 15 sedute di accertamento collegiale dell'invalidità civile, handicap, cecità civile, sordomutismo, collocamento mirato (attività 2° livello) Almeno 4 pareri medico legali (su atti o a seguito di visita diretta) trasmessi alla SCAGLA di ASUITs
2. Formare il personale relativamente alla corretta compilazione e tenuta della documentazione sanitaria in adesione alle normative vigenti ed alle procedure Aziendali	Audit di reparto/ Corsi Aziendali	Dirigente Comparto	Organizzazione di almeno 10 audit di reparto e 2 corsi aziendali con le SSCC ospedaliere con produzione di report finale sull'attività svolta
3. Audit sulle cartelle cliniche chiuse	Utilizzo sistema di misurazione corretta compilazione	Dirigente Comparto	Verifica ed analisi delle cartelle cliniche chiuse in adesione agli standard aziendali/regionali ed inserimento dei dati nel data base preposto. Validazione di un report conclusivo relativamente alle SSCC valutate
4. Riduzione delle criticità nella redazione delle Cartelle Cliniche	Attività di monitoraggio delle cartelle cliniche aperte nelle Strutture Complesse come metodo proattivo per ridurre la probabilità di errori (valutazione di almeno 3 cartelle cliniche per	Dirigente Comparto	Valutazione del grado di conformità della documentazione clinica mediante analisi di almeno 60 cartelle cliniche aperte. Relazione dettagliata con evidenza delle non conformità ed eventuali proposte di miglioramento.

DAI EMERGENZA URGENZA E ACCETTAZIONE

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Mantenimento attuale disponibilità chirurgica ed ottimizzazione dei percorsi attuale RR complesso sale complesso 4-13. Miglioramento del percorso del paziente con patologia Ortopedico/Traumatologia A seguito dell'estensione delle sedute operatorie ortopediche quotidiane fino alle ore 20, garantire l'attivazione e della RR del complesso sale ABC sulle 12 ore con presenza dell'infermiere e dell'anestesista anche nella fascia pomeridiana.</p>	<p>Ampliare l'orario di apertura della recovery room ortopedica fino alle ore 20 con personale dedicato.</p>	<p>RID Direttore DAI</p>	<p>1. Presentazione del progetto complessivo entro il 30 settembre e attivazione della RR e dei miglioramenti proposti dal 1 ottobre 2019 2. Attivazione della RR sulle 12 ore nel complesso ABC. 3 Numero di sedute operatorie attivate nei due Complessi maggiore dell'ultimo trimestre 2018</p>
<p>2. Mantenimento attuale disponibilità chirurgica ed ottimizzazione dei percorsi attuale RR complesso sale complesso 4-13.</p>	<p>Mantenere lo standard delle competenze nel rispetto della programmazione delle 10 sedute aggiuntive la cui attivazione e riferita dall'otto ottobre 2018 per tutto il 2019</p>	<p>RID Direttore DAI</p>	<p>Numero di sedute operatorie attivate nei due Complessi mantenendo lo standard 8 ottobre 31 dicembre 2018</p>

SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Creazione di un protocollo condiviso multidisciplinare per le urgenze neurochirurgiche	1. Meetings 2. Revisione della letteratura 3. Stesura protocollo 4. Sperimentazione operativa protocollo 5. Audit di verifica ed eventuale modifica e/o integrazione	Dirigenti Medici in comune con: ARTA Complesso Operatorio Cattinara Complesso Operatorio Maggiore Tipo Radiologia HC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Neurochirurgia SC (UCO) Radiologia Diagnostica e Interventistica	1. Presentazione protocollo condiviso alla DS entro Settembre 2019 2. Audit formale di verifica sulla sua applicazione ed adesione a quanto stabilito: eventuali modifiche e integrazioni
2. Miglioramento percorso di assistenza in Pronto Soccorso e Sala Gessi del paziente affetto da patologia ortopedico-traumatologica	Stesura ed applicazione di un Protocollo condiviso tra SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza e UCO Cl. Ortopedico-Traumatologica per: 1. disciplinare le modalità delle consulenze ortopediche 2. razionalizzare il lavoro del Pronto Soccorso e della Sala Gessi 3. consentire una migliore gestione del Paziente	Direttore, Dirigenti, Comparto In comune con Direttore Dirigenti e Comparto SC UCO Cl. Ortopedica e traumatologica	1. Elaborazione del nuovo Protocollo condiviso 2. Sua attivazione entro 01.06.2019
3. Miglioramento di percorso assistenziale	Produzione di protocollo condiviso con i chirurghi e con il Pronto Soccorso per la gestione del paziente con occlusione intestinale alta	Dirigenti e comparto In comune con Dirigenti S.C. Radiologia Diagnostica e Interventistica e Comparto S.C. Radiologia Diagnostica e	1. Produzione del protocollo entro l'1.10.2019 2. Avvio dell'utilizzo del protocollo entro

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		Interventistica S.C. Radiologia OM, la S.C. Clinica Chirurgica (Dirigenti Medici e Comparto)	il 30.10.2019
4. Armonizzazione delle attività clinico/organizzative della SC Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza	Attivazione delle procedure condivise 1. Preparazione e somministrazioni dei farmaci (diluizioni, modalità di somministrazione, ecc) 2. Uniformazione delle procedure e dei devices impiegati 3. Gestione delle indagini sui materiali biologici (colture, es. chimico.fisici, ecc)	Direttore, Dirigenti medici, Coordinatori, Comparto SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	Mettere in atto le procedure condivise nel 100% dei casi
5. Formazione del personale medico	1. Percorso formativo per i dirigenti medici tendente ad acquisire maggiore autonomia nella gestione dei pazienti critici 2. Corso di NIV (tenuto dalla dott.ssa Molino)	Direttore e Dirigenti medici SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	1. Tutti i dirigenti medici formati in ACLS ed ATLS 2. Tutti i dirigenti medici formati nella NIV
6. Creazione di un protocollo condiviso multidisciplinare per la diagnosi di delirio	Revisione della letteratura Stesura protocollo	Dirigenti Medici e Comparto Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	Presentazione protocollo condiviso alla DS entro Settembre 2019
7. Miglioramento percorso assistenziale del paziente dimesso dal Pronto Soccorso	Prosecuzione percorso per la presa in carico dei pazienti al SC Centro Cardiovascolare	Dirigenti Medici e Comparto Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	Archiviazione fax inviati al CCV: percorso attivato per il 90% dei pazienti eleggibili
8. Prosecuzione dell'inserimento nella	Custodia e carico/scarico sul registro in tempo reale, come da normativa sui	Dirigenti Medici e Comparto SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	Riduzione chiamate al farmacista reperibile

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
scorta farmaci del Pronto Soccorso di Cattinara di una quota di Metadone per i pazienti in terapia cronica che necessitano di osservazione prolungata in OBI	farmaci stupefacenti		
9. Riorganizzazione attività PS Cattinara	Definizione del progetto di revisione strutturale e funzionale del PS di Cattinara	Direttore SC e Coordinatori SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza. Direttore SC	1. Attivazione operativa della RAU 2. Miglioramento rispetto al 2018 dei tempi di attesa dei codici verdi applicando le due modalità di verifica regionale 3. Mantenimento tendenziale rispetto al 2018 della % ricoverati su accessi per quanto riguarda i codici bianchi e verdi
10. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

SSD Pronto Soccorso Ospedale Maggiore e Gestione delle Urgenze Territoriali

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. 3.1.3. Emergenza urgenza Riorganizzazione della Centrale Operativa Farneto secondo i contenuti dell'Accordo Stato Regioni e del PEU FVG	Progettare, accreditare ed effettuare incontri di FSC degli infermieri di CO in materia di gestione dei processi ed utilizzo del software dedicato	1. Resp. Inf. P.O. Barbara Brajnik Resp. Inf. Mauro Milos Resp. Inf. Alessandro Moratto	Nel corso del 2019 verranno organizzati ed effettuati incontri di Formazione sul Campo destinati agli Infermieri afferenti alla struttura. Al 31/12/2019 100% infermieri formati
2. 3.1.3. Emergenza urgenza Governare clinico e sicurezza delle cure Revisione, implementazione e condivisione con SORES delle Istruzioni Operative e Procedure	1. Identificazione delle tematiche che necessitano di revisione e/o implementazione, suddivisione delle stesse per competenza professionale. 2. Analisi e revisione delle IO e Procedure assegnate e presentazione delle stesse al Responsabile Medico per approvazione. 3. Condivisione con SORES	1-3. Responsabile Medico Alberto Peratoner 2. Personale del comparto e medici afferenti alla struttura	Almeno il 95% delle tematiche che necessitano di revisione e/o implementazione devono essere revisionate e condivise con SORES entro il 31/12/2019
3. 4. I FLUSSI INFORMATIVI E LE VALUTAZIONI <i>Flussi ministeriali- Obblighi informativi e qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali</i> Obiettivo aziendale 2018 garantire il rispetto delle tempistiche e delle scadenze da normativa ministeriale.	Inserimento dei dati della scheda medica nei casi in cui la missione non è stata annullata.	Infermieri, medici, personale tecnico e amministrativo afferenti alla struttura	Al 31 dicembre 2019, inserimento dei dati della scheda medica nel 100% dei casi in cui la missione non è stata annullata. Fonte dati: Sistema informatico CUS 118 FVG
4. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

Complesso Operatorio HC

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Aggiornamento della procedura di sanificazione e sanitizzazione delle sale operatorie per interventi con positività infettiva accertata	Revisione della letteratura; Redigere e condividere la nuova procedura	Coordinatori Infermieristici, infermieri e personale di supporto; In collaborazione e condivisione con la Direzione Medica	Redazione della procedura entro novembre e la sua applicazione sistematica in tutti i casi previsti da dicembre 2019
2. Revisione dei percorsi degli Dispositivi Medici riutilizzabili /strumenti chirurgici all'interno del Complesso operatorio del Presidio Ospedaliero OC	1. Ottimizzazione della modalità di gestione dei materiali chirurgici del complesso Operatorio sul reprocessing (disinfezione, confezionamento e stoccaggio,). 2. Revisione del modello organizzativo della centrale di sterilizzazione. 3. Standardizzazione dei percorsi preoperatori degli strumenti operativi di supporto 4. Definizione lay out di nuovo zona per lo storage dei presidi sterili della sala operatoria 5. Collaborazione alla definizione dei percorsi per l'organizzazione e la gestione. 6. Osservazione diretta sul campo.	Dir Complesso Operatorio RID Michele Alba – Comparto Coord. Valentina Giurissevich Coord. Moreno Cannarella In collaborazione con Dir medica di Presidio – personale dirigente medico - Dr.ssa Rosanna Piani – personale di comparto – Dr.ssa Maryluz Cordova Luna - Servizio di Vigilanza Sanitaria e Prevenzione	1. Presenza documento di progetto sull'organizzazione dei flussi/percorsi dei materiali chirurgici 2. Diffusione del documento nella sc. complesso operatorio 3. Valutazione sull'Adesione del personale alla applicazione dei flussi pre - stabiliti
3. Creazione di un protocollo condiviso	1. Meetings	Dirigenti medici	1. Presentazione protocollo condiviso alla

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
multidisciplinare per le urgenze neurochirurgiche	2. Revisione della letteratura 3. Stesura protocollo 4. Sperimentazione operativa protocollo 5. Audit di verifica ed eventuale modifica e/o integrazione	in comune con: ARTA Complesso Operatorio Cattinara Complesso Operatorio Maggiore Tipo Radiologia HC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Neurochirurgia SC (UCO) Radiologia Diagnostica e Interventistica	ds entro settembre 2019 2. Audit formale di verifica sulla sua applicazione ed adesione a quanto stabilito: eventuali modifiche e integrazioni
4. Trattamento delle urgenze traumatologiche diverse dal femore, rispetto target regionale	Programmazione dell'attività relativa agli interventi chirurgici urgenti per fratture diverse dal femore	Direttore Dirigenza Medica Comparto In comune con ARTA Anestesia e Rianimazione TIPO SC UCO Cl. Ortopedica e traumatologica	1. Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti (indicatore Bersaglio C5.18.1 <=1,5 gg) 2. Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti (indicatore Bersaglio C5.18.2 < =8 gg)
5. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Aggiornamento della procedura di sanificazione e sanitizzazione delle sale operatorie per interventi con positività infettiva accertata	Revisione della letteratura; Redigere e condividere la nuova procedura	Coordinatori Infermieristici, infermieri e personale di supporto; In collaborazione e condivisione con la Direzione Medica	Redazione della procedura entro novembre e la sua applicazione sistematica in tutti i casi previsti da dicembre 2019
2. Revisione dei percorsi degli Dispositivi Medici riutilizzabili /strumenti chirurgici all'interno del Complesso operatorio del Presidio Ospedaliero OC	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ottimizzazione della modalità di gestione dei materiali chirurgici del complesso Operatorio sul reprocessing (disinfezione, confezionamento e stoccaggio,). 2. Revisione del modello organizzativo della centrale di sterilizzazione. 3. Standardizzazione dei percorsi preoperatori degli strumenti operativi di supporto 4. Definizione lay out di nuovo zona per lo storage dei presidi sterili della sala operatoria 5. Collaborazione alla definizione dei percorsi per l'organizzazione e la gestione. 6. Osservazione diretta sul campo. 	<p>Dir Complesso Operatorio RID Michele Alba – Comparto Coord. Valentina Giurissevich Coord. Moreno Cannarella</p> <p>In collaborazione con Dir medica di Presidio – personale dirigente medico - Dr.ssa Rosanna Piani – personale di comparto – Dor.ssaMaryluz Cordova Luna - Servizio di Vigilanza Sanitaria e Prevenzione</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presenza documento di progetto sull'organizzazione dei flussi/percorsi dei materiali chirurgici 2. Diffusione del documento nella sc. complesso operatorio 3. Valutazione sull'Adesione del personale alla applicazione dei flussi pre- stabiliti
3. Creazione di un protocollo condiviso	1. Meetings	Dirigenti medici	1. Presentazione protocollo condiviso alla

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
multidisciplinare per le urgenze neurochirurgiche	2. Revisione della letteratura 3. Stesura protocollo 4. Sperimentazione operativa protocollo 5. Audit di verifica ed eventuale modifica e/o integrazione	in comune con: ARTA NCH Tipo Radiologia Cattinara e Maggiore Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	ds entro settembre 2019 2. Audit formale di verifica sulla sua applicazione ed adesione a quanto stabilito: eventuali modifiche e integrazioni
4. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

Complesso Operatorio HM - Day Surgery

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1 Mantenere /migliorare l'offerta chirurgica ai pazienti fuori regione fuori provincia	1. Programmare la preparazione preoperatoria e l'intervento chirurgico con solo 2 accessi ospedalieri concordati con l'utente 2. Disponibilità di due giornate consecutive concordate con l'utente 3. Concordare con l'utente la data dell'intervento	Comparto	80% dei pazienti preparati e operati nella tempistica data/concordata con l'utenza Produzione di report entro dicembre 2019
2 Miglioramento dell'efficienza gestionale	1. Ampliamento dell'offerta chirurgica con l'inclusione dei pazienti ASA 3/4 2. Selezionati in base alla previsione di un rapido recupero post-operatorio	Dirigenza Comparto	Operato il 30% del totale dei pazienti ASA 3 – 4, reputati inizialmente non idonei all'intervento chirurgico in DaySurgery entro 31/12/2019
3. Migliorare l'efficacia dei processi assistenziali nella chirurgia oftalmica attraverso la maggiore integrazione del personale dell'Area di Degenza e di Sala Operatoria	Coinvolgimento del personale infermieristico nella fase chirurgica attraverso la partecipazione in veste di spettatore di una seduta operatoria	Infermieri, Coordinatori: SC Cl. Oculistica SC C.O (Sala Operatoria di Oculistica)	Da 1 marzo al 31 dicembre 2019
4. Biopsia linfonodale (o di altro tessuto patologico con esclusione dell'area cervicale) in pazienti con sospetto di patologia linfoproliferativa	Individuazione di un percorso condiviso che permetta ai pazienti nei quali si sospetta una patologia linfoproliferativa di giungere efficacemente e rapidamente entro 14 giorni ad effettuare una biopsia linfonodale.	Coord.re Inf.co Tiziana Fonda Dirigenti Medici Anestesia HM In comune con Dirigenti Medici SC Ematologia Dirigenti Medici SC Clinica Chirurgica SC Anestesia Rianimazione HM	Creazione di un protocollo operativo entro 1.6.2019 Numero di pazienti che effettuano la biopsia linfonodale entro 14 giorni: 80%. Entro 30 gg 100%

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
5. Implementare l'efficacia del percorso assistenziale in dermochirurgia attraverso la presa in carico integrata del paziente da parte del Servizio di DaySurgery e della Clinica Dermatologica	Integrazione delle attività dei professionisti coinvolti attraverso la strutturazione di un percorso condiviso	Dirigenza Comparto In comune con SC Clinica Dermatologica	Evidenza e applicazione del percorso. Dal 1 aprile 2019
6. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

SSD Anestesia e Rianimazione in Ambito Cardiovascolare

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Ottimizzazione della documentazione clinica anestesiologicala perioperatoria	1. Compilazione tempi anestesiologicali su G2 2. Inserimento visite anestesiologicalhe su G2 3. Inserimento consulenze anestesiologicalhe su G2	Dirigenti medici della SSD	Compilazione corretta come da azione del 100% della documentazione
2. Miglioramento della sinergia tra dirigenti medici della SSD e personale infermieristico nelle prestazioni anestesiologicalo/rianimatorie presso il polo cardiologico.	Ciclo di incontri sotto forma di lezioni frontali e esercitazioni pratiche su argomenti di attinenza specialistica anestesiologicalo/rianimatoria.	Responsabile SSD	Almeno tre incontri nel corso dell'anno.
3. Eliminazione consulenze pneumologiche per intubazioni difficili in fibrobroncoscopia.	Formazione di tutti i dirigenti medici della SSD nella procedura di intubazione con fibrobroncoscopio.	Dirigenti medici della SSD	Riduzione del 90% delle richieste di consulenza pneumologica per intubazione in fibrobroncoscopia rispetto al 2018. (Registro interno delle consulenze).
4. Attività di ricerca.	Produzione attività scientifica di ricerca.	Dirigenti medici della SSD.	Presentazione di almeno un poster a incontro/congresso e pubblicazione di almeno un lavoro.
5. Ottimizzazione tempi anestesiologicali di utilizzo sala operatoria cardiocirurgica e cardiologica..	Ottimizzazione procedure anestesiologicalhe tra entrata paziente in SO e inizio intervento.	Dirigenti medici della SSD e personale del comparto.	Riduzione rispetto 2018 del tempo medio (desumibile da G2) tra entrata paziente e inizio intervento.

SC Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva Postoperatoria

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Migliorare l'assistenza al paziente in tutte le fasi del percorso chirurgico. Creazione di un pull clinico – assistenziale esperto in medicina perioperatoria multispecialistica	Attivazione di percorsi per le diverse specialità chirurgiche per ottimizzare il trattamento del paziente in relazione alle specifiche problematiche chirurgiche Percorso formativo interdisciplinare che prevede incontri mensili dedicati a: - Chirurgia generale - Neurochirurgia - Chirurgia plastica - Chirurgia toracica - Chirurgia vascolare	Dirigente e Coordinatori Infermieristici	Partecipazione di tutto il personale ad almeno 6 incontri durante il corso dell'anno a partire dal 01/02 tramite rilevazione firme di presenza e definizione dei percorsi specifici
2. Creazione di un protocollo condiviso multidisciplinare per le urgenze neurochirurgiche	1. Meetings 2. Revisione della letteratura 3. Stesura protocollo 4. Sperimentazione operativa protocollo 5. Audit di verifica ed eventuale modifica e/o integrazione	Dirigenti medici in comune con: ARTA Complesso Operatorio Cattinara Complesso Operatorio Maggiore Tipo Radiologia HC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Neurochirurgia SC (UCO) Radiologia Diagnostica e Interventistica	1. Presentazione protocollo condiviso alla ds entro settembre 2019 2. Audit formale di verifica sulla sua applicazione ed adesione a quanto stabilito: eventuali modifiche e integrazioni
3. Introduzione nuova documentazione infermieristica per snellire l'accoglimento burocratico e migliorare i	1. Creazione di uno strumento di pianificazione infermieristica strutturato sulla tipologia di paziente	1. Coordinatore infermieristico 2. Comparto	Inizio utilizzo nuova scheda DAL 1 GIUGNO 2019

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
criteri di valutazione in ingresso e il passaggio di informazioni in uscita	<p>afferente presso la TIPO.</p> <p>2. Dismissione della precedente documentazione non adatta alle esigenze che si sono evidenziate in seguito all'attivazione della nuova struttura</p>		
<p>4. In relazione alla nascita della nuova struttura, si rende necessario uniformare l'apprendimento del neo assunto/ inserito creando una sintesi tra area critica e medicina perioperatoria al fine di ottenere un percorso articolato e completo di inserimento dell'infermiere.</p>	<p>1. Ideazione di un protocollo operativo di inserimento presso la S.C. Anestesia Rianimazione e T.I.P.O.</p>	Comparto	<p>Prima stesura protocollo entro 1 giugno 2019.</p> <p>Utilizzo del protocollo entro 31/12/2019</p>
<p>5. Validazione informatizzata della rilevazione dei parametri vitali con stampa diretta del report fornito dal monitor</p>	<p>1. Incontri con la S.C. Medicina Legale per verificare le modalità di applicazione del monitoraggio (validazione della stampa, inserimento in cartella; fascicolo elettronico)</p> <p>2. Utilizzo delle funzioni di monitoraggio e stampa dei parametri vitali proprie dei monitor in utilizzo presso la struttura</p>	<p>1. Dirigente medico</p> <p>2. Comparto</p> <p>In collaborazione con S.C. Medicina Legale</p>	Validazione procedura entro 31/12/2019
<p>6. Creazione database dedicato con lo scopo di confrontare gli indicatori di performance della nuova Struttura con l'area vasta e altre realtà regionali e nazionali (mandato Canadian Accreditation)</p>	<p>1. Raccolta dati previa consulenza con la S.C. Informatica e Telecomunicazioni per l'attuazione del database</p> <p>2. Verifica degli indicatori di performance</p>	<p>1. Dirigente medico</p> <p>In collaborazione con S.C. Informatica e Telecomunicazioni</p>	Database pronto entro 31/12/2019

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
7. Gestione del rischio-clinico adesione al Programma Regionale Rischio clinico 2016: sorveglianza lesioni da pressione “Misurare l’incidenza di LDP nelle strutture di degenza”	1. Formazione del personale sulle modalità di inserimento dati relativi all’incidenza delle LdP nell’apposito data base 2. Monitoraggio quotidiano dell’integrità cutanea dei degenti con inserimento di documentazione scritta in cartella infermieristica e dei nuovi casi nel data base 3. Calcolare il tasso di incidenza degli assistiti che sviluppano una o più LdP durante la degenza	1. Coordinatore infermieristico 2. Comparto In comune con SC Direzione Infermieristica e Ostetricia	Inserimento dei dati relativi all’insorgenza di nuove lesioni da pressione nel 100% dei pazienti ricoverati a partire dal 01.04.2019 Fonte: data base G2
8. Ampliamento e consolidamento dei programmi di Patient Blood Management (PBM)	1. Incontri con i dirigenti medici sul PBM 2. Condivisione protocollo per il PBM 3. Analisi dei dati di consumo emocomponenti ed emoderivati	Direttore e Dirigenti Medici SC Anestesia e Rianimazione e T.I.P.O In comune con i Direttori e i Dirigenti Medici Dipartimento Medicina Trasfusionale SC (UCO) Clinica Chirurgica	1. Pubblicazione di un protocollo per il PBM in pazienti chirurgici entro il 31 dicembre 2019 2. Report semestrali sui consumi di emocomponenti ed emoderivati in SC (UCO) Clinica Chirurgica e presentazioni agli incontri del Comitato Ospedaliero per il Buon Uso del Sangue (COBUS)
9. Trattamento delle urgenze traumatologiche diverse dal femore, rispetto target regionale	Programmazione dell’attività relativa agli interventi chirurgici urgenti per fratture diverse dal femore	Direttore Dirigenza Medica Comparto SC UCO Cl. Ortopedica e traumatologica In comune con ARTA Complesso Operatorio	1. Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti (indicatore Bersaglio C5.18.1 $\leq 1,5$ gg) 2. Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			femore – ricoveri urgenti (indicatore Bersaglio C5.18.2 < =8 gg)
10. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

SC Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva Postoperatoria HM

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2. Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	Razionalizzazione dei costi
2. Posizionamento tempestivo di cateteri venosi periferici e CVC ad inserzione periferica , in ecoguida , adatti a trattamenti prolungati (antiblastici, palliativi, nutrizionali, controllo del dolore). Gestione ambulatoriale del paziente con riduzione della Degenza e delle complicanze ad essa correlate. Agevolazione del carico di lavoro infermieristico . Ricaduta di beneficio per il paziente (inizio precoce della terapia, riduzione della necessità di multiple venipunture, riduzione di flebiti e stravasi di farmaci).	1. Riorganizzazione dell'attività della S.C. Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva PostOperatoria sulla base della nuova strutturazione della S.C. in atto da settembre 2018. 2. PICC team costituito dall'anestesista-rianimatore in guardia attiva e dall'infermiere dedicato alla Recovery Room 3. Garantire il posizionamento tempestivo dei cateteri sia per pazienti ricoverati che ambulatoriali. 4. Collaborazione / sinergia con il territorio per il supporto nel trattamento a medio-lungo termine dei pazienti indicati. 1.Organizzazione di un PICC team interdivisionalededicato ai pazienti	Dirigenti medici e Personale del Comparto S.C. Anestesia Rianimazione	Garanzia del posizionamento tempestivo (entro 24 ore) di cateteri venosi periferici e CVC ad inserzione periferica , in ecoguida , adatti a trattamenti prolungati (antiblastici, palliativi, nutrizionali, controllo del dolore). Gestione ambulatoriale del paziente con riduzione della Degenza e delle complicanze ad essa correlate vs dati 2018. Agevolazione del carico di lavoro infermieristico .

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	ematologici. Ricaduta di beneficio per il paziente (inizio precoce della terapia, riduzione della necessità di multiple venipunture, riduzione di flebiti e stravasi di farmaci).		
3. Protocollo per il posizionamento e la gestione dei cateteri venosi presso l'ospedale Maggiore. Realizzazione di un PICC Team interdivisionale tra SC Ematologia ed SC Anestesia Rianimazione TIPO.	2. collaborazione / sinergia con la SC Ematologia che garantirà il 20% delle procedure. Mentre l'80% sarà a carico della SC Anestesia e Rianimazione TIPO.	Dirigenti medici e comparto SC Anestesia Rianimazione TIPO In comune con SC Ematologia	Protocollo per il posizionamento e la gestione dei cateteri venosi presso l'ospedale Maggiore. Realizzazione di un PICC Team interdivisionale tra SC Ematologia ed SC Anestesia Rianimazione TIPO. Risposta all'80% di richieste dell'Ematologia.
4. Riduzione delle liste di attesa in particolare dei pazienti afferenti alla Clinica Oculistica in attesa di intervento.	1. Organizzazione di un nuovo ambulatorio di anestesia, isorisorse, negli spazi precedentemente occupati dalla Rianimazione, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 14. 2. Visita anestesiologicala preoperatoria, eventuali controlli, consulenze anestesiologicalhe per pazienti ricoverati in attesa di intervento chirurgico., con particolare riferimento all'oculistica,	Dirigenti Medici e Personale del Comparto della S.C. Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva PostOperatoria dell' Ospedale Maggiore.	Riduzione delle liste di attesa in particolare dei pazienti afferenti alla Clinica Oculistica in attesa di intervento vs 2018.
5. Soddisfare le richieste dell'utenza diminuendo i tempi di attesa per accedere all'Ambulatorio del Dolore .	1. Organizzazione di un Ambulatorio di Terapia del Dolore ,isorisorse, negli spazi precedentemente occupati dalla	Dirigenti medico e Personale del Comparto della S.C. Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva PostOperatoria O.M.	1. Diminuzione dei tempi di attesa per accedere all'Ambulatorio del Dolore vs 2018 .

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Integrazione dell’Ospedale Maggiore nella rete regionale per la Terapia del Dolore secondo la legge 38.2010. Supporto del trattamento del dolore cronico nel paziente oncologico. Consulenza per i pazienti ricoverati nelle altre strutture dell’O.M. (Riabilitazione, Geriatria, Ematologia, M.Infettive).</p>	<p>Rianimazione dell’ Ospedale Maggiore con frequenza 1 mattino alla settimana. 2 prime visite di pazienti oncologici, su indicazione del Reparto di Oncologia O.M.,programmabili previo prenotazione CUP, in aggiunta all’espletamento delle visite anestesilogiche programmate per quella giornata. Consulenza dei pazienti ricoverati c/o i reparti O.M.</p> <p>2. Monitoraggio delle terapie impostate.Terapie mini-invasive quali: posizionamento di catetere peridurale , infiltrazioni, mesoterapia.</p> <p>3. Integrazione dell’Ospedale Maggiore nella rete regionale per la Terapia del Dolore secondo la legge 38.2010.</p>		<p>2. Presenza di Ambulatorio della Terapia del dolore come da azione per supporto del trattamento del dolore cronico nel paziente oncologico.</p> <p>3. Garantire la consulenza per i pazienti ricoverati nelle altre strutture dell’O.M. (Riabilitazione, Geriatria, Ematologia, M.Infettive).</p>
<p>6. Realizzazione di uno strumento clinico e di follow-up di diagnosi e terapia del paziente oncologico affetto da dolore cronico. Miglioramento dell’organizzazione della presa in carico del paziente urgente/emergente per la sua centralizzazione nella struttura HUB.</p>	<p>Creazione di una cartella clinica dedicata</p>	<p>Dirigenti Medici e Personale amministrativo della S.C. Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva Post Operatoria dell’ Ospedale Maggiore</p>	<p>Realizzazione di uno strumento clinico e di follow-up di diagnosi e terapia del paziente oncologico affetto da dolore cronico.</p>
<p>7. Integrazione tra area Triestina ed Isontina.</p>	<p>1. Stesura di procedure operative/protocolli condivisi.</p>	<p>1. Direttori dipartimento SORES e DEUA 2.</p>	<p>Produzione di un protocollo condiviso con l’area isontina e con SORES per la presa in carico del paziente</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Miglioramento dell'organizzazione della presa in carico del paziente urgente/emergente per la sua centralizzazione nella struttura HUB.	2. Organizzazione di incontri per la discussione di casi.	Dirigenti Medici e personale del Comparto della S.C.Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva PostOperatoria O.M. 3. Dirigenti Medici e Personale del Comparto SORES. In collaborazione con l'area Isontina.	urgente/emergente per la sua centralizzazione nella struttura HUB.
8. Biopsia linfonodale (o di altro tessuto patologico con esclusione dell'area cervicale) in pazienti con sospetto di patologia linfoproliferativa	Individuazione di un percorso condiviso che permetta ai pazienti nei quali si sospetta una patologia linfoproliferativa di giungere efficacemente e rapidamente entro 14 giorni ad effettuare una biopsia linfonodale.	Coord.re Inf.co Tiziana Fonda Dirigenti Medici Anestesia e RianimazioneHM In comune con Dirigenti Medici SC Ematologia Dirigenti Medici SC Clinica Chirurgica Complesso Operatorio HM - Day Surgery	Creazione di un protocollo operativo entro 1.6.2019 Numero di pazienti che effettuano la biopsia linfonodale entro 14 giorni: 80%. Entro 30 gg 100%
9 Miglioramento dell'efficienza gestionale	1. Ampliamento dell'offerta chirurgica con l'inclusione dei pazienti ASA 3/4 2. Selezionati in base alla previsione di un rapido recupero post-operatorio	Dirigenza/Comparto	Operato il 30% del totale dei pazienti ASA 3 – 4, reputati inizialmente non idonei all'intervento chirurgico in DaySurgery entro 31/12/2019
10. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

SC (UCO)Anestesia e Rianimazione e Terapia Antalgica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Verifica della casistica autoptica secondo il metodo Goldman	Valutazione di adeguatezza della diagnosi del decesso in relazione al riscontro autoptico.	Direttore ARTA	Report degli errori di primo, secondo e terzo grado secondo la classificazione di Goldman (1°: Errore che ha determinato il decesso; 2° Errore che avrebbe potuto determinare il decesso il quale è avvenuto per altre cause; 3° Errore non influente sulla prognosi)
2. Epidemiologia e tempistica di intervento sui pazienti in ACR intraospedaliero e Monitoraggio della tempistica del percorso trauma.	Monitoraggio del timing negli interventi di urgenza/emergenza con particolare attenzione al livello di performance durante i lavori di ristrutturazione dell'Ospedale di Cattinara.	Dirigenza Comparto	1. Produzione di un report di monitoraggio e analisi critica dei dati raccolti. 2. Proposta di un piano di miglioramento
3. Migliorare la gestione del malato portatore di catetere peridurale in assistenza territoriale.	1. Realizzare un gruppo di lavoro tra i referenti medici e infermieristici della SC ARTA dei Distretti e della Sanità Penitenziaria per definire una procedura condivisa finalizzata alla corretta gestione della persona portatrice di catetere peridurale. 2. Trasferire le competenze al personale territoriale di riferimento, dirigenza e comparto, mediante simulazione e periodo di tutoraggio.	Dirigenza Comparto In collaborazione con Distretti	1. Presentazione della procedura H-T 2. Almeno 2 infermieri formati per ogni Distretto 3. Formazione di almeno 1 medico di riferimento per ogni Distretto. 4. Formazione di un referente medico per la Sanità Penitenziaria
4. Apertura dei reparti di terapia intensiva e semintensiva ai care giver	1. Informare i care giver ed i volontari dell'Albo dei Volontari art. 13 che accedono alla terapia intensiva sulle	Comparto	Produzione di cartellonistica esplicativa delle modalità di visita e materiale informativo per i care givers, con particolare attenzione alle procedure

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	modalità di visita e sulle norme di sicurezza, secondo le linee dell'accREDITAMENTO Canada		di sicurezza, come da raccomandazioni Accreditation Canada
5. Indagine qualità percepita in camera Iperbarica (obiettivo condiviso con CNR-CREAS)	Somministrazione questionari anonimi sulla qualità del servizio a pazienti e ad eventuali care givers.	Dirigenza/comparto Iperbarica	Elaborazione dei dati ricavati dai questionari somministrati
6 Creazione di un protocollo condiviso multidisciplinare per le urgenze neurochirurgiche	1. Meetings 2. Revisione della letteratura 3. Stesura protocollo 4. Sperimentazione operativa protocollo 5. Audit di verifica ed eventuale modifica e/o integrazione	Dirigenti medici In comune con: SC Neurochirurgia Complesso Operatorio Cattinara Tipo SC Radiologia HC e HM SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	1. Presentazione protocollo condiviso alla ds entro settembre 2019 2. Audit formale di verifica sulla sua applicazione ed adesione a quanto stabilito: eventuali modifiche e integrazioni
7. Ampliamento e consolidamento dei programmi di Patient Blood Management (PBM)	1. Incontri con i dirigenti medici sul PBM 2. Condivisione protocollo per il PBM 3. Analisi dei dati di consumo emocomponenti ed emoderivati	Direttore e Dirigenti Medici In comune con Dipartimento Medicina Trasfusionale SC (UCO) Clinica Chirurgica. In collaborazione con i colleghi Anestesisti e Rianimatori di Gorizia e Monfalcone.	1. Pubblicazione e condivisione tra tutte le strutture, di un protocollo per il PBM in pazienti chirurgici entro il 31 dicembre 2019 2. Report semestrali sui consumi di emocomponenti ed emoderivati in SC (UCO) Clinica Chirurgia e presentazioni agli incontri del Comitato Ospedaliero per il Buon Uso del Sangue (COBUS)
6. Avvio di un programma di CRRT con anticoagulazione loco-regionale con Citrato in ARTA	1. 1. Fornitura delle basi teoriche della metodica e conoscenza del monitor in	Dirigenti medici Comparto In collaborazione con	Due corsi di formazione entro l'anno 2019 Avvio dell'attività della CRRT con Citrato entro dicembre (almeno un

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>due corsi per il personale infermieristico ed i Medici del ARTA</p> <p>2. Addestramento sul campo alle principali manovre (reset allarmi; cambio sacca dialisato; cambio sacca citrato e calcio; stacco in emergenza)</p> <p>3 Estensione di un protocollo condiviso di gestione (chi fa cosa) Rianimatori, Comparto, Nefrologi.</p>	Medici della Nefrologia	caso trattato)
7. Trattamento delle urgenze traumatologiche diverse dal femore, rispetto target regionale	Programmazione dell'attività relativa agli interventi chirurgici urgenti per fratture diverse dal femore	Direttore Dirigenza Medica Comparto SC UCO Cl. Ortopedica e traumatologica In comune con Anestesia e Rianimazione TIPO Complesso Operatorio	1. Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti (indicatore Bersaglio C5.18.1 $\leq 1,5$ gg) 2. Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti (indicatore Bersaglio C5.18.2 ≤ 8 gg)
8. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

DAI CARDIO TORACO VASCOLARE

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Processi di integrazione aziendale ASUITS-AAS2	Promuovere il processo di integrazione per le varie attività ed percorsi condivisi attraverso la promozione di 2 gruppi di lavoro: -“Toracopolmonare” , Struttura Complessa di Pneumologia e Chirurgia Toracica -“Cardiovascolare” , Struttura Complessa di Cardiologia ,Centro Cardiovascolare , Cardiochirurgia e Chirurgia Vascolare	Direttore del Dipartimento Cardiotoracovascolare	1. Costituzione di 2 gruppi interaziendali 2. Almeno 1 riunione di Area Vasta per ciascuno dei 2 gruppi con coinvolgimento multi professionale (medici delle strutture coinvolte, coordinatori infermieristici e rappresentanti della Direzione Sanitaria)
2. Modello organizzativo che risponda in modo appropriato all’organizzazione dipartimentale con integrazioni delle competenze clinico/assistenziali nel Dipartimento Integrato	1. Pianificazione da parte dei coordinatori degli interscambi fra gli operatori in modo mirato fra le varie strutture DAI in base alle esigenze degli operatori ed alle esigenze organizzative 2. Valutazione delle competenze professionali acquisite (schede di apprendimento già in uso)	Responsabile Infermieristico Dipartimentale. In collaborazione con i Coordinatori Infermieristici e tutto il personale del Comparto	1. Il 40% (di 244)del personale di assistenza abbia direttamente partecipato ad almeno un interscambio .Il progetto ha avuto inizio negli ultimi tre mesi del 2018 durante i quali il 30% (come previsto) del personale ha partecipato agli scambi. 2. Presenza della tabella riassuntiva per ogni reparto correlata dalle schede individuali di apprendimento.
3. Adesione agli standard dell’accreditamento da parte di tutto il personale operante presso le strutture del DAI Cardiotoracovascolare, superamento delle criticità presenti.	1. Stesura di un documento riassuntivo degli standard dell’accreditamento Canada peculiari del dipartimento Cardiotoracovascolare (entro aprile) 2. Incontri di reparto per permettere al	Responsabile Infermieristico Dipartimentale. In collaborazione con i Coordinatori infermieristici e tutto il personale del Comparto	1. Presenza del 70% del personale agli incontri (entro giugno 2019) 2. Il 90 % degli standard presi in considerazione è stato raggiunto (entro ottobre 2019)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	coordinatore di diffondere il documento e stabilire con gli operatori un piano di superamento delle criticità ove presenti 3. Verifica dell'adesione agli standard da parte del coordinatore 4. Supervisione reciproca da parte dei coordinatori del dipartimento secondo uno schema prestabilito.		
4. Promozione della salute degli operatori negli ospedali e nei servizi sanitari	1. Incontri con il personale di ogni singola unità operativa del Dipartimento che permettano di evidenziare le problematiche psicologiche legate all'attività lavorativa ed alla relazione con i pazienti e caregivers nonché all'impatto emotivo che ne può derivare. 2. Relazione che riporta le problematiche più diffuse nelle singole unità operative 3. Incontri terapeutici con i gruppi per supportare il superamento delle criticità emerse 4. Possibilità di incontro con piccoli gruppi o singole persone per problematiche particolari 5)relazione finale sui risultati raggiunti(questionario di verifica	RID in collaborazione con la psicologa ed i coordinatori delle Strutture	10 incontri con il personale delle singole strutture del dipartimento(uno per struttura) entro giugno, Relazioni sulle problematiche riscontrate per ogni gruppo minimo di 10 incontri (uno per struttura)per supportare il superamento delle criticità ,entro fine novembre Incontri con piccoli gruppi o singole persone (numero non quantificabile ora) Risultati di un minimo di 180 questionari entro dicembre Relazione finale sui risultati

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>5. PAL 2019 Ridefinire il percorso di inserimento del neo assunto in linea con i criteri definiti dalla nuova società di accreditamento (AC) Accreditation Canada</p>	<p>compilato e consegnato dagli operatori)</p> <p>1. Costituire un gruppo di lavoro per individuare un insieme di competenze base trasversale a tutti i contesti di cura e un insieme di competenze peculiari specifiche per struttura</p> <p>2. Creare uno strumento guida e di monitoraggio che evidenzi l'acquisizione nel tempo delle competenze attese nel neoassunto per il raggiungimento dell'autonomia</p>	<p>Responsabile Infermieristico di Dipartimento</p> <p>Responsabile Infermieristico di Struttura</p> <p>In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica e Ostetricia</p>	<p>1. Entro marzo 2019 istituzione del gruppo di lavoro e avvio dell'attività</p> <p>2. Entro dicembre 2019 produzione dello strumento per almeno 1 SC afferente a ciascun DAI</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Processi di integrazione interaziendale ASUITS-ASS2	Promuovere un processo di integrazione per attività e percorsi condivisi con la SC Cardiologia ed Area di Emergenza AAS2	Direttore S.C. Cardiologia	Almeno 2 incontri con stesura di almeno 1 documento su un percorso di cura relativo a patologie tempo-dipendenti o ad aspetti clinico-organizzativi
2. Processi di integrazione interaziendale ASUITS-ASS2	Contribuire in accordo con le Linee di gestione SSR FVG 2019 alla stesura di una scheda di valutazione del paziente con storm aritmico, percorso ECMO e reportistica tempi di ri-perfusione STEMI I dirigenti medici Favoriranno un'organizzazione del lavoro che consenta ai dirigenti medici di contribuire e partecipare ai gruppi di lavoro ed ai necessari briefing;	Dirigenti medici S.C. Cardiologia	1. Stesura di una scheda di valutazione del paziente con storm aritmico, percorso ECMO e reportistica tempi di ri-perfusione STEMI 2. Compilare le schede STEMI con percentuale >90%
3. Modelli organizzativi e gestionali Medicina di precisione	Formalizzazione di un percorso interno di selezione gestione dei pazienti candidati a genotipizzazione dei loro campioni (biobanca) nell'ambito delle cardiomiopatie, disordini aritmici e patologie dell'aorta	Comparto e Dirigenza	1. Presenza del documento (giugno 2019) 2. Presenza database campioni regolarmente compilato (dicembre 2019) 3. Compliance al documento 75%
4. Modelli organizzativi e gestionali	1. Riorganizzare le attività di Sala Emodinamica , Cardiologia Invasiva ed Elettrofisiologia, con l'obiettivo di migliorare la performance, contrarre i tempi intermedi e migliorare il buon	Comparto e Dirigenza	1. Ricognizione dei tempi 2018 e produzione di un documento operativo e di reportistica 2. Riduzione del 20% dei tempi di ristoro

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	uso del debito orario		sala/cambio paziente (door out-door in) 3. 90% di attività programmabili iscritte in fascia 8-15 nei giorni feriali
5. Modelli organizzativi e gestione magazzini Razionalizzazione della spesa per approvvigionamento beni sanitari e farmaci	1. Riorganizzazione e razionalizzazione dei magazzini ad uso software gestionali correlati 2. Verifica delle voci di spesa che prevedono una fornitura obbligatoriamente cospicua 3. Rilevare i fabbisogni delle unità operative della s.c. di cardiologia inerenti queste voci di spesa 4. Accordo vicendevole per le ordinazioni e distribuzione dei materiali e farmaci in base all'uso.	Comparto	1. Entro il 31/12/2019 tutte le attività di Emodinamica ed Elettrofisiologia iscritte a magazzino -EBIT- 2. Condivisione degli ordini per alcuni beni correnti a magazzino fra i centri di costo Cardiologia Degenza, Cardiologia UTIC, Cardiologia Emodinamica ed Elettrofisiologia , Cardiologia Ambulatori.
6. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Direttore Dirigenti medici	Ridurre il valore di DDD complessivo di <u>CARBAPENEMI</u> del 10%
7. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

SC Cardiochirurgia

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Processi di integrazione interaziendale ASUITS-AAS2	Promuovere un processo di integrazione per attività e percorsi condivisi sul paziente con indicazioni chirurgiche, con la SC Cardiologia ed Area Emergenza AAS2	Direttore S.C. Cardiochirurgia	Almeno di 2 incontri e stesura di almeno 1 documento su un percorso di cura condiviso su aspetti clinico-organizzativi
2. 4.1 SISTEMA PACS REGIONALE. La refertazione degli ecocardiogrammi eseguiti in Cardiochirurgia dai Cardiologi della S.C. verrà allineata agli standard del dipartimento	Proseguimento obiettivo 2018: completamento formazione dei dirigenti sulla procedura di link del referto degli ecocardiogrammi alle immagini.	S.C. Cardiochirurgia (dirigenti medici)	Allineamento di almeno l'80% degli ecocardiogrammi eseguiti dai Cardiologi della S.C. al 31/12/2019
3. 3.5.7 EROGAZIONE DEI LIVELLI DI ASSISTENZA	Avvio di un protocollo di monitoraggio del delirio post-operatorio al fine di identificare in dettaglio la dimensione del problema ed eventualmente procedere in seguito a un progetto di riduzione della complicità.	S.C. Cardiochirurgia: dirigenti e comparto	Produzione di report a fine anno sull'incidenza del delirio post-operatorio
4. 3.4.6: "SANGUE ED EMODERIVATI Progetti attinenti le attività clinico –assistenziali. LINEA REGIONALE 3.4	Utilizzo complessivo del Data base progettato ed attuato nel 2017-18 in comune con la SSD Immunoematologia. Analisi complessiva dei dati disponibili	Direttore di struttura In collaborazione con il la SSD di Immunoematologia e Distribuzione Sangue	Produzione di un'analisi grafica dei consumi di sangue ed emoderivati degli ultimi 8 aa ripartiti per procedura cardiocirurgica.
5. Obiettivo educativo-relazionale:	1. Presenza in carico della persona	- Coordinatore Infermieristico della TIPO e della Degenza di	1. Almeno l'80% delle persone ricoverate in cardiocirurgia e

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
l'operato vivrà il periodo di degenza in TIPO in modo meno traumatico	che si sottopone ad intervento chirurgico in Cardiochirurgia; Informare in modo semplice il percorso di risveglio nel post-operatorio presso la Terapia Intensiva; 2. Favorire un rapporto di fiducia al fine di diminuire l'ansia da risveglio ed una degenza più confortevole	cardiochirurgia; - Infermieri della TIPO e della Degenza di cardiochirurgia; - Personale di Supporto della TIPO e della Degenza di cardiochirurgia; - Tecnico di Neurofisiopatologia della TIPO	sottoposte ad intervento , riceveranno informazioni adeguate sul percorso post operatorio. (dal 01.03.19 al 31.12.19); 2. Il personale effettuerà un colloquio nel pre – operatorio, in merito all'organizzazione della Terapia Intensiva , del percorso post operatorio con monitoraggio invasivo e della fase di risveglio; Monitoraggio dei dati : verrà utilizzata una scheda di avvenuta educazione sanitaria contenente i punti salienti del percorso e dell'avvenuta aderenza nella fase di risveglio; Risultato atteso;; Alla fine del periodo di riferimento verrà stilata una relazione contenente i dati raccolti.
6. Revisione scheda accessi vascolari	Nasce l'esigenza di avere un quadro chiaro e di semplice consultazione sullo stato degli accessi vascolari e dei presidi sanitari. Attraverso la revisione della scheda degli accessi vascolari per facilitare la consultazione degli stessi anche a fini reportistici e di statistica.	Coordinatore Infermieristico della TIPO e della Degenza cardiochirurgica Infermieri della TIPO e Degenza cardiochirurgica Tecnico di neurofisiopatologia della TIPO	1. Creazione della scheda entro il 30/06/19; 2. Diffusione dello strumento a tutto il personale; 3. Il 100% dei ricoverati in Cardiochirurgia avranno nella cartella l'apposita scheda; Raccolta dati su data base dedicato
7. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Direttore Dirigenti medici	Mantenere il valore di DDD complessivo di CARBAPENEMI (+/- 5%)
8. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. PAL 2019 Progetto attinente all' attività clinico/ assistenziale. Coinvolgimento del malato nel percorso	STESURA di un Documento sul Percorso del malato sottoposto ad amputazione d'arto, tra Ospedale e Territorio	Personale del Comparto	Ricerca per la creazione del documento, stesura del documento e avvio della consegna del documento ai malati amputati.
2. PAL 2019 Attività clinico assistenziale Prevenzione dell'ictus ischemico	Esecuzione di intervento di elezione di endarterectomia carotidea con monitoraggio elettroencefalografico	Dirigenza medica In comune con SC UCO Clinica Neurologica	Report nel registro operatorio della presenza del monitoraggio eeg intraoperatorio (cod.1989) nel corso di interventi di endarterectomia carotidea Database del numero dei monitoraggi Codice 8919 sulla cartella superiore a 2018 Referti su G2
3. PAL 2019 Attività clinico assistenziale sicurezza del malato	Presenza attiva di un chirurgo vascolare nella fascia pomeridiana (14-20)	Dirigenza medica	Presenza di un Chirurgo Vascolare nella fascia pomeridiana almeno per il 60% delle giornate lavorative dell'anno 2019
4. Processi di integrazione interaziendale ASUITS-AAS2	Promuovere un processo di integrazione per attività e percorsi condivisi con la SC Cardiologia, Dipartimento di Medicina, Area di Emergenza e SC di Radiologia AAS2	Direttore Struttura Complessa Chirurgia Vascolare In comune con SC Cardiologia, Dipartimento di Medicina, Area di Emergenza e SC di Radiologia AAS2	1. Almeno 2 incontri 2. Stesura di almeno 1 documento su un percorso di cura condiviso su aspetti clinico-organizzativi
5. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Direttore Dirigenti medici	Ridurre il valore di DDD complessivo di carbapenemi del 10%

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
6. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Processi di integrazione interaziendale ASUITS-ASS2	Promuovere un processo di integrazione per attività e percorsi condivisi con la S.C. Cardiologia ASS2	Direttore S.C. ardiovascolare e Medicina dello Sport In collaborazione con Cardiologia ASS2	Almeno 2 incontri con stesura di almeno 1 documento su un percorso di cura condiviso
2. PAL 3.6 Rete cure sicure FVG. Sicurezza del farmaco: riconciliazione farmacologica. Le terapie farmacologiche prescritte nelle transizioni di cura presentano spesso tra di loro differenze non imputabili ad una mutata condizione clinica del paziente; tali differenze, dette discrepanze non intenzionali, possono determinare gravi danni.	1. Realizzazione della procedura con le indicazioni necessarie per la Riconciliazione farmacologica 2. Realizzazione di una codifica da inserire nella valutazione infermieristica 3. Monitoraggio dei dati inseriti	Donatella Radini Maria Rosaria Macchiarella Andrea Di Lenarda Tutto il personale infermieristico della SC Cardiovascolare Medicina dello sport e Riabilitazione del Cardiopatico.	1. Condivisione della procedura con tutto il personale infermieristico entro 30/4/2019. 2. Tracciabilità dell'atto sanitario nella cartella infermieristica informatizzata da 1/5/2019 3. Riconciliazione farmacologica inserita in almeno il 75% degli assistiti presi in carico dall'ambulatorio infermieristico al 31-12-2019
3. PAL 3.1.7 Promozione dell'attività fisica. Diffusione delle diverse attività di movimento presenti a Trieste	1. Incontri mensili con le associazioni per raccolta attività svolte a Trieste 2. Diffusione delle diverse attività svolte alle persone che afferiscono alla SC Cardiovascolare – Medicina dello sport e Riabilitazione del cardiopatico	Donatella Radini Maria Rosaria Macchiarella Andrea Di Lenarda Tutto il personale infermieristico, oss, amministrativo, fisioterapisti della SC Cardiovascolare – Medicina dello sport e Riabilitazione del Cardiopatico.	Realizzazione di un calendario mensile con l'attività svolta a Trieste e suo inserimento sul sito aziendale e regionale invecchiamentoattivo.fvg da 1-3-2019 a 31-12-2019
4. PAL 3.1.7 Promozione dell'attività fisica. Prosecuzione dei progetti di attività	1. Attività fisica adattata: prosecuzione dei due progetti di attività fisica adattata per adulti sia in palestra sia in	Donatella Radini Maria Rosaria Macchiarella Andrea Di Lenarda	1. Inizio attività gennaio e febbraio 2019 2. Organizzazione di almeno 2 incontri

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
fisica rivolti alla popolazione adulta iniziati nel 2018	<p>piscina.</p> <p>Le due attività sono rivolte a:</p> <p>a) soggetti "borderline" in prevenzione primaria: portatori di fattori di rischio cardiometabolici e neoplastici, legati allo stile di vita;</p> <p>b) soggetti con patologie cardiovascolari o metaboliche stabilizzati in terapia farmacologica o non farmacologica.</p> <p>Per i partecipanti saranno organizzati:</p> <p>2. Incontri educativi sui corretti stili di vita</p> <p>3. Distribuzione questionario CSQ-8, di gradimento di tutte le attività proposte.</p>	Tutto il personale infermieristico, oss, amministrativo, fisioterapisti della SC Cardiovascolare – Medicina dello sport e Riabilitazione del Cardiopatico.	<p>educativi sui corretti stili di vita al 31-12-2019</p> <p>3. Restituzione ed analisi di almeno l'80% dei questionari CSQ-8 consegnati alle persone al 31/12/2019 e realizzazione di un report.</p>
5. PAL 3.2.2.8 Sanità penitenziaria. Realizzazione eventi formativi	Realizzazione eventi formativi congiunti tra personale sanitario e penitenziario per migliorare la comunicazione nella gestione dei detenuti con bisogni sanitari cardiovascolari	<p>Andrea Di Lenarda</p> <p>Donatella Radini</p> <p>In collaborazione con il Distretto 3</p>	Relatori ad almeno 1 evento formativo congiunto al 31/12/2019
6. Delibera 2514 del 28-12-2018 PAL 2019: Studio dei valori di normalità della tecnica ecocardiografica del Global Longitudinal Strain in una popolazione campione "sana"	<p>1. Creazione di un protocollo operativo</p> <p>2. Individuazione della popolazione campione per fasce d'età che afferrisce al Laboratorio di Ecocardiografia con acquisizione delle immagini ecocardiografiche secondo standard di riferimento</p>	<p>Giorgio Faganello</p> <p>Andrea Di Lenarda</p> <p>Tutto il personale medico e sonographer della SC Cardiovascolare-Medicina dello sport e Riabilitazione del Cardiopatico</p>	<p>1. Condivisione protocollo operativo entro il 31/03/2019</p> <p>2.1 Acquisizione immagini in almeno 100 soggetti al 31-12-2019</p> <p>2.2 Analisi delle immagini con Software dedicato "TomTec" al 31-12-2019 e definizione dei valori di normalità del</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>7. PAL 3.8.2 Innovazione nella gestione delle terapie.</p>	<p>1. Presenza in carico delle persone con Fibrillazione Atriale (FA) segnalati alla dimissione ospedaliera per stabilizzazione, puntualizzazione diagnostica e CVE. 2. Supporto dell'ambulatorio infermieristico per la continuità assistenziale, presa in carico e terapia educativa (anticoagulanti tradizionali/nuovi anticoagulanti orali) 3. Raccolta, attraverso il questionario ACTS, della qualità della vita percepita dai soggetti in trattamento con Acenocumarolo o Warfarin vs Nuovi anticoagulanti orali, post CVE. 4. Valutazione del tempo di attesa tra inizio della TAO/NAO e procedura di CVE.</p>	<p>Eliana Grande Carmine Mazzone Andrea Di Lenarda</p> <p>Tutto il personale medico, infermieristico, oss, amministrativo, PO inf., Coord. Inf., SC Cardiovascolare-Medicina dello sport e Riabilitazione del Cardiopatico</p>	<p>Laboratorio di Ecocardiografia SC Cardiovascolare</p> <p>1. N° assistiti con FA trattati con NAO 2019>2018 2.Trattamento >50% assistiti avviati a CVE in NAO da 1/3/2019 al 31/12/2019. 2. Inserimento nella cartella infermieristica di almeno il 75% delle Valutazioni Infermieristiche e interventi educativi singoli o di gruppo eseguiti da 1/3/2019 al 31/12/2019 3. Restituzione ed analisi di almeno l'80% dei Questionari ACTS consegnati agli assistiti da 1/3/2019 al 31/12/2019, e realizzazione di un report. 4. Trattamento >50% dei pazienti in NAO per la FA. 5. Analisi delle differenze nel tempo procedura per CVE tra soggetti in TAO vs NAO nel 100% dei soggetti avviati a CVE da 1/3/2019 al 31/12/2019</p>
<p>8. PAL 2019 3.2.1.2.2 Creazione di una rete aziendale per la presa in carico e la gestione dello scompenso cardiaco</p>	<p>1. Messa a regime di un PDTA per la presa in carico del paziente con scompenso cronico in dimissione dalle Medicine 2. Identificazione dei pazienti 'ad alto rischio' attraverso degli score di rischio</p>	<p>Giulia Russo Andrea Di Lenarda</p> <p>Tutto il personale medico, infermieristico, oss, amministrativo, PO Inf. e Coord. Inf., della SC Cardiovascolare – Medicina dello sport</p>	<p>1. Aggiornamento PDTA entro il 31/03/2019 e condivisione del PDTA con le Medicine dell'ASUI-Ts con una riunione organizzativa entro il 31/05/2019. 2.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>inseriti nel PDTA (severità scompenso, comorbidità, fragilità) per la presa in carico entro 30 giorni presso la SC Cardiovascolare.</p> <p>3. Messa a regime di un percorso educativo infermieristico per il paziente preso in carico dalla SC Cardiovascolare.</p>	e Riabilitazione del cardiopatico	<p>Presenza in carico del 90% dei pazienti segnalati con i criteri definiti, entro i tempi stabiliti dal protocollo da 1-6-2019 a 31-12-2019</p> <p>3. Terapia educativa singola o di gruppo al 75% dei pazienti presi in carico da parte del personale infermieristico da 1-6-2019 a 31-12-2019</p>
<p>9. PAL 2019 3.2.1.2.2 Creazione di una rete aziendale per la presa in carico e la gestione dello scompenso cardiaco</p>	<p>1. Creazione di un protocollo operativo per identificare i pazienti con SCC da avviare alla Riabilitazione del cardiopatico</p> <p>2. Presa in carico medico/infermieristica dei pazienti segnalati in dimissione dal reparto di Cardiologia Ospedaliera o valutati dall'Ambulatorio Scompenso della SC Cardiovascolare</p> <p>3. Presa in carico dai fisioterapisti per avvio a percorso di riabilitazione motoria</p>	<p>Antonella Cherubini Marina Bollini Andrea Di Lenarda</p> <p>Tutto il personale Infermieristico, OSS, amministrativo, fisioterapisti, PO Inf., Coord. Inf., della SC Cardiovascolare- Medicina dello sport e Riabilitazione del Cardiopatico</p>	<p>1. Produzione di un protocollo operativo e sua condivisione con la SC Cardiologia e con l'Ambulatorio scompenso cardiaco della SC Cardiovascolare entro il 31/03/2019</p> <p>2. Presa in carico di almeno 5 pazienti con SCC che necessitano di avvio al percorso di Riabilitazione motoria da 1/5/2019 al 31/12/2019</p>
<p>10. Riabilitazione motoria nei pazienti affetti da arteriopatia obliterante agli arti inferiori (AOAI) mediante sessioni di training sotto supervisione medico/infermiere</p>	<p>1. Creazione tavolo di lavoro (SC Cardiovascolare, Riabilitazione Cardiopatico, SC Chirurgia Vascolare) per individuazione e selezione degli strumenti atti a valutare il grado di disabilità nei pazienti con AOA1 mediante diagnostica strumentale</p>	<p>Maurizio Fiscaro Andrea Di Lenarda</p> <p>Tutto il personale medico, Infermieristico, oss, amministrativo, fisioterapisti, PO inf., Coord. Inf., della SC Cardiovascolare- Medicina dello sport e Riabilitazione del Cardiopatico.</p>	<p>1. Presentazione degli strumenti da utilizzare entro il 31/5/19</p> <p>2. Stesura del protocollo operativo entro 30/6/2019</p> <p>3. Attivazione spazio adeguato per</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	ecografica, questionari generali di qualità della vita e specifici per deficit motorio 2. Stesura di un protocollo operativo di riabilitazione per pazienti con arteriopatia obliterante agli arti inferiori (AOAI) 3. Organizzazione degli ambienti di lavoro per le procedure di riabilitazione 4. Inizio presa in carico assistiti con arteriopatia obliterante agli arti inferiori (AOAI).		attività riabilitativa dei pazienti con arteriopatia obliterante agli arti inferiori (AOAI) da 1/3/2019 a 30/6/2019 4. Inserimento nel programma riabilitativo di almeno 2 pazienti con AOAI da 1/7/2019 a 31/12/19.
11. (PAL 2018) Linea 3.6.3. Reti di patologia Malattie rare. Malattie del metabolismo	1. Definizione di un percorso di lavoro condiviso per la cura dell'ipercolesterolemia complicata (per es., ripetuti eventi cardiovascolari, intolleranza alle statine, elevati livelli di Lp(a)) che includa l'appropriata prescrizione di biologici inibitori di PCSK9 e l'eventuale indicazione all'esecuzione di LDL-afesi. 2. Coordinamento con la rete nazionale Lipigen per la diagnosi genetica delle dislipidemie familiari	Direttore In comune con SC Clinica Medica In collaborazione con SC Cardiologia di Gorizia e Monfalcone ASS2, Dott.ssa Gerardina Lardieri SC Medicina Interna di Monfalcone ASS2, Dott. Alessandro Cosenzi. In collaborazione con SC Medicina Trasfusionale ASUITs, Dott. Luca Mascaretti (per LDL aferesi)	1. Riunione operativa per la definizione del percorso entro 30 giugno 2019 2. Produzione di un documento condiviso che delinea un percorso di cura per le persone con ipercolesterolemia complicata e/o intolleranza alle statine che include la prescrizione di farmaci inibitori di PCSK9 e LDL aferesi entro 31 ottobre 2019 3. Pubblicazione di almeno un lavoro scientifico in coordinamento con la rete nazionale Lipigen per la diagnosi genetica delle dislipidemie familiari
12. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. 3.6. Rete Cure Sicure Fvg Realizzazione del progetto “Infezioni postoperatorie near 0”. Definizione e stesura, nell’ambito dell’ E.R.A.S., (Enhanced Recovery after Surgery) di un progetto per la prevenzione delle complicanze infettive nel paziente operato di resezioni polmonari maggiori in Chirurgia Toracica.</p>	<p>1. Stesura del progetto con indicazione delle fonti letterarie. 2. Riunione/i d’istruzione e condivisione con i Dirigenti Medici di reparto per l’identificazione dei fattori ERAS più rilevanti per la prevenzione delle complicanze infettive postoperatorie</p>	<p>Direttore S.C.</p>	<p>1. Entro il 31/03/2019 Viene prodotto un report sugli elementi ERAS selezionati ai fini della prevenzione delle infezioni 2. Al 31/12/2019 le infezioni delle ferita, le infezioni urinarie e le infezioni broncopneumoniche e le lesioni da pressione dei pazienti operati di resezione polmonare maggiore risultano inferiori alla metà di quelle riportate in Letteratura.</p>
<p>2. Miglioramento tempi percorsi diagnostici malattia neoplastica del polmone con Area Vasta</p>	<p>Realizzazione unitamente alla Pneumologia e Radiologia di Monfalcone e Gorizia di almeno 2 riunioni per la definizione di un protocollo condiviso.</p>	<p>Direttore di S.C. In collaborazione con Pneumologia e Radiologia di Monfalcone e Gorizia</p>	<p>Stesura di un documento condiviso che acceleri la preparazione del paziente neoplastico. Da Dicembre 2019 l’ambulatorio della Chirurgia Toracica attua le indicazioni del protocollo tramite collaborazione telefonica con la Pneumologia di Monfalcone e Gorizia.</p>
<p>3. Linea 3.2.1.2. Promuovere la continuità delle cure a domicilio dopo la dimissione con gli strumenti di engagement</p>	<p>Alla dimissione segnalazione con lettera dedicata al territorio di casi complessi con punteggio PHE Introduzione di un nuovo strumento CHE (engagement del care giver)</p>	<p>Coordinatore infermieristico</p>	<p>Almeno il 90% dei pazienti con criteri d’inclusione vengono segnalati al territorio. Entro 31/12/2019 Vengono compilate 15 CHE ai care givers delle persone operate</p>
<p>4. 3.6. Rete Cure Sicure Fvg Cconoscenza da parte del comparto degli elementi teorici chiave per la</p>	<p>2 Medici individuati dal Direttore praticano almeno 2 riunioni d’istruzione per il personale del comparto. In esse propongono e</p>	<p>Medici di Reparto</p>	<p>Partecipazione del 100% del personale del comparto alle riunioni d’istruzione Entro il 30/06/2019 tutti gli operatori sono formati sulla conoscenza delle</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
prevenzione delle infezioni.	discutono le azioni per la tempestiva individuazione e trattamento del sito d'infezione		domande chiave da porre al paziente in reparto ed a domicilio con telefonata nonché sulle azioni conseguenti da intraprendere. Viene prodotta l'evidenza del grado d'istruzione raggiunto dal personale del comparto tramite questionario anonimo a risposta multipla
5. 3.6. Rete Cure Sicure Fvg Applicazione clinica del progetto "Infezioni postoperatorie near 0".	1. Revisione Letteratura per la definizione delle modalità di report/registrazione degli elementi clinici di infezione sospetta nell'operato toracico di chirurgia maggiore 2. Produzione di un report ragionato con bibliografia di articoli significativi sul tema della registrazione dei dati	Medici di reparto e personale del comparto	1. Entro 31/07/2019 è in funzione il registro delle infezioni con evidenza dei pazienti analizzati. 2. Report ragionato con bibliografia di almeno 10 articoli significativi sul tema della registrazione dei dati
6. 3.7 Promuovere la salute nella fase pre-operatoria e post intervento chirurgico all'interno del percorso wellness già in essere (integrazione ospedale territorio)	Colloquio di istruzione sui benefici del percorso wellness perioperatorio.	Personale del comparto	Reparto : reclutamento e coinvolgimento del percorso wellness dei caregivers (entro il 31/12 vengono reclutati 10 caregivers). Ambulatorio : informazioni al paziente nella fase pre-operatoria e post intervento chirurgico sull'importanza dell'astensione al fumo nel 100% dei fumatori. Rivalutazione del risultato un mese dopo l'intervento con apposito file dedicato
7. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Direttore Dirigenti medici	Ridurre il valore di DDD complessivo di carbapenemi del 20%

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
8. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. 3.5.1 Reti di Patologia: rete Polmone	1 . Attivazione riunione di Area Vasta tra strutture ospedaliera e territoriale pneumologiche con chirurgia toracica 2. PDTA condivisi tra strutture pneumologiche di Area Vasta 3. Analisi periodica delle attività e delle criticità riguardanti i pazienti pneumologici	SC Pneumologia/Dirigenti medici	1. Almeno 2 riunioni/anno di Area Vasta tra strutture pneumologiche e Chirurgia Toracica/31.12.2019 2. Presenza di PDTA condivisi tra strutture pneumologiche di Area Vasta 3. Analisi periodica almeno semestrale delle attività e delle criticità riguardanti i pazienti pneumologici
2. 3.5.1 Reti di Patologia: rete polmone. Miglioramento dell'appropriatezza di utilizzo dell'ossigenoterapia domiciliare	1. Valutazione dell'appropriatezza di utilizzo dell'O2terapia domiciliare per pazienti in ambulatorio e degenzi 2. Preparazione di un questionario dedicato per rilevare condizioni di utilizzo e di sicurezza dell'ossigeno a domicilio 3. Somministrazione del questionario per pazienti in OLT da parte del personale infermieristico in degenza e in ambulatorio	SC Pneumologia/Comparto	Somministrazione del questionario al 80% dei pazienti in OLT domiciliare che vengono ricoverati nel corso del 2019 in regime di ricovero ordinario e che sono visti all'ambulatorio dell'Insufficienza respiratoria.
3. Consegne integrate multi professionali/multidisciplinari nel	Compresenza di diverse professionalità nel momento del passaggio delle consegne in reparto di Pneumologia e	SC Pneumologia/Comparto e Dirigenti medici	

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
cambio turno mattino-pomeriggio per favorire coinvolgimento del personale; revisione degli attuali modelli organizzativi, al fine di renderli sempre più conformi alle esigenze del paziente e dei suoi familiari e favori l'interazione tra diverse figure professionali	UTIR: Briefing mattutino Consegne primo pomeriggio Consegne serali		Raccolta quotidiana delle firme per le consegne
4. Attivazione di un centro per i disturbi respiratori nel sonno	Attivazione ed organizzazione di un gruppo multidisciplinare con SC Odontostomatologia.	Dirigenza medica	Attivazione percorsi clinici e formalizzazione del percorso e degli incontri multidisciplinari
5. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Direttore Dirigenti medici	Ridurre il valore di DDD complessivo di carbapenemi del 10%
6. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

DAI MEDICINA

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Revisione sistema delle guardie internistiche notturne e festive	Analisi delle disponibilità mediche per le guardie internistiche notturne e festive, verifica della fattibilità di soluzioni condivise per un progetto di redistribuzione dei carichi di lavoro tra le Strutture	Direttore DAI Medicina	Programma di guardie internistiche notturne e festive condiviso con i Direttori di SC di Medicina entro maggio
2. Estensione dell'offerta di tirocinio agli specializzandi	verifica della fattibilità di soluzioni condivise per un progetto di redistribuzione della presenza degli specializzandi tra le Strutture del DAI	Direttore DAI Medicina	Ridistribuzione della presenza degli specializzandi all'interno del DAI di Medicina (evidenza report alla DS entro fine aprile)
3. Omogeneizzazione dell'attività di dimissione	Condividere a livello dipartimentale la pianificazione programmata delle dimissioni (anche in riferimento al Decreto sulla continuità assistenziale)	Direttore DAI Medicina RID DAI di Medicina	1. Produzione condivisa di protocollo organizzativo/gestionale sulla pianificazione delle dimissioni (entro maggio) 2. Applicazione protocollo da giugno
3. Analisi dei modelli organizzativi/assistenziali delle due Aziende in vista della realizzazione	Produzione di un documento di analisi e confronto tra la realtà del DAI di Medicina dell'ASUITs e il DAI di Medicina dell'AAS2 Bassa Friulana Isontina.	RID DAI di Medicina In collaborazione con RID DAI di Medicina dell'AAS2 In collaborazione con Coordinatori delle Strutture afferenti ai rispettivi Dipartimenti.	1. Entro settembre realizzazione di due incontri conoscitivi tra i RID e i Coordinatori dei due Dipartimenti. 2. Entro Dicembre 2019 produzione di un documento che illustra e mette a confronto le realtà dei due Dipartimenti di Medicina, confronto tra diversi modelli assistenziali e organizzativi.
4. In linea con i criteri stabiliti dalla	Valutazione della soddisfazione dell'assistito e del caregiver attraverso	RID DAI di Medicina	1. Entro aprile 2019 sarà formulato un

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Commissione "Accreditation Canada", coinvolgimento dell'assistito e del caregiver nella valutazione del servizio in un'ottica di miglioramento continuo e ricerca della qualità.	la distribuzione di un questionario di gradimento che indagli i punti di forza e di fragilità del servizio e dell'assistenza.	In collaborazione con Responsabile Infermieristico e Comparto delle strutture del DAI di Medicina	questionario di valutazione della soddisfazione dell'assistito e del suo caregiver durante la degenza. 2. Da maggio a dicembre il questionario viene distribuito ai degenti della Struttura e viene raccolto dopo la compilazione (questionari distribuiti ad almeno il 70% dei degenti). 3. A dicembre 2019 analisi dei risultati dei questionari raccolti.
5. Attivazione precoce della persona ricoverata per contrastare la perdita di funzione indotta dalla degenza, abbreviare i tempi di degenza e di recupero funzionale dopo il ricovero, ridurre la richiesta di riabilitazione post ricovero presso le RSA.	Avvio di un progetto di attivazione precoce dell'assistito mediante la predisposizione di piani di assistenza mirati che valorizzino in particolare gli aspetti inerenti alla mobilitazione e alla nutrizione. Gli infermieri predispongono piani di assistenza mirati secondo gli obiettivi espressi. Gli OSS partecipano alla realizzazione dei piani assistenziali. Viene predisposto monitoraggio quotidiano dei piani di mobilitazione e delle ingesta a pranzo.	RID DAI di Medicina In collaborazione con Responsabile Infermieristico e Comparto delle strutture del DAI di Medicina	1. Entro marzo predisposizione del progetto e diffusione a tutto il comparto 2. Da aprile 2019 a agosto 2019 attivazione del progetto e monitoraggio dei seguenti esiti: Alla dimissione Valutazione Norton Stotts> 10% rispetto al valutazione dell'accoglimento. 3. Presenza del 50% delle schede di monitoraggio quotidiano di mobilitazione e ingesta (pranzo) nella Struttura. 4. Da settembre 2019 a dicembre 2019 raggiungimento dei seguenti esiti: Alla dimissione Valutazione Norton Stotts> 10% rispetto al valutazione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			dell'accogliamento. 5. Presenza del 70% delle schede di monitoraggio quotidiano di mobilitazione e ingesta (pranzo) nella Struttura.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Miglioramento della presa in carico congiunta Struttura ospedaliera-Distretto di appartenenza degli assistiti ricoverati.</p>	<p>1. Rilevazione dei ricoveri ripetuti del 2019 degli assistiti in ingresso nella Medicina Interna.</p> <p>2. Segnalazione all’infermiere di continuità del Distretto di appartenenza della persona che ri-accede al ricovero.</p> <p>3. Attuazione di incontri periodici di confronto tra S.C. Medicina Interna e Distretto di appartenenza per monitoraggio delle criticità.</p>	<p>Tutto il Comparto della SC Medicina Interna, RID.</p> <p>In collaborazione con gli infermieri di continuità distrettuali</p>	<p>1. Entro marzo predisposizione di un database interno alla Struttura delle persone ricoverate che consenta l’identificazione precoce della persona con ricoveri multipli nel 2019.</p> <p>2. Da aprile segnalazione di almeno l’80% della persona con ri-ricovero all’infermiere distrettuale prima della dimissione.</p> <p>3. Da marzo 2019 attuazione di almeno 6 incontri di confronto sui casi di particolare fragilità (fonte dei dati: registro firme di presenza).</p>
<p>2. In linea con i criteri stabiliti dalla Commissione “Accreditation Canada”, coinvolgimento dell’assistito e del caregiver nella valutazione del servizio in un’ottica di miglioramento continuo e ricerca della qualità.</p>	<p>Valutazione della soddisfazione dell’assistito e del caregiver attraverso la distribuzione di un questionario di gradimento che indagherà i punti di forza e di fragilità del servizio e dell’assistenza.</p>	<p>Responsabile Infermieristico della Struttura Comparto</p> <p>In collaborazione con RID</p>	<p>1. Entro aprile 2019 sarà formulato un questionario di valutazione della soddisfazione dell’assistito e del suo caregiver durante la degenza.</p> <p>2. Da maggio a dicembre il questionario viene distribuito ai degenti della Struttura o ai care giver e viene raccolto dopo la compilazione durante due mesi campione (tra maggio e dicembre) (questionari distribuiti ad almeno il 70% dei degenti all’interno della Struttura).</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			3. A dicembre 2019 analisi dei risultati dei questionari raccolti.
3. Migliorare la comunicazione con i medici di medicina generale tramite scambio di informazioni clinico-assistenziali facilitato	Individuare una fascia oraria, almeno 2 ore al giorno da lunedì a venerdì in cui un dirigente medico della S.C. Medicina Interna si rende disponibile per uno scambio di informazioni sugli assistiti degenti o recentemente dimessi dalla struttura stessa con i MMG, garantire inoltre l'invio e/o visualizzazione della lettera di dimissione.	Direttore, dirigenti, Medicina Interna	Migliorare la presa in carico degli assistiti, garantendo la visualizzazione e/o invio del 100% delle lettere di dimissioni ai medici di medicina generale
4. Analisi dei modelli organizzativi/assistenziali delle due Aziende in vista della realizzazione	Produzione di un documento di analisi e confronto tra la realtà del DAI di Medicina dell'ASUITs e il DAI di Medicina dell'AAS2 Bassa Friulana Isontina.	Responsabile Infermieristico della Struttura In comune con RID DAI di Medicina dell'ASUITs In collaborazione con RID DAI di Medicina dell'AAS2 In collaborazione con Coordinatori delle Strutture afferenti ai rispettivi Dipartimenti.	1. Entro settembre realizzazione di due incontri conoscitivi tra i RID e i Coordinatori dei due Dipartimenti. 2. Entro Dicembre 2019 produzione di un documento che illustra e mette a confronto le realtà dei due Dipartimenti di Medicina, confronto tra diversi modelli assistenziali e organizzativi.
5. Reti di patologia Miglioramento dei percorsi di presa in carico della paziente in trattamento per carcinoma mammario	1.Prevenzione e/o trattamento dell'osteoporosi indotta dalle terapie antitumorali 2. Realizzazione di PDTA per la presa in carico congiunta multidisciplinare di donne in trattamento per carcinoma mammario al fine di mettere in atto strategie di prevenzione e/o trattamento dell'osteoporosi indotta	SC Medicina Interna Direttore Dirigenti Medici In collaborazione con SSD Oncologia Senologica SC Medicina nucleare	1. Revisione della letteratura e delle principali linee guida nazionali e internazionali (entro 30 aprile 2019) 2. Produzione di un documento condiviso ed elaborazione di un percorso aziendale di presa in carico (entro giugno 2019) 3.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	dalle terapie antitumorali		Avvio del percorso >80% delle nuove pazienti affette da carcinoma mammario valutate per avvio al percorso se indicazione secondo protocollo e Registro Breast UNIT (31:12. 2019) Dati desumibili da G2 Clinico
6. Sviluppare la continuità clinico/assistenziale e la presa in carico comune territorio/ospedale/territorio: azioni di programmazione nell'ottica della costruzione di un sistema di salute	Prosecuzione delle progettualità di lavoro integrate ospedale – territorio (2017-2018): <ul style="list-style-type: none"> a. Polifarmacoterapia/ appropriatezza prescrittiva b. Nutrizione artificiale c. Rete delle cure palliative 	In comune con Distretti 1,2,3,4, Medicina Clinica, Clinica Medica	1. 1.1. L' 80 % delle persone dimesse dalle medicine con più di 75 anni ha in terapia meno di 9 principi attivi. 1.2. Le persone con più di 75 anni dimesse dalle medicine con più di 8 farmaci vengono segnalate ai distretti. 1.3. Attivazione di valutazioni multidisciplinari, delle persone al punto 2, con il fine di valutare a distanza possibile riduzione dei principi attivi. 2. 2.1. Almeno 80% delle persone con indicazione a Nutrizione Artificiale (NA) devono essere segnalate ai Distretti entro 72 ore prima della dimissione da Ospedale. 2.2. Valutazione del 100% degli assistiti segnalati per avvio percorsi di NA. 3. 3.1. Segnalazione nei percorsi di continuità assistenziale di tutte persone con prognosi infausta. 3.2. Elaborazione di modello

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			organizzativo proattivo di presa in carico.
7. Riorganizzazione delle attività di degenza	Programmare le attività diagnostiche e terapeutiche al fine di evitare il protrarsi delle degenze	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Infermieristico	La degenza media della Struttura nel secondo semestre deve mostrare valori inferiori o uguali a 8
8. Riorganizzazione della gestione dei posti letto	1. Estendere al sabato la programmazione delle dimissioni 2. Organizzare le dimissioni entro le ore 14.00 con lettera di dimissione firmata digitalmente e contestuale prenotazione del trasporto con ambulanza se necessario	Direttore Dirigenti medici Coordinatore Infermieristico	1. Il numero di dimissioni del sabato si allinea almeno al 55% della media dei primi cinque giorni della settimana 2. Almeno il 90% delle dimissioni rispetta l'azione
9. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Direttore Dirigenti medici	Ridurre il valore di DDD complessivo carbapenemi del 10%
10. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Integrazione Ospedale-Territorio</p>	<p>1. Gestione integrata della presa in carico dei pazienti in terapia Dialitica peritoneale a domicilio, in RSA e nelle Case di riposo.</p> <p>2. Unità di Valutazione Multiprofessionale in dimissione dalla Nefrologia per individuare il percorso del singolo caso gestendo aspetti medici, infermieristici e sociali per garantire la massima domiciliarità possibile.</p> <p>3. Audit circa mensili di analisi della casistica trattata e dei bisogni dei pazienti in trattamento sostitutivo dialitico domiciliare e organizzazione degli ulteriori interventi.</p>	<p>Nefrologia e Dialisi: personale Medico e Comparto</p> <p>In collaborazione con Distretti</p>	<p>Prosecuzione e mantenimento dell'attività in atto con tutti i Distretti con numero pazienti valutati nell' anno ≥ al 2018. Mantenimento (tra 50 e 60) del numero di pazienti in Dialisi peritoneale a domicilio e nelle case di Riposo.</p>
<p>2. Promozione attività fisica: Percorso Salute nel paziente nefropatico</p>	<p>1. Costruzione di un percorso specifico in sinergia con i servizi territoriali SS Riabilitazione nei quattro distretti e Microaree per invio/segnalazione del malato nefropatico ai Gruppi di Cammino</p> <p>2. Costruzione e diffusione capillare di una scheda informativa ad hoc sulla salute ed attività fisica nel nefropatico</p>	<p>Responsabile infermieristica e Comparto della Dialisi Personale medico</p>	<p>Attivazione del percorso come da azione</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	in dialisi, presentazione del progetto Gruppi Cammino singolarmente a ciascun paziente potenzialmente idoneo, invio /segnalazione secondo modalità concordate con i Distretti		
3. Facilitare l'accesso al Trapianto Renale	Un BMI >32 viene abitualmente ritenuto un impedimento al accesso in lista di trapianto renale dalla maggioranza dei Centri. -Una perdita di peso attraverso la dieta ipocalorica e l'incremento dell'attività fisica è poco praticabile/efficace specie nel Anziano in dialisi. -Non vi è un limite di età per l'accesso al trapianto di rene e la prognosi dei pazienti trapiantati è migliore rispetto a quelli in dialisi anche nel ultrasessantacinquenne.	Medici Nefrologia e Dialisi; in collaborazione con Medici Chirurgia Generale	Creazione di un percorso concordato per Interventi bariatrici in pazienti obesi in emodialisi con valutazione fattibilità e identificazione di una piccola casistica per inizio attività
4. Facilitare l'accesso al Trapianto Renale.	1. Rafforzare nei pazienti, nell'ambulatorio di orientamento o già in terapia dialitica, l'opzione del trapianto renale da vivente. 2. Una opzione ancora poco percorsa in Italia è il trapianto renale da donatore vivente; la SC di Nefrologia e Dialisi si è fortemente impegnata in questa direzione negli ultimi anni proponendo questa opzione ai pazienti che arrivano alla necessità di dialisi ed ottenendo numeri significativi.	Medici Nefrologia e Dialisi.	Mantenere o migliorare il livello raggiunto nel 2018 (almeno 3 pazienti trapiantati da vivente nel anno)
5.	1.	Medici della Nefrologia	Due corsi di formazione entro l'anno

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Avvio di un programma di CRRT con anticoagulazione loco-regionale con Citrato in ARTA	Fornitura delle basi teoriche della metodica e conoscenza del monitor in due corsi per il personale infermieristico ed i Medici del ARTA 2. Addestramento sul campo alle principali manovre (reset allarmi; cambio sacca dialisato; cambio sacca citrato e calcio; stacco in emergenza) 3Estensione di un protocollo condiviso di gestione (chi fa cosa) Rianimatori, Comparto, Nefrologi.	Comparto della rianimazione Medici del ARTA	2019 Avvio dell'attività della CRRT con Citrato entro dicembre (almeno un caso trattato)
6. Evoluzione del percorso clinico dedicato a pazienti Nefrologici affetti da patologia urologica in lista d'attesa di Trapianto Renale o già sottoposti a Trapianto	L'obiettivo condiviso con la SC Clinica Urologica, prevede il trattamento rapido, superando la lista di attesa, dei pazienti affetti da ipertrofia prostatica benigna, portatori di catetere vescicale o in condizione di grave ritenzione urinaria.	Medici Nefrologia e Dialisi In comune con Medici delle SC Clinica Urologica	Tutti i pazienti con le caratteristiche descritte segnalati dai Nefrologi verranno sottoposti ad intervento chirurgico entro 15 giorni dalla richiesta e dalla valutazione Urologica motivata.
7. Identificazione del Medico di Riferimento per i pazienti ricoverati in Nefrologia e per i pazienti Emodializzati cronici	Ogni paziente ricoverato deve essere a conoscenza di chi è il medico che si fa carico con continuità del suo caso. Ogni paziente ambulatoriale sottoposto a trattamento emodialitico cronico deve essere a conoscenza di chi è il medico nefrologo che si fa carico con continuità della sua persona,	Medici della SC di Nefrologia e Dialisi; Responsabili infermieristiche della Nefrologia e della Dialisi.	I pazienti conoscono il nome del medico di riferimento.
8. DIALISI: Mantenimento della competenza acquisita nelle metodiche di dialisi peritoneale manuale. Apprendimento della metodica nella	1 . Creazione di un piano di formazione teorico-pratico 2. Formulazione di procedure condivise per la gestione delle diverse situazioni	Responsabile: Coordinatore Dialisi Docenti: Infermieri Peritoneale Discenti: Comparto della Dialisi	80% del personale formato; - esecuzione di 1 scambio di dialisi peritoneale manuale sul paziente; - 2 refresh a testa nel periodo considerato

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
gestione della peritonite in corso di dialisi peritoneale	peritoneali e di un protocollo per la gestione della peritonite		
9. NEFROLOGIA E DIALISI: Diffusione della competenza in materia di metodica di dialisi peritoneale agli operatori socio sanitari della Struttura di Nefrologia	Formazione degli operatori socio sanitari per l'allestimento del materiale per il trattamento sostitutivo di dialisi peritoneale	Responsabile Infermieristico della Nefrologia Responsabile Infermieristico della Dialisi Operatori Socio Sanitari Nefrologia e Dialisi, Infermieri dialisi peritoneale	70% degli operatori socio sanitari di Nefrologia e Dialisi ha partecipato ad un corso di formazione per allestimento del materiale della dialisi peritoneale, costituito da una lezione frontale teorica con una prova pratica svolto dagli infermieri dell'ambulatorio di dialisi peritoneale.
10. NEFROLOGIA: Gestione del rischio-clinico adesione al Programma Regionale Rischio clinico 2016: sorveglianza lesioni da pressione "Misurare l'incidenza di LDP nelle strutture di degenza"	1. Formazione del personale sulle modalità di inserimento dati relativi all'incidenza delle LdP nell'apposito data base 2. Monitoraggio quotidiano dell'integrità cutanea dei degenti con inserimento di documentazione scritta in cartella infermieristica e dei nuovi casi nel data base 3. Calcolare il tasso di incidenza degli assistiti che sviluppano una o più LdP durante la degenza	1. Coordinatore infermieristico 2. Comparto Nefrologia In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica e Ostetricia	Inserimento dei dati relativi all'insorgenza di nuove lesioni da pressione nel 100% dei pazienti ricoverati a partire dal 01.04.2019 Fonte: data base G2
11. NEFROLOGIA E DIALISI: Diffusione delle conoscenze e delle abilità nell'allestimento del materiale necessario per la Dialisi Peritoneale agli Operatori Socio Sanitari	Formazione degli operatori socio sanitari per l'allestimento del materiale per il trattamento sostitutivo di dialisi peritoneale	Responsabile Infermieristico della Nefrologia Responsabile Infermieristico della Dialisi Operatori Socio Sanitari Nefrologia e Dialisi, Infermieri dialisi peritoneale	1. Entro agosto 2019 allestimento di un corso di FSC per la diffusione delle conoscenze e delle abilità nell'allestimento del materiale necessario per la Dialisi Peritoneale agli Operatori Socio Sanitari. Entro tale termine il 70% degli

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			<p>operatori socio sanitari di Nefrologia e Dialisi ha partecipato al corso di formazione.</p> <p>2. Entro dicembre 2019 tutti gli OSS della Struttura di Nefrologia e Dialisi hanno allestito almeno una volta il materiale per una seduta dialitica di DP. L'attività viene monitorata su un registro di reparto.</p>
<p>12. NEFROLOGIA E DIALISI: Percorso conoscitivo tra Nefrologia e Dialisi ASUITS con Nefrologia e Dialisi Gorizia/Monfalcone</p>	<p>1. Primo approccio conoscitivo di 2 realtà organizzative che si occupano di Nefrologia e Dialisi (Trieste e Gorizia) in prospettiva dell'integrazione prevista dalla Regione.</p> <p>2. Per una giornata (6 Ore) , in maniera condivisa, i Responsabili Infermieristici delle Strutture di Nefrologia e Dialisi delle due Aziende visiteranno reciprocamente le Strutture dell'altra Azienda.</p>	<p>Responsabile Infermieristico Nefrologia e Dialisi Trieste e Gorizia</p>	<p>100% dei Responsabili Infermieristici di Nefrologia e Dialisi di Trieste e Gorizia hanno visitato la Struttura dell'Azienda reciproca. Fonte dei dati: verrà documentato attraverso una certificazione di presenza rilasciato dall'ente ospitante.</p>
<p>13. RID + DIALISI PAL 2019 Ridefinire il percorso di inserimento del neo assunto in linea con i criteri definiti dalla nuova società di accreditamento (AC) Accreditation Canada</p>	<p>1. Costituire un gruppo di lavoro per individuare un insieme di competenze base trasversale a tutti i contesti di cura e un insieme di competenze peculiari specifiche per struttura</p> <p>2. Creare uno strumento guida e di monitoraggio che evidenzia l'acquisizione nel tempo delle</p>	<p>Responsabile Infermieristico Dialisi</p> <p>In comune con Responsabile Infermieristico di Dipartimento In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica e Ostetricia</p>	<p>1. Entro marzo 2019 istituzione del gruppo di lavoro e avvio dell'attività</p> <p>2. Entro dicembre 2019 produzione dello strumento per almeno 1 SC afferente a ciascuno dei DAI (Dialisi) e applicazione dello stesso in via sperimentale a tutti i neo-assunti</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	competenze attese nel neoassunto per il raggiungimento dell'autonomia		
14. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Miglioramento della gestione del paziente con insufficienza respiratoria acuta e cronica</p>	<p>1. Addestramento del personale medico ed infermieristico all'utilizzo della CPAP 2. Si prevede inoltre, senza vincolarlo al progetto, l'acquisizione di due apparecchiature di CPAP e l'attivazione di due posti letto per il trattamento con CPAP.</p>	<p>1. Direttore e Coordinatore 2. Personale medico ed infermieristico della Medicina clinica</p>	<p>1. Partecipazione di tutto il personale medico e infermieristico all'aggiornamento sull'utilizzo della CPAP. 2. Preso incarico, per trasferimento da Medicina d'Urgenza e Pneumologia, di almeno un paziente al mese in trattamento con CPAP</p>
<p>2. Miglioramento delle modalità di richiesta di visite endocrinologiche da parte dei medici di medicina generale</p>	<p>1. Diffusione dei criteri di priorità per visite endocrinologiche 2. Programmazione di un incontro per ogni Distretto con i Medici di medicina generale al fine di presentare e discutere i criteri di priorità 3. Creazione, subordinata alla disponibilità della SC Informatica e Telecomunicazioni, di una APP endocrinologica con i criteri di priorità per visite endocrinologiche e con l'indicazione degli esami di primo livello da far eseguire al paziente prima della visita</p>	<p>Personale medico afferente alla SS di Endocrinologia (dr.ssa Stella Bernardi, dr.ssa Veronica Calabrò)</p>	<p>1. Invio a tutti i medici di medicina generale dei criteri di priorità per visite endocrinologiche 2. Esecuzione incontri con i medici di medicina generale per discussione sui criteri di priorità. 3. Riduzione di almeno il 30%, nell'anno 2019 rispetto al 2018, del numero di richieste di visite improprie (registro interno).</p>
<p>3. Ottimizzazione del percorso di cura per pazienti affetti da reumo-artropatie</p>	<p>1. Definizione del protocollo con l'interazione tra la Direzione della SS di</p>	<p>SS Reumatologia, afferente alla SC Medicina Clinica (Dr. Fabio Fischetti, responsabile della SS di Reumatologia;</p>	<p>1. Stesura del protocollo entro il 31 maggio 2019;</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
infiammatorie associate a malattie dermatologiche	<p>Reumatologia e la direzione della SC di dermatologia entro il 30 aprile 2019.</p> <p>2. Creazione di una Agenda CUP Condivisa per la prenotazione delle visite specialistiche</p>	<p>dr.ssa Paola Tomietto; dr. Silvano Bettio)</p> <p>In comune co con S.C. Clinica Dermatologica (dr.ssa Valentina Perkam; dr.ssa Sara Trevisini; dr.ssa Katuscia Nan)</p>	<p>2. Inizio inserimento pazienti nella lista CUP condivisa appena disponibile</p>
<p>4. Attivazione precoce della persona ricoverata per contrastare la perdita di funzione indotta dalla degenza, abbreviare i tempi di degenza e di recupero funzionale dopo il ricovero, ridurre la richiesta di riabilitazione post ricovero presso le RSA.</p>	<p>Avvio di un progetto di attivazione precoce dell'assistito mediante la predisposizione di piani di assistenza mirati che valorizzino in particolare gli aspetti inerenti alla mobilitazione e alla nutrizione.</p> <p>Gli infermieri predispongono piani di assistenza mirati secondo gli obiettivi espressi.</p> <p>Gli OSS partecipano alla realizzazione dei piani assistenziali.</p> <p>Viene predisposto monitoraggio quotidiano dei piani di mobilitazione e delle ingesta a pranzo.</p>	<p>Comparto</p> <p>In collaborazione con RID Responsabili Infermieristici delle Strutture di Medicina</p>	<p>1. Entro aprile predisposizione del progetto e diffusione a tutto il comparto</p> <p>2. Da maggio 2019 a agosto 2019 attivazione del progetto e monitoraggio dei seguenti esiti: Alla dimissione Valutazione Norton Stotts > 10% rispetto al valutazione dell'accoglimento.</p> <p>3. Presenza del 50% delle schede di monitoraggio quotidiano di mobilitazione e ingesta (pranzo) nella Struttura.</p> <p>4. Da settembre 2019 a dicembre 2019 raggiungimento dei seguenti esiti: Alla dimissione Valutazione Norton Stotts > 10% rispetto al valutazione dell'accoglimento.</p> <p>5. Presenza del 70% delle schede di monitoraggio quotidiano di mobilitazione e ingesta (pranzo) nella Struttura.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>5. In linea con i criteri stabiliti dalla Commissione “Accreditation Canada”, coinvolgimento dell’assistito e del caregiver nella valutazione del servizio in un’ottica di miglioramento continuo e ricerca della qualità.</p>	<p>Valutazione della soddisfazione dell’assistito e del caregiver attraverso la distribuzione di un questionario di gradimento che indagherà i punti di forza e di fragilità del servizio e dell’assistenza.</p>	<p>Responsabile Infermieristico della Struttura Comparto</p> <p>In collaborazione con RID</p>	<p>1. Entro aprile 2019 sarà formulato un questionario di valutazione della soddisfazione dell’assistito o del suo caregiver durante la degenza.</p> <p>2. Da maggio a dicembre il questionario viene distribuito ai degenti della Struttura o ai caregiver e viene raccolto dopo la compilazione durante due mesi campione (tra maggio e dicembre) (questionari distribuiti ad almeno il 70% dei degenti all’interno della Struttura).</p> <p>3. A dicembre 2019 analisi dei risultati dei questionari raccolti.</p>
<p>6. Garantire una presa in carico appropriata alle persone con bisogni nutrizionali specifici durante la degenza</p>	<p>1. Introdurre un metodo di individuazione delle persone con bisogni nutrizionali specifici e formare il personale sull’utilizzo.</p> <p>2. Attuazione del monitoraggio della ingestione per le persone indeterminate a rischio di malnutrizione.</p> <p>3. Prescrizione e monitoraggio di una dieta personalizzata.</p>	<p>Tutto il personale della Medicina Clinica</p>	<p>1. Entro maggio verranno introdotti gli strumenti di screening per identificare le persone a rischio e il personale sarà formato al loro utilizzo.</p> <p>2. Da giugno la scheda di valutazione dello stato nutrizionale è somministrata al 70% delle persone accolte in reparto.</p> <p>3. Da giugno tutte le persone identificate a rischio di malnutrizione hanno la prescrizione di una dieta personalizzata.</p> <p>4.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			Da giugno è attuato un monitoraggio giornaliero delle ingesta per le persone identificate a rischio.
<p>7. Sviluppare la continuità clinico/assistenziale e la presa in carico comune territorio/ospedale/territorio: azioni di programmazione nell'ottica della costruzione di un sistema di salute</p>	<p>Prosecuzione delle progettualità di lavoro integrate ospedale – territorio (2017-2018):</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Polifarmacoterapia/ appropriatezza prescrittiva b. Nutrizione artificiale c. Rete delle cure palliative 	<p>Medicina Clinica</p> <p>In comune con Distretti 1,2,3,4, Medicina Interna, Clinica Medica</p>	<p>1. 1.1. L' 80 % delle persone dimesse dalle medicine con più di 75 anni ha in terapia meno di 9 principi attivi. 1.2. Le persone con più di 75 anni dimesse dalle medicine con più di 8 farmaci vengono segnalate ai distretti. 1.3. Attivazione di valutazioni multidisciplinari, delle persone al punto 2, con il fine di valutare a distanza possibile riduzione dei principi attivi. 2. 2.1. Almeno 80% delle persone con indicazione a Nutrizione Artificiale (NA) devono essere segnalate ai Distretti entro 72 ore prima della dimissione da Ospedale. 2.2. Valutazione del 100% degli assistiti segnalati per avvio percorsi di NA. 3. 3.1. Segnalazione nei percorsi di continuità assistenziale di tutte persone con prognosi infausta. 3.2. Elaborazione di modello organizzativo proattivo di presa in carico.</p>
<p>8. Riorganizzazione delle attività di degenza</p>	<p>Programmare le attività diagnostiche e terapeutiche al fine di evitare il protrarsi delle degenze</p>	<p>Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Infermieristico</p>	<p>La degenza media della Struttura nel secondo semestre deve mostrare valori inferiori o uguali a 8</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
9. Riorganizzazione della gestione dei posti letto	1. Estendere al sabato la programmazione delle dimissioni 2. Programmare le dimissioni entro le ore 14.00 con lettera di dimissione firmata digitalmente e contestuale prenotazione del trasporto con ambulanza se necessario	Direttore Dirigenti medici Coordinatore Infermieristico	1. Il numero di dimissioni del sabato si allinea almeno al 55% della media dei primi cinque giorni della settimana 2. Almeno il 90% delle dimissioni rispetta l'azione
10. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Direttore Dirigenti medici	Ridurre il valore di DDD complessivo carbapenemi del 10%
11. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. (PAL 2018) Linea 3.6.3. Reti di patologia Malattie rare. Malattie del metabolismo</p>	<p>1. Definizione di un percorso di lavoro condiviso per la cura dell'ipercolesterolemia complicata (per es., ripetuti eventi cardiovascolari, intolleranza alle statine, elevati livelli di Lp(a)) che includa l'appropriata prescrizione di biologici inibitori di PCSK9 e l'eventuale indicazione all'esecuzione di LDL-afèresi. 2. Coordinamento con la rete nazionale Lipigen per la diagnosi genetica delle dislipidemie familiari</p>	<p>Dirigenza/Comparto Ambulatorio per le dislipidemie familiari della Clinica Medica Dott. Pierandrea Vinci Dott. Emiliano Panizon Coordinatore infermieristico dott Alessandro Pipolo</p> <p>In comune con SC Centro Cardiovascolare e Medicina dello Sport di TriesteASUITs, Dott. Andrea Di Lenarda In collaborazione con SC Cardiologia di Gorizia e MonfalconeASS2, Dott.ssa Gerardina Lardieri SC Medicina Interna di Monfalcone ASS2, Dott. Alessandro Cosenzi. In collaborazione con SC Medicina Trasfusionale ASUITs, Dott. Luca Mascaretti (per LDL afèresi)</p>	<p>1. Riunione operativa per la definizione del percorso entro 30 giugno 2019 2. Produzione di un documento condiviso che delinea un percorso di cura per le persone con ipercolesterolemia complicata e/o intolleranza alle statine che include la prescrizione di farmaci inibitori di PCSK9 e LDL afèresi entro 31 ottobre 2019 3. Pubblicazione di almeno un lavoro scientifico in coordinamento con la rete nazionale Lipigen per la diagnosi genetica delle dislipidemie familiari</p>
<p>2. Organizzazione e coordinamento dell'attività di gestione del malato acuto internistico ricoverato e dell'attività specialistica ambulatoriale e di consulenza della Clinica Medica</p>	<p>Organizzazione e coordinamento del personale medico nelle diverse attività di (a) gestione del malato acuto internistico ricoverato, (b) consulenze e visite urgenti di nutrizione artificiale, diabetologia, obesità, iperlipemie (gravi ipertrigliceridemie) trombofilia e terapia anticoagulante, (c) attività ambulatoriale di prevenzione della malnutrizione nel malato oncologico,</p>	<p>Direttore</p>	<p>1. Produzione di un documento organizzativo e di coordinamento entro 30 giugno 2019 2. Attivazione della nuova organizzazione entro 31 ottobre 2019</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	obesità e sindrome metabolica, dislipidemie familiari.		
3. (PAL 2018) Linea 3.6.3. Reti di patologia Malattie rare. Malattie del metabolismo	1. Sviluppo dell'ambulatorio delle dislipidemie familiari. 2. Coordinamento con la rete delle malattie rare del FVG 3. Produzione di percorsi assistenziali riguardanti malattie rare metaboliche	Dirigenza/Comparto Dott. Pierandrea Vinci Dott. Emiliano Panizon Dietisti	Malattie rare metaboliche: produrre entro il 31 dicembre 2018 il percorso assistenziale di transizione bambino-adulto per una malattia rara metabolica (fenilchetonuria).
4. (PAL 2018) Linea 3.1.6. Reti di patologia. Realizzare percorsi integrati attivi e da implementare nell'ambito della presa in carico del paziente Oncologico. Migliorare la gestione del paziente attraverso discussione multidisciplinare	Trattamento del sovrappeso e dell'obesità nel follow up dopo trattamento del carcinoma mammario	Ambulatorio Nutrizione. Dott. Pierandrea Vinci Dott.ssa Alessia Pirulli, dietisti signora Sabrina Argenta e signora Luisa de Pasquale . In comune con Oncologia Senologica (OSARF)	1. Riunione operativa per la definizione del percorso entro 30 giugno 2019 2. Produzione di un documento condiviso che delinea un percorso di cura metabolica per le persone con obesità o sovrappeso nel follow up dopo trattamento del carcinoma mammario entro 31 ottobre 2019 3. Invio e trattamento di almeno 10 persone con obesità o sovrappeso dopo trattamento del carcinoma mammario per trattamento dietetico e metabolico entro 31 dicembre 2019
5. Sviluppare la continuità clinico/assistenziale e la presa in carico comune territorio/ospedale/territorio: azioni di programmazione nell'ottica della costruzione di un sistema di salute	Prosecuzione delle progettualità di lavoro integrate ospedale – territorio (2017-2018): a. Polifarmacoterapia/ appropriatezza prescrittiva b. Nutrizione artificiale c. Rete delle cure palliative	Medicina Clinica In comune con Distretti 1,2,3,4, Medicina Interna, Clinica Medica	1. 1.1. L' 80 % delle persone dimesse dalle medicine con più di 75 anni ha in terapia meno di 9 principi attivi. 1.2. Le persone con più di 75 anni dimesse dalle medicine con più di 8 farmaci vengono segnalate ai distretti.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			<p>1.3. Attivazione di valutazioni multidisciplinari, delle persone al punto 2, con il fine di valutare a distanza possibile riduzione dei principi attivi.</p> <p>2.</p> <p>2.1. Almeno 80% delle persone con indicazione a Nutrizione Artificiale (NA) devono essere segnalate ai Distretti entro 72 ore prima della dimissione dall' Ospedale.</p> <p>2.2. Valutazione del 100% degli assistiti segnalati per avvio percorsi di NA.</p> <p>3.</p> <p>3.1. Segnalazione nei percorsi di continuità assistenziale di tutte persone con prognosi infausta.</p> <p>3.2. Elaborazione di modello organizzativo proattivo di presa in carico.</p>
7. Riorganizzazione delle attività di degenza	Programmare le attività diagnostiche e terapeutiche al fine di evitare il protrarsi delle degenze	Direttore Dirigenti Medici Coordinatore Infermieristico	La degenza media della Struttura nel secondo semestre deve mostrare valori inferiori o uguali a 8
8. Riorganizzazione della gestione dei posti letto	<p>1. Estendere al sabato la programmazione delle dimissioni</p> <p>2. Programmare le dimissioni entro le ore 14.00 con lettera di dimissione firmata digitalmente e contestuale prenotazione del trasporto con ambulanza se necessario</p>	Direttore Dirigenti medici Coordinatore Infermieristico	<p>1. Il numero di dimissioni del sabato si allinea almeno al 55% della media dei primi cinque giorni della settimana</p> <p>2. Almeno il 90% delle dimissioni rispetta l'azione</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>9. Attivazione precoce della persona ricoverata per contrastare la perdita di funzione indotta dalla degenza, abbreviare i tempi di degenza e di recupero funzionale dopo il ricovero, ridurre la richiesta di riabilitazione post ricovero presso le RSA.</p>	<p>1. Avvio di un progetto di attivazione precoce dell'assistito mediante la predisposizione di piani di assistenza mirati che valorizzino in particolare gli aspetti inerenti alla mobilitazione e alla nutrizione.</p> <p>2. Gli infermieri predispongono piani di assistenza mirati secondo gli obiettivi espressi.</p> <p>3. Gli OSS partecipano alla realizzazione dei piani assistenziali.</p> <p>4. Viene predisposto monitoraggio quotidiano dei piani di mobilitazione e delle ingesta a pranzo.</p>	<p>Comparto</p> <p>In collaborazione con RID Responsabili Infermieristici delle Strutture di Medicina</p>	<p>1. Entro aprile predisposizione del progetto e diffusione a tutto il comparto</p> <p>2. Da maggio 2019 a agosto 2019 attivazione del progetto e monitoraggio dei seguenti esiti: Alla dimissione Valutazione Norton Stotts > 10% rispetto al valutazione dell'accoglimento.</p> <p>3. Presenza del 50% delle schede di monitoraggio quotidiano di mobilitazione e ingesta (pranzo) nella Struttura.</p> <p>4. Da settembre 2019 a dicembre 2019 raggiungimento dei seguenti esiti: Alla dimissione Valutazione Norton Stotts > 10% rispetto al valutazione dell'accoglimento.</p> <p>5. Presenza del 70% delle schede di monitoraggio quotidiano di mobilitazione e ingesta (pranzo) nella Struttura.</p>
<p>10. In linea con i criteri stabiliti dalla Commissione "Accreditation Canada", coinvolgimento dell'assistito e del caregiver nella valutazione del servizio in un'ottica di miglioramento continuo</p>	<p>Valutazione della soddisfazione dell'assistito e del caregiver attraverso la distribuzione di un questionario di gradimento che indagli i punti di forza e di fragilità del servizio e dell'assistenza.</p>	<p>Responsabile Infermieristico della Struttura Comparto</p> <p>In collaborazione con RID</p>	<p>1. Entro aprile 2019 sarà formulato un questionario di valutazione della soddisfazione dell'assistito o del suo caregiver durante la degenza.</p> <p>2.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
e ricerca della qualità.			Da maggio a dicembre il questionario viene distribuito ai degenti della Struttura o ai care giver e viene raccolto dopo la compilazione durante due mesi campione (tra maggio e dicembre) (questionari distribuiti ad almeno il 70% dei degenti all'interno della Struttura). 3. A dicembre 2019 analisi dei risultati dei questionari raccolti.
11. Sviluppare una proposta per l'integrazione dell'attività, l'omogeneizzazione delle modalità di lavoro e il modello organizzativo del personale dietista operante in Azienda	1. Analisi quali-quantitativa delle attività in ambito nutrizionale del dietista; 2. Stesura di un dat base di confronto che correli l'impiego del personale e il metodo di lavoro alle linee di produzione attive e agli standard professionali di riferimento.	Dietiste Clinica Medica ASUITS In collaborazione con Dietiste Servizio di Dietetica – Direzione Sanitaria ASUITS; Dietista Dipartimento di prevenzione ex Ass1 Dietiste diabetologia ASUITS Dietiste Servizio dietetico AAS2	Documento di proposta che getti le basi dell'integrazione e del modello organizzativo professionale per il nuovo atto aziendale Entro settembre 2019 report attività svolta.
12. Report attività didattica e di tutoraggio	Monitoraggio attività didattica frontale e di tutoraggio clinico	Direttore e coordinatore	Report annuale
13. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Direttore Dirigenti medici	Ridurre il valore di DDD complessivo di CARBAPENEMI del 30%
14. Promozione della ricerca clinica	Formazione del personale nella realizzazione dei trial clinici secondo i principi della "GoodClinicalPractice"	Dirigenza/Comparto	Attivazione di almeno due studi clinici approvato dal Comitato Etico Unico Regionale
15. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2. Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	Budget annuale rispettato NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.
2. Miglioramento dell'assistenza ai pazienti ematologici anziani.	Valutazione multidimensionale degli anziani con patologie neoplastiche ematologiche per una migliore selezione dei candidati a chemio o immunoterapia.	Dirigenti medici	Elaborazione e stesura di un protocollo condiviso gli ematologi per una migliore selezione dei pazienti anziani da avviare a chemioimmunoterapia.
3. Miglioramento dello stato di salute del cavo orale degli anziani ricoverati.	Valutazione, in collaborazione con la Stomatologia, da parte di igienisti dentari, del cavo orale di ricoverati che abbiano espresso il consenso e per cui esista una adeguata rete socio-famigliare.	Direttore e dirigenti medici	Valutazione dello stato di salute del cavo orale e consigli scritti sul suo mantenimento/miglioramento da inserire nella lettera di dimissione del paziente. Risultato raggiunto nel 30% dei ricoverati arruolati.
4. Linea regionale 3.3.1	Applicazione del protocollo sulla gestione e riduzione della polifarmacologia nell'anziano ultraottantenne con comorbidità	Direttore struttura complessa	Segnalazione sulla lettera di dimissione del numero di farmaci tolti. Report analitico a fine anno.
5. Tendenza alla stabilizzazione o diminuzione delle polmoniti nosocomiali	Mobilizzazione quotidiana documentata dalla scheda infermieristica e corretta somministrazione dell'alimentazione nei pazienti disfagici.	Dirigenti e Comparto	Stabilizzazione o diminuzione del numero di polmoniti nosocomiali rispetto al 2018.
6. Promozione di un'assistenza sicura	1. Introduzione di un monitoraggio degli	RID Coordinatore infermieristico.	1. Entro marzo sarà identificato lo

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>attraverso la prevenzione delle cadute dell'anziano e della persona fragile.</p>	<p>episodi di caduta della persona durante la degenza e degli esiti delle cadute.</p> <p>2. Attivazione di strategie di prevenzione delle cadute nell'anziano attraverso la formazione del comparto, la distribuzione del fascicolo aziendale di prevenzione delle cadute a tutte le persone valutate a rischio all'atto dell'accoglimento o durante la degenza.</p> <p>3. Attivazione di strategie organizzative atte ad evitare la caduta o ridurne le conseguenze.</p>	<p>Comparto</p>	<p>strumento di monitoraggio della caduta e dei suoi esiti.</p> <p>2. Entro aprile inizio della distribuzione dell'opuscolo informativo.</p> <p>3. Entro settembre attuazione di un evento formativo per tutto il comparto sulla prevenzione delle cadute.</p> <p>4. Entro dicembre analisi dell'incidenza e degli esiti delle cadute monitorate nella struttura.</p>
<p>7</p> <p>In linea con i criteri stabiliti dalla commissione "Accreditation Canada" coinvolgimento dell'assistito e del caregiver nella valutazione del servizio in un'ottica di miglioramento continuo e ricerca della qualità.</p>	<p>Valutazione della soddisfazione dell'assistito e del caregiver attraverso la distribuzione di un questionario di gradimento che indagherà i punti di forza e di fragilità del servizio e dell'assistenza.</p>	<p>RID Responsabile Infermieristico Comparto</p>	<p>1. Entro aprile 2019 sarà formulato un questionario di valutazione della soddisfazione dell'assistito e del suo caregiver durante la degenza.</p> <p>2. Da maggio a dicembre il questionario viene distribuito ai degenti della struttura e viene raccolto dopo la compilazione (questionari distribuiti ad almeno il 70% dei degenti).</p> <p>3. A dicembre 2019 analisi dei risultati dei questionari raccolti.</p>
<p>8. Razionalizzazione uso degli antibiotici</p>	<p>Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie</p>	<p>Direttore Dirigenti medici</p>	<p>Mantenere le DDD del 2018</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Infettive		
9. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno tre pubblicazioni (50% in più rispetto al 2018)
10 Miglioramento degli standard qualitativi assistenziali e organizzativi nel Dipartimento di Medicina.	Realizzazione di un corso di FSC accreditato sul tema della qualità e sicurezza delle cure e dell'assistenza implementato e rivolto a Dirigenti Medici e personale del comparto del DAI di Medicina.	Dirigenti Medici RID Tutto il comparto	1. Entro marzo sarà progettato e proposto il corso di FSC, avviate le pratiche per l'accreditamento. 2. Entro Dicembre 2019 realizzazione del corso di FSC come da progettazione. 3. L'80% del personale afferente al Dipartimento avrà partecipato al corso di FSC.
11 Analisi dei modelli organizzativi/assistenziali delle due Aziende in vista della realizzazione della Riforma del SSR secondo Legge regionale 17 dicembre 2018 , n. 27	Produzione di un documento di analisi e confronto tra la realtà del DAI di Medicina dell'ASUITs e il DAI di Medicina dell'AAS2 Bassa Friulana Isontina.	RID DAI di Medicina dell'ASUITs In collaborazione con RID DAI di Medicina dell'AAS2 Coordinatori delle Strutture afferenti ai rispettivi Dipartimenti.	1. Entro settembre realizzazione di due incontri conoscitivi tra i RID e i Coordinatori dei due Dipartimenti. 2. Entro Dicembre 2019 produzione di un documento che illustra e mette a confronto le realtà dei due Dipartimenti di Medicina, confronto tra diversi modelli assistenziali e organizzativi.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Erogazione delle prestazioni per esterni e ricoverati. Contenere Vs 2018 la riduzione del volume di attività prevedibile in ordine ai pensionamenti e trasferimenti</p>	<p>1. Revisione trimestrale dei flussi e della appropriatezza prescrittiva. 2. Azione di coordinamento con il CUP e gli ambulatori erogatori di prestazioni di ASUITS. 3. Attivazione di un protocollo, collegato ai progetti RAR, con offerta suppletiva di prestazioni aggiuntive in caso di tempi di attesa oltre gli standard UBDP.</p>	<p>Direttore Dirigenti Medici afferenti funzionalmente</p>	<p>Volumi attività complessivi almeno del 90% Vs 2018 (a fronte di una riduzione Vs 2018 stimata del 15%)</p>
<p>2. Appropriatezza prescrittiva e percorsi di cura. Applicazione, in concerto con la Direzione Sanitaria, del Protocollo/Linee Guida sulla appropriatezza prescrittiva dell'ECD TSA, prodotto nel 2017 quale obiettivo di budget del CIEU, a cui la Direzione Sanitaria non ha dato applicazione nel 2018 nonostante le numerose sollecitazioni.</p>	<p>1. Inserimento e pubblicazione nel portale ASUITS del protocollo già depositato in ASUITS e protocollato a dicembre 2017. 2. Attivazione di incontri con i prescrittori esterni per divulgare e condividere le linee guida per la prescrizione e il follow-up dell'ECD-TSA.</p>	<p>Direttore SSD F&R in Ultrasonografia Vascolare Direzione sanitaria ASUITS Direzioni dei Distretti</p>	<p>1. Pubblicazione delle Linee Guida nel portale aziendale ASUITS 2. Documentazione degli incontri con i prescrittori e valutazione dei risultati sulle prescrizioni</p>
<p>3. Percorsi di cura Ottimizzazione dell'offerta dell'Ambulatorio di Patologia Vascolare ed Ipertensione Arteriosa, fornendo un supporto snello di "consulting"</p>	<p>1. Attivazione di incontri con i prescrittori esterni per definire il protocollo per l'accesso allo sportello di "consulting" 2. Successiva attivazione dello sportello</p>	<p>- Direttore SSD F&R in Ultrasonografia Vascolare In collaborazione con - Dirigenti Medici afferenti funzionalmente dalla UCO Medicina Clinica:</p>	<p>1. Documentazione degli incontri con i prescrittori e valutazione uso del protocollo 2. Documentazione del percorso</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
specialistico diretto extra-ambulatoriale, al fine di: 1) ridurre le richieste inappropriate di visita e/o di prestazione strumentale 2) favorire la fase di condivisione con il MMG del follow-up del paziente iperteso complesso.	ambulatoriale informatico/telefonico a favore dei prescrittori.	Dott. Matteo Rovina Dott.ssa Diletta Castaldo - Direzione sanitaria ASUITS - Direzioni dei Distretti - S.C. Informatica e Telecomunicazioni	organizzativo con la SC informatica e Telecomunicazioni. Attivazione dello sportello
4. Qualità e appropriatezza dell'offerta formativa in termini di didattica tutoriale passiva (primo livello didattico) e interattiva (secondo livello didattico) per rispettivamente: - il CdS di Medicina e Chirurgia e le Scuole di Specializzazione di UNITS, ove insiste l'insegnamento dell'Angiologia e Diagnostica Vascolare Ultrasonografica. - CdS interessati, con platea complessiva di oltre 200 discenti: - CdS Medicina e Chirurgia - SS Medicina Interna - SS Malattie dell'Apparato Cardiovascolare Mantenimento Vs 2018, dell'attività di didattica tutoriale erogata in combinazione con minimizzazione della riduzione dei volumi di attività prevista per il 2019	Rimodulazione delle ore dedicate alla attività integrata di didattica tutoriale in combinazione ai volumi di prestazioni strumentali erogate.	Direttore SSD F&R in Ultrasonografia Vascolare	Rilevazione presenze e ore tutoriali erogate tramite il registro informatico presso la SSD F&R in Ultrasonografia Vascolare Target: >200 ore tutoriali; >400 giornate/discente.
5. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

DAI EMATOLOGIA, ONCOLOGIA E INFETTIVOLOGIA

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Gestione del rischio-clinico; adesione al Programma Regionale Rischio clinico 2016: sorveglianza lesioni da pressione "Misurare l'incidenza di LDP nelle strutture di degenza"</p>	<p>1. Formazione del personale sulle modalità di inserimento dati relativi all'incidenza delle LdP nell'apposito data base</p> <p>2. Monitoraggio quotidiano dell'integrità cutanea dei degenti con inserimento di documentazione scritta in cartella infermieristica e dei nuovi casi nel data base</p> <p>3. Calcolare il tasso di incidenza degli assistiti che sviluppano una o più LdP durante la degenza</p>	<p>Coordinatori infermieristici delle degenze delle SSCC Ematologia, Oncologia, Infettivi, Clinica Dermatologica</p> <p>Comparto delle degenze delle SSCC Ematologia, Oncologia, Infettivi, Clinica Dermatologica</p> <p>In comune con la Direzione Infermieristica e Ostetricia</p>	<p>Inserimento dei dati relativi all'insorgenza di nuove lesioni da pressione nel 100% dei pazienti ricoverati a partire dal 01.05.2019</p> <p>Fonte: data base G2</p>
<p>2. Centro Unico per la Somministrazione degli Antiblastici</p>	<p>1. Completamento del processo d'integrazione del personale sanitario delle differenti strutture coinvolte (SC Oncologia SSD OncoSenologica e App.Riprod.Femminile, SC Ematologia</p> <p>2. Implementazione dell'accesso al CUSA dei pazienti della SC Ematologia oltre a quelli di SC Oncologia e SSD Oncol. Senologica e App. Riproductivo Fem.</p>	<p>Direttore del Dipartimento Responsabile Infermieristico Dipartimentale</p>	<p>1. Attivazione della nuova sede del CUSA (Centro Unico per la Somministrazione degli Antiblastici) destinato ai pazienti ambulatoriali di SC Oncologia, SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproductivo Femminile e SC Ematologia</p> <p>2. Organizzazione di un Centro di Costo unico relativo al CUSA (dedicato a dispositivi medici, arredi comuni, etc, non farmaci)</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Ottenimento accreditamento JACIE centro trapianto cellule staminali	L'accreditamento JACIE rappresenta uno standard per i centri di trapianto cellule staminali emopoietiche che qualifica in termini di qualità e sicurezza. La DG e la DS hanno già espresso nel mese di gennaio 2019 per vie brevi parere favorevole per dare avvio alla procedura di accreditamento JACIE. Obiettivo è di perseguire il programma di visite, audit e obiettivi di accreditamento che saranno definiti non appena attivata la procedura.	SC Ematologia: Direttore SC Ematologia Dirigente Medico (dott.ssa Marta Vidus Rosin) SC Ematologia Personale comparto Direzione Medica: Dirigenti Medici	Osservanza delle scadenze programmate in termini di attività e audit previste dal piano di accreditamento JACIE.
2. Integrazione con ambulatorio ematologia di Gorizia e Monfalcone	In considerazione della prossima realizzazione della nuova Azienda Sanitaria Universitaria Integrata Giuliana Isontina si ritiene importante nel corso del 2019 sviluppare un percorso comune ed integrato di valutazione dei pazienti ematologici a fini di diagnosi e trattamento coinvolgendo ed allineando la divisione di Medicina di Gorizia e Monfalcone.	S.C Ematologia: Direttore SC Ematologia Dirigenti Medici Comparto In collaborazione con AAS2	1. Discussione di almeno 80% dei casi ematologici complessi visti a Gorizia o Monfalcone 2. Evidenza della presa in carico di pazienti con patologia ematologica complessa non gestibili nelle sedi di Gorizia e Monfalcone
3. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive mirati agli utenti a rischio assistiti presso la SC Ematologia	1. Redazione della procedura di identificazione delle persone cui offrire le vaccinazioni. 2.	Dirigenti Medici (tutti) Personale del comparto CUSA In collaborazione con: SC Igiene e Sanità Pubblica (SCISP)	Invito al colloquio ed alla vaccinazione delle persone a rischio (presso il Centro Vaccinale Unico della SCISP o presso la SC Ematologia)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Applicazione delle Raccomandazioni regionali 2019 per le vaccinazioni nei pazienti adulti con neoplasie ematologiche e nei pazienti sottoposti a trapianto di cellule staminali ematopoietiche (HSCT)	Invito dell'utente al colloquio informativo ed all'adesione vaccinale. 3. Registrazione in SIASI degli inviti e dell'esito degli stessi: vaccinazione, esonero, rifiuto	In collaborazione con AAS2	
4. Biopsia linfonodale (o di altro tessuto patologico con esclusione dell'area cervicale) in pazienti con sospetto di patologia linfoproliferativa	Individuazione di un percorso condiviso che permetta ai pazienti nei quali si sospetta una patologia linfoproliferativa di giungere efficacemente e rapidamente entro 14 giorni ad effettuare una biopsia linfonodale.	Dirigenti Medici SC Ematologia Coord.re Inf.co Tiziana Fonda In comune con Dirigenti Medici SC Clinica Chirurgica Complesso Operatorio HM - Day Surgery SC Anestesia Rianimazione HM	Creazione di un protocollo operativo entro 1.6.2019 Numero di pazienti che effettuano la biopsia linfonodale entro 14 giorni: 80%. Entro 30 gg 100%
5. Protocollo per il posizionamento e la gestione dei cateteri venosi presso l'ospedale Maggiore. Realizzazione di un PICC Team interdivisionale tra SC Ematologia ed SC Anestesia Rianimazione TIPO.	1. Organizzazione di un PICC team interdivisionale dedicato ai pazienti ematologici. 2. Collaborazione / sinergia con la SC Ematologia che garantirà il 20% delle procedure. Mentre l'80% sarà a carico della SC Anestesia e Rianimazione TIPO.	1. Dirigente medico SC Ematologia (1 medico) In comune con Dirigenti medici SC Anestesia Rianimazione TIPO 2. Personale del comparto della SC Ematologia (1 infermiera). In comune con comparto della SC TIPO	1. Posizionamento dei cateteri venosi nei pazienti ematologici nel 100% delle richieste nella quota rispettivamente dedicata del 20% per la SC Ematologia e del 80% per SC Anestesia e Rianimazione TIPO. 2. Posizionamento entro 24 h dalla richiesta nei casi con necessità urgente di inizio terapia (quantificabili nel 30% delle richieste).
6. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Direttore Dirigenti medici	Ridurre il valore di DDD complessivo di carbapenemi del 10%
7. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Appropriatezza prescrittiva farmaci ad alto costo	1. Aderenza alle indicazioni AIFA per la prescrizione dei farmaci antitumorali e compilazione in tempo reale di schede per ottenere eventuale pay-back o cost sharing 2. Limitazione di utilizzo off label 3. Passaggio ,ove disponibile, ad utilizzo di biosimilari	SC Oncologia/Direttore	1. Evidenza della congruità tra prescrizioni e indicazioni AIFA (schede AIFA e indicazioni AIFA) e verifica di effettiva compilazione delle schede 2. Rendicontazione del numero degli off label veri (farmaci utilizzati fuori dalle indicazioni, es abraxane in seconda linea pancreas;) 3. Evidenza di utilizzo di biosimilari quando disponibili e motivazione di non aderenza in casi particolari
2. Attivazione di percorsi condivisi di Area Vasta Giuliano Isontina per le neoplasie polmonari	1. Mappatura delle risorse (Strutture/risorse umane e tecnologiche) presenti nelle diverse sedi 2. Identificazione delle porte di accesso al percorso diagnostico 3. Disegno di un percorso condiviso tra Oncologie e altri professionisti (radiologi, chirurghi, radioterapisti,anatomopatologi, palliativisti)	SC Oncologia In collaborazione con SC Oncologia Gorizia-Monfalcone Con estensione graduale alle figure professionali di altre specialità che collaborano alla gestione dei pazienti con tale patologia.	PDTA condiviso /Attivazione di gruppo multidisciplinare di AV/ 1 anno
3. Gestione programmata su agende	1. Creare mensilmente agende CUP in	Dirigenti medici SC Oncologia	Evidenza di agenda CUP entro luglio 2019

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
CUP di prestazioni post ricovero	visione diretta dei reparti di Chirurgia e Specialità (Pneumologia) per la prenotazione delle prime visite in post ricovero per poter dare al paziente in dimissione data ed orario di visita oncologica riducendo rischio di perdere pazienti e carico di lavoro amministrativo ai Reparti coinvolti 2. Cercare di creare percorsi dedicati per patologie(Gastrointestinale/urologico/tumori testa collo/ tumori cutanei /tumori SNC/tumori distretto toracico/miscellanea di chirurgia generale)		2. Almeno due percorsi codificati
4. Simultaneous care	Tutti i pazienti con diagnosi di neoplasia pancreatico localmente avanzata o metastatica vengano valutati in integrazione con il personale delle Cure Palliative anche per avvio percorsi di continuità cure	SC Oncologia Dirigenti Medici e comparto In collaborazione con SSD Cure Palliative D2	Registrazione di VAS score su prima visita per questa tipologia di pazienti ed evidenza di contestuale visita terapia antalgica/Il 100% dei pazienti con dolore VAS >=4 vengono valutati entro 3 gg anche da palliativisti/ prima valutazione del percorso al 30.06.19 da estendere se riscontro positivo fino al 31/12/19
5. Monitoraggio dei pazienti con carcinoma polmonare	Determinazione mutazioni di EGFR su biopsia liquida in pazienti in trattamento per NSCLC	Dirigenti e personale del comparto SC Oncologia In collaborazione con SC Chirurgia toracica SC Pneumologia	Biopsia liquida basale nell'80% dei pazienti con diagnosi di NSCLC metastatico del polmone , seguita da controlli a 3,6,9 mesi etc /anticipare segnale di farmaco resistenza evitando trattamenti ad alto costo poco efficaci/ dicembre 2019
6.	1.	1.	Inserimento dei dati relativi

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Gestione del rischio-clinico; adesione al Programma Regionale Rischio clinico 2016: sorveglianza lesioni da pressione "Misurare l'incidenza di LDP nelle strutture di degenza"	Formazione del personale sulle modalità di inserimento dati relativi all'incidenza delle LdP nell'apposito data base 2. Monitoraggio quotidiano dell'integrità cutanea dei degenti con inserimento di documentazione scritta in cartella infermieristica e dei nuovi casi nel data base 3. Calcolare il tasso di incidenza degli assistiti che sviluppano una o più LdP durante la degenza	Coordinatori infermieristici In comune con coordinatori infermieristici delle degenze delle SSCC Ematologia, Infettivi, Clinica Dermatologica 2. Comparto delle degenze di oncologica in comune con comparto delle degenze delle SSCC Ematologia, Infettivi, Clinica Dermatologica 3. In comune con la Direzione Infermieristica	all'insorgenza di nuove lesioni da pressione nel 100% dei pazienti ricoverati a partire dal 01.05.2019 Fonte: data base G2
7. Coordinamento attività clinico e assistenziale	Predisposizione congiunta di PDTA sulle lesioni neoplastiche cutanee maligne epiteliali, con definizione di percorsi, responsabilità e competenze	Direttori in comune all'interno di Skin Cancer Unit SC Clinica Dermatologica SC Chirurgia Plastica SC Oncologia SC Anatomia Patologica SC Clinica ORL	Documento PDTA redatto secondo le linee guida nazionali e/o europee formalmente sottoscritto e inizio attività coordinata
8. Coordinamento attività clinico e assistenziale	Creazione di un protocollo per la patologia neoplastica spinale attraverso gli strumenti di Meetings Revisione della letteratura Stesura protocollo Sua applicazione	Dirigenti medici In comune con Neurochirurgia Radioterapia Radiologia Oncologia	Presentazione protocollo condiviso alla DS entro Settembre 2019 e audit sulla sua applicazione ed adesione a quanto stabilito
9. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Direttore Dirigenti medici	Ridurre il valore di DDD complessivo di carbapenemi del 10%

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
10. Creazione di un protocollo per la patologia neoplastica spinale	1. Meetings 2. Revisione della letteratura 3. Stesura protocollo 4. Sua applicazione	Dirigenti medici in comune con: SC Radioterapia SC Radiologia Diagnostica e Interventistica SC Radiologia SC Neurochirurgia	1. Presentazione protocollo condiviso alla DS entro settembre 2019 2. Audit formale di verifica sulla sua applicazione ed adesione a quanto stabilito: eventuali modifiche e integrazioni
11. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Informatizzazione Prosecuzione dell'attività in essere e implementazione degli applicativi regionali</p>	<p>Registrazione di tutti i pazienti afferenti alla SSD OSARF nella cartella informatizzata, compilata in tutte i campi PSM piani terapeutici PSM iter elettronico Referti firmati digitalmente</p>	<p>Dirigenti Medici In collaborazione con il comparto del DAI</p>	<p>Apertura cartella informatizzata per tutte le pazienti prese in carico Compilazione relativamente a campi diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con completezza > 95% Referti firmati digitalmente > 95% Prescrizione PSM piani terapeutici e PSM iter iter elettronico > 80% Dati rilevabili G2 , PSM, Rilevazioni centralizzate Dicembre 2019</p>
<p>2. Reti di patologia Miglioramento dei percorsi di presa in carico della paziente in trattamento per carcinoma mammario</p>	<p>1. Prevenzione e/o trattamento dell'osteoporosi indotta dalle terapie antitumorali 2. Realizzazione di PDTA per la presa in carico congiunta multidisciplinare di donne in trattamento per carcinoma mammario al fine di mettere in atto strategie di prevenzione e/o trattamento dell'osteoporosi indotta dalle terapie antitumorali</p>	<p>Rita Ceccherini Direttore In collaborazione con SC Prima medica SC Medicina nucleare</p>	<p>1. Revisione della letteratura e delle principali linee guida nazionali e internazionali (entro 30 aprile 2019) e produzione di un documento condiviso ed elaborazione di un percorso aziendale di presa in carico (entro giugno 2019) 2. Avvio del percorso >80% delle nuove pazienti affette da carcinoma mammario valutate per avvio al percorso se indicazione secondo protocollo (31:12. 2019) Dati desumibili da G2 Clinico e Registro Breast UNIT</p>
<p>3. Integrazione ospedale/territorio</p>	<p>Identificazione dei soggetti a rischio in età< 50 anni attraverso la costituzione</p>	<p>Carla Dellach Rita Ceccherini</p>	<p>1. Organizzazione di incontri informativi</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Individuazione donne a rischio aumentato per carcinoma mammario/ovarico da avviare a percorsi alternativi rispetto a quanto proposto dallo screening regionale</p>	<p>di una rete con i 4 distretti (estensione a tutti e 4 i Distretti del progetto già in essere con il D3) e con i servizio ambulatoriali dell'IRCCS Burlo Garofolo</p>	<p>In collaborazione con il comparto del DAI</p> <p>In collaborazione con Distretti IRCCS Burlo Garofolo</p>	<p>con il personale dei Distretti (almeno 1 x ogni Distretto) sul tema dell'alto rischio genetico e non genetico in modo da fornire gli strumenti per identificare la popolazione a rischio (giugno 2019) e di 1 incontro formativo con il personale del Burlo (settembre 2019) per la definizione del percorso</p> <p>2. Almeno 10 donne per ogni distretto identificate e avviate al percorso valutazione del rischio</p>
<p>4. Integrazione area vasta a)Condivisione PDTA per presa in carico globale pazienti con tumori ginecologici b)condivisione percorsi relativi alla gestione di alcuni aspetti rilevanti nel follow up del carcinoma mammario</p>		<p>Rita Ceccherini Angela Denaro Carla Dellach Silva Foladore</p> <p>In collaborazione con le strutture aziendali e interaziendali afferenti al GOG (Gruppo Oncologico Ginecologico) Oncologia Gorizia e Monfalcone</p>	<p>1. Incontri programmati (conoscenza reciproca situazione attuale, evidenziazione di criticità, proposte di miglioramento e di condivisione) e proposta di documenti Settembre 2019</p> <p>2. Approvazione dei documenti condivisi Dicembre 2019</p>
<p>5. (PAL 2018) Linea 3.1.6. Reti di patologia. Realizzare percorsi integrati attivi e da implementare nell'ambito della presa in carico del paziente Oncologico. Migliorare la gestione del paziente attraverso discussione multidisciplinare</p>	<p>Trattamento del sovrappeso e dell'obesità nel follow up dopo trattamento del carcinoma mammario</p>	<p>Tutta la struttura In comune con Clinica Medica</p>	<p>1. Riunione operativa per la definizione del percorso entro 30 giugno 2019</p> <p>2. Produzione di un documento condiviso che delinea un percorso di cura metabolica per le persone con obesità o sovrappeso nel follow up dopo trattamento del carcinoma mammario entro 31 ottobre 2019</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			3. Invio e trattamento di almeno 10 persone con obesità o sovrappeso dopo trattamento del carcinoma mammario per trattamento dietetico e metabolico entro 31 dicembre 2019
6. Percorso breve nelle pazienti con lesioni dubbie e/o sospette dopo Mx di screening	Applicazione del protocollo elaborato nel 2017 e mantenimento di tale attività'	Dirigenza In comune con SSD Breast SC Radiologia HM e HC, SC Anatomia Patologica	Target: > 70% delle pazienti richiamate dopo Mx di screening per indagine di secondo livello e sottoposte a triplo esame nella stessa giornata (eccezion fatta per VAB) Base dati: G2 e data breast
7. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

SC Radioterapia

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Controllo di qualità sui trattamenti stereotassici	Valutazione della dosimetria e del rispetto dei constraints	Direttore	Numero dei casi controllati superiori al 90% dei casi trattati
2. Applicazione della radioterapia intraoperatoria (IORT) in un'unica seduta (21Gy) nelle pazienti sottoposte a chirurgia conservativa della mammella	Applicazione del protocollo elaborato nel corso del 2017	Dirigenti e comparto In comune con SC Fisica Sanitaria e SSD Breast Unit	Realizzazione IORT esclusiva nei casi eligibili come da protocollo elaborato Base dati: G2 e Data Breast
3. Creazione di un protocollo per la patologia neoplastica spinale	1. Meetings 2. Revisione della letteratura 3. Stesura protocollo 4. Suaapplicazione	Dirigenti in comune con: Neurochirurgia, Radiologia, Oncologia	1. Presentazione protocollo condiviso alla DS entro settembre 2019 2. Audit formale di verifica sulla sua applicazione ed adesione a quanto stabilito: eventuali modifiche e integrazioni
4. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

SC Malattie Infettive

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Percorsi di continuità assistenziale territorio-ospedale per la cura dell'epatite C (HCV) con farmaci di nuova generazione (DAA) dei soggetti in carico al DDD di ASUITS	Incrementare il numero dei soggetti in carico al DDD affetti da epatite C che hanno accesso alle cure con farmaci DAA (in collaborazione con la SC Patologie del Fegato)	SC Malattie Infettive - Medico - Infermiere In collaborazione con DDD e SC Patologie del Fegato	Aumentare del 20% il numero di utenti con epatite C trattati con farmaci DAA secondo il protocollo di cura congiunto (pazienti trattati nel 2018: n.41)
2. Percorso diagnostico-terapeutico dei soggetti con infezione da HIV: Integrazione con l'ambulatorio MST (Malattie a Trasmissione Sessuale) dell'Ospedale di Gorizia	Alla luce della prossima attivazione della nuova Azienda Sanitaria Universitaria Integrata Giuliano/Isontina si ritiene essenziale già nel corso del 2019 sviluppare un percorso diagnostico-terapeutico omogeneo e comune tra la SC Malattie Infettive di Trieste ed il Centro MST di Gorizia	S.C Malattie Infettive: - Direttore SC - Dirigenti Medici - Infermieri In collaborazione con la SC Dermatologia/Centro MST dell'Ospedale di Gorizia	Produzione del PDTA-HIV relativo ai pazienti dell'area giuliano-isontina entro il 31 dicembre 2019
3. Miglioramento della prevenzione delle malattie infettive attraverso la vaccinazione antinfluenzale nei soggetti HIV-positivi afferenti alla SC Malattie Infettive	Invito dell'utente al colloquio informativo ed all'adesione vaccinale. Registrazione in SIASI degli inviti e dell'esito degli stessi: vaccinazione, effetti collaterali, esonero, rifiuto	S.C. Malattie Infettive - Dirigenti Medici - Personale del comparto	1. Colloquio ai fini della vaccinazione antinfluenzale di almeno il 90% delle persone con infezione da HIV seguite dalla struttura 2. Vaccinazione antinfluenzale eseguita ad almeno il 40% delle persone candidate al vaccino antinfluenzale
4. RISCHIO CLINICO. AntibioticStewardship: Riduzione dei tempi di risposta delle indagini microbiologiche per favorire l'impiego di terapia antibiotica mirata	Ampliamento dell'offerta ed introduzione di nuovi sistemi di diagnostica rapida (MALDI TOF e diagnostica molecolare) per ridurre i	Dirigenti Medici della SC Malattie Infettive In collaborazione con: Dirigenti Medici e Biologi e Comparto della SC Microbiologia	1. Riduzione dei tempi di refertazione degli agenti etiologici delle sepsi: % di identificazioni preliminari in emocolture positive (almeno 50% dall'introduzione del

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	tempi di risposta di: - identificazione batterica da emocoltura - diagnosi rapida di agenti etiologici di infezione respiratoria (influenza, RSV, altri agenti infettivi)		MALDI TOF e diagnostica molecolare) 2. Aumento n. test molecolari rapidi nelle infezioni respiratorie (+40%)
5. RISCHIO CLINICO. AntibioticStewardship: Protocolli di Terapia Antibiotica Empirica	Formazione/Aggiornamento del Personale sanitario (dirigenti medici, biologici, tecnici, farmacisti, infermieri) in tema di terapia antibiotica: monitoraggio dell'antibiotico-resistenza e dei consumi degli antibiotici, protocolli di terapia antibiotica empirica, modalità di somministrazione dei farmaci	Direttore della SC M.Infettive In collaborazione con i membri del Comitato per la Lotta contro le Infezioni Ospedaliere e del Territorio	Organizzazione e realizzazione di 1 evento formativo (nell'ambito delle attività formative del CIOT) nel 2019
6. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Direttore Dirigenti medici	Ridurre il valore di DDD complessivo di carbapenemi del 10%
7. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Pianificazione del coordinamento attività clinico e assistenziale tra Trieste e Gorizia</p>	<p>Identificare le competenze sulla base dei servizi pre-esistente con particolare focus sull'attività clinica e assistenziale nell'ambito delle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST incluso HIV), Dermato-Oncologico e Malattie Infiammatorie</p> <p>1. Integrazione di un percorso diagnostico e terapeutico unificato nel settore dermato-oncologico</p> <p>2. Inserimento della SOS di Dermatologia dell'AAS 2 nella "SkinCancer Unit" di Trieste come centro di riferimento per la terapia medica per i pazienti con tumori avanzati (terapia palliativa e adiuvante) Integrazione di un percorso diagnostico e terapeutico unificato nel settore delle malattie sessualmente trasmesse incluso HIV</p> <p>3. Identificazione delle principali attività ambulatoriali per approccio diagnostico e terapeutico delle patologie infiammatorie cutanee tra le due strutture</p>	<p>Direttore e SC Dermatologia di Trieste</p> <p>In collaborazione con SOS Dipartimentale di Dermatologia e Centro MST-AIDS del P.O. di Gorizia dell'Azienda per AAS 2 Bassa Friulana - Isotina</p>	<p>1. Documento unitario di percorso diagnostico e terapeutico nel settore dermato-oncologico con i professionisti dell'Isontino</p> <p>2. Formalizzazione dell'inserimento della SOS di Dermatologia dell'AAS 2 nella "SkinCancer Unit" di Trieste</p> <p>3. Definizione protocollo comune per l'identificazione delle principali attività ambulatoriali per approccio diagnostico e terapeutico delle patologie infiammatorie cutanee tra le due strutture</p>
<p>2. Coordinamento attività clinico e assistenziale per pazienti affetti da</p>	<p>Predisposizione congiunta di PDTA sulle lesioni neoplastiche cutanee maligne, con definizione di percorsi,</p>	<p>Direttore</p> <p>In comune con:</p>	<p>Documento PDTA redatto secondo le linee guida nazionali e/o europee formalmente sottoscritto e inizio</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
tumori cutanei epiteliali maligni	responsabilità e competenze	SC Chirurgia Plastica SC Oncologia SC Anatomia Patologica SC Clinica ORL	attività coordinata
3. Creazione agenda CUP condivisa con SC Clinica Dermatologica	Creazione nuova agenda G2 e CUP per facilitare l'invio diretto di pazienti sottoposti a valutazione dermatologica da sottoporre a valutazione per chirurgia	Direttore e Dirigenti Medici In comune con: SC Chirurgia Plastica	Creazione della disponibilità dell'ambulatorio di reparto di 1 visita al giorno da agenda CUP chirurgico
4. Ottimizzazione del percorso di cura per pazienti affetti da reumo-artropatie infiammatorie associate a malattie dermatologiche	1. Definizione del protocollo con l'interazione tra la Direzione della SS di Reumatologia e la direzione della SC di dermatologia entro il 30 aprile 2019. 2. Creazione di una nuova agenda G2 e CUP condivisa per la prenotazione delle visite specialistiche 3. Ottimizzazione della terapia, in quanto condivisa, semplificazione del percorso diagnostico del paziente, con riduzione del tempo di attesa	Direttore e Dirigenti Medici In comune con: SS Reumatologia, afferente alla SC Medicina	1. Stesura del protocollo entro il 31 maggio 2019 2. Inizio inserimento pazienti nella lista CUP condivisa appena disponibile
5. Area del rischio clinico: miglioramento del clima lavorativo e della comunicazione interna	Colloqui individuali con tutto il personale (ambulatori) per evidenziare i punti di forza e i punti di debolezza del posto di lavoro nella struttura	Direttore Coordinatrice	1. Documentazione del colloquio erogato e degli argomenti trattati (Diario) 2. Documentazione degli azioni/interventi avviati 3. Misurazione della valutazione organizzativa pre-post colloquio dopo 6-12 mesi

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
6. Implementare l'efficacia del percorso assistenziale in dermochirurgia attraverso la presa in carico integrata del paziente da parte del Servizio di DaySurgery e della Clinica Dermatologica	Integrazione delle attività dei professionisti coinvolti attraverso la strutturazione di un percorso condiviso	Coordinatori della SC Clinica Dermatologica Day Hospital/Ambulatori e Degenza/ Infermieri e OSS DaySurgery Oculistica/Comparto/Dirigenti medici Infermieri di Processo della CI Dermatologica Direttore Cl. Dermatologica Dirigenti Medici Cl. Dermatologica In comune con DaySurgery	Evidenza e applicazione del percorso. Dal 1 aprile 2019
7. Public relation ed educazione	Incontri informativi alle scuole elementare	Coordinatrice/ Comparto	Elaborazione di materiale didattico ed educativo sui danni causati dall'esposizione al sole almeno 3 incontri presso le scuole elementari di Trieste nel 2019
8. Miglioramento dell'assistenza	Organizzazione di un percorso assistenziale infermieristico e medici di Struttura integrati:	Coordinatrice/Comparto	Riunioni mensili con formazione certificata di almeno 4 infermieri per l'attività per la terapia fotodinamica Formalizzazione del percorso in terapia fotodinamica
9. A partire dal progetto già presentato e creato nel Budget 2017 (obiettivo n.4) si vuole organizzare come da rendicontazione inviata nel 2018 degli incontri presso le Scuole Elementari con lo scopo di implementare e diffondere la conoscenza su come prevenire il morso di zecca senza alimentare fobie e paure attraverso la descrizione dell'insetto, la descrizione del suo habitat e la descrizione della	Lezioni frontali nelle scuole elementari esplicando i comportamenti da mettere in atto per prevenire il morso di zecca attraverso la costruzione di una storia e attraverso l'utilizzo di materiale didattico da noi realizzato	Coordinatrice/Comparto/Dirigenti Medici	Almeno 4 incontri presso 2/3 Istituti Scolastici della Provincia di Trieste nel 2019

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
sua biologia, si affronta anche la tematica sul cosa fare in caso di morso di zecca il tutto rapportato al target selezionato			
10. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Direttore Dirigenti medici	Mantenere il valore di DDD complessivo di carbapenemi (+/- 5%)
11. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

DAI CHIRURGIA

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. PAL 2019 Ridefinire il percorso di inserimento del neo assunto in linea con i criteri definiti dalla nuova società di accreditamento Accreditation Canada (AC)</p>	<p>1. Costituire un gruppo di lavoro per individuare un insieme di competenze base trasversale a tutti i contesti di cura e un insieme di competenze peculiari specifiche per struttura</p> <p>2. Creare uno strumento guida e di monitoraggio che evidenzii l'acquisizione nel tempo delle competenze attese dal neoassunto per il raggiungimento dell'autonomia</p> <p>3. I dirigenti medici neoassunti sono inquadrati e affidati a un collega tutor per 6 mesi</p>	<p>1. Responsabile Infermieristico di Dipartimento</p> <p>2. Responsabile Infermieristico di Struttura</p> <p>3 Responsabile SC Direttore DAI</p>	<p>1. Entro marzo 2019 istituzione del gruppo di lavoro e avvio dell'attività</p> <p>2. Entro dicembre 2019 produzione dello strumento per almeno 1 SC afferente a ciascun DAI</p> <p>3. Produzione di un breve report sull'integrazione del nuovo assunto</p>
<p>2. Ottimizzazione ricoveri</p>	<p>I pazienti del DAI fuori reparto devono essere prevalentemente ricoverati nel DAI</p>	<p>Dirigenza, comparto</p>	<p>90% dei fuori reparto del DAI sono ricoverati in letti del DAI</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Riduzione delle complicanze post operatorie	1. Audit delle complicanze chirurgiche 2. Sorveglianza protocolli medicazioni in reparto, concertazione sulle modifiche della scheda di rilevazione delle infezioni monitorate, in collaborazione con il CIO Sorveglianza trattamento ambulatoriale ferite 3. Utilizzo protocollo NEWS da giugno 2018	1. dott. Biloslavo, dott.ssa Fezzi 2. dott.ssa Pozzetto, dott. Obersnu dott.ssa Ruttar, dott.ssa Gobessi, 3. Dirigenza, Comparto	1. Produzione di almeno 5 report nell'anno relativi agli audit 2 Produzione di una scheda di continuità del monitoraggio fra reparto e ambulatorio, con almeno 50 casi documentati 3. Audit su 100 cartelle, divise per 14 e 15 piano
2. Migliorare soddisfazione dell'utenza	Aggiunta alle schede di richiamata telefonica di un questionario di soddisfazione dell'utenza	Rossana Zarli, Luigia Fragiacomò, Tatiana Prelc	Report e verifica a campione su 100 casi
3. Miglioramento qualità delle prestazioni	1. Potenziare la partecipazione alle riunioni multidisciplinari per patologia: gastrointestinali 2. Organizzazione multidisciplinari oncologiche 3. Organizzazione multidisciplinari bariatriche 4.	1. Dirigenza In collaborazione con Oncologia, Gastroenterologia, CSF, Anatomia Patologica, Radioterapia, Radiologia 2. dott.ssa Tarchi, dott. Casagranda 3. dott.ssa Palmisano, dott.ssa Giuricin 4.	1. Valutazione individuale per dirigente:.. almeno 15 presenze/anno: raggiunto; 10-15 presenze/anno: parzialmente raggiunto; <10, non raggiunto Report a cura del Direttore SC UCO Chirurgia Generale 2. Evidenza dei calendari e dei pazienti esaminati 3. Evidenza dei calendari e dei Pazienti esaminati 4.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Continuazione terapia laser fistole anali 5. Riduzione degenza melanomi/linfonodo sentinella	dott.ssa Babic, dott. Convertino, dott. Martinolli 5. dott. Turollo	Report pazienti trattati e n° visite post-operatorie ≥ 2017 5. Il 80% dei pazienti operati è dimesso in prima giornata p.o.
4. Ottimizzazione del percorso di cura per pazienti affetti da Noduli Tiroidei da sottoporre a trattamento chirurgico	1. Creazione di una Agenda CUP Condivisa per la prenotazione delle visite specialistiche	dott.ssa Chiara Dobrinja, Dott Rita Eramo In collaborazione con Dirigenti Medici: prof. Bruno Fabris (Direttore SS Endocrinologia) dott.ssa Stella Bernardi (SC Medicina Clinica) dott.ssa. Veronica Calabrò (SC Medicina Clinica)	1. Risultato atteso: Ottimizzazione della terapia, in quanto condivisa, semplificazione del percorso diagnostico del paziente, con riduzione del tempo di attesa. 2. Raggiungimento di n. 50 visite chirurgiche CUP e n.80 visite endocrinologiche nella lista condivisa con l'ambulatorio endocrinologico
5. Report attività didattica e di tutoraggio	1. Monitoraggio attività didattica frontale e di tutoraggio 2. Monitoraggio attività di ricerca	Direttore e coordinatore	1. Report annuale 2. Report annuale
6. Facilitare l' accesso al Trapianto Renale	Un BMI >32 viene abitualmente ritenuto un impedimento all'accesso in lista di trapianto renale dalla maggioranza dei Centri. 1. Creazione di un percorso concordato per Interventi bariatrici in pazienti obesi in dialisi 2. Valutazione fattibilità ed eventuale identificazione di una piccola casistica per inizio attività	dott.ssa Palmisano, dott.ssa Giuricin In comune con Medici Nefrologia e Dialisi	1. Evidenza del percorso 2. Valutazione fattibilità ed identificazione casistica
7. Biopsia linfonodale (o di altro tessuto)	Individuazione di un percorso condiviso che permetta ai pazienti nei quali si	Dirigenti Medici SC Clinica Chirurgica Coordinatore Infermieristico Tiziana	1. Numero di pazienti che effettuano la

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
patologico con esclusione dell'area cervicale) in pazienti con sospetto di patologia linfoproliferativa	sospetta una patologia linfoproliferativa di giungere efficacemente e rapidamente entro 14 giorni ad effettuare una biopsia linfonodale.	Fonda In comune con Dirigenti Medici SC Ematologia Complesso Operatorio HM - Day Surgery SC Anestesia Rianimazione HM	biopsia linfonodale entro 14 giorni: 80% 2. Creazione di un protocollo operativo entro 1.6.2019
8. Miglioramento di percorso assistenziale	Produzione di protocollo condiviso con i chirurghi e con il Pronto Soccorso per la gestione del paziente con occlusione intestinale alta	1. Dirigenti e comparto In comune con Dirigenti S.C. Radiologia Diagnostica e Interventistica (n. 23) e Comparto S.C. Radiologia Diagnostica e Interventistica (n. 72) 2. Dirigenti e comparto In comune con la S.C. Radiologia OM, S.C. Pronto Soccorso S.C. Medicina d'Urgenza	1. Produzione del protocollo entro il 1.10.2019 2. Avvio dell'utilizzo del protocollo entro il 30.10.2019: report casi trattati
9. Messa in rete con Gorizia e Monfalcone per patologie epatobiliopancreatiche gravi	Produzione di un protocollo condiviso con internisti e chirurghi di Monfalcone e Gorizia, gastroenterologi e chirurghi di Trieste per la presa in carico centralizzata di patologie epatobiliopancreatiche maggiori	Dirigenti UCO Clinica Chirurgica In comune con Dirigenti SC Gastroenterologia In comune con Dirigenti SC Chirurgia Monfalcone e Gorizia Dirigenti Medicina Interna Monfalcone	1. Produzione protocollo entro 1.6.2019 2. Avvio del protocollo entro tale data : report sui pazienti trasferiti
10. Promuovere la massima integrazione possibile all'interno del Comparto e con la Dirigenza del DAI Chirurgia.	Organizzare almeno sei momenti di confronto multi professionale e/o multidisciplinare, possibilmente coinvolgendo la realtà isontina, al fine di: presentare attività e peculiarità delle diverse strutture, condividere e applicare modalità operative comuni, implementare protocolli e procedure	Comparto Dirigenza	Report per ciascun incontro in cui saranno evidenziate le problematiche emergenti, le soluzioni ipotizzate, gli interventi attuati o la discussione di casi clinici. Le informazioni ottenute dal confronto saranno diffuse in forma sintetica a quanti non avranno potuto

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	aziendali.		partecipare: via mail e/o in occasione del passaggio di consegne/ <i>meeting</i>
11. Elaborare una <i>brochure</i> da consegnare all'assistito a conclusione della preparazione per l'intervento chirurgico: informazioni utili e preparazione specifica.	Organizzare delle riunioni multidisciplinari e multi professionali.	Comparto Dirigenza	Pubblicare la brochure entro il 31 dicembre 2019.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Ottimizzazione della diagnostica e terapia per pazienti con neoplasia del pancreas e delle vie biliari dei presidi di Gorizia e Monfalcone riferiti al centro HUB di Trieste	Istituzione di PDTA per pazienti con neoplasia del pancreas e delle vie biliari	Direttore SC Gastroenterologia Direttore SC Chirurgia Gorizia e Monfalcone	1 Stesura del protocollo 30.6.19 2 Report dei pazienti di Gorizia e Monfalcone trasferiti a Trieste 70% 31.12.19
2. Integrazione delle attività di gastroenterologia per il territorio di Gorizia e Monfalcone (ex ASS2)	Attivazione della collaborazione con le strutture di AAS 2 site a Gorizia e Monfalcone	Dirigenti medici SC Gastroenterologia In collaborazione con le strutture di AAS 2 site a Gorizia e Monfalcone	1. Gestione dell'ambulatorio gastroenterologico nella sede di Gorizia a partire dal 2 Maggio con almeno 2 accessi settimanali 2. Gestione delle colangiopancreatografie endoscopiche retrograde (ERCP) programmate dei pazienti provenienti da Gorizia o da Monfalcone in collaborazione con i dirigenti medici di AAS 2 presso la sede di Trieste : protocollo operativo condiviso
3. Esecuzione delle endoscopie biliopancreatiche (ERCP) di Gorizia e Monfalcone a Trieste	Attivazione di una seduta settimanale aggiuntiva dedicata all'ERCP	Dirigenti medici e comparto Sc Gastroenterologia In collaborazione con SC Radiologia ASUITS SC Chirurgia Gorizia e Monfalcone	Esecuzione delle ERCP di Gorizia e Monfalcone dal 1 Luglio
4. Accreditamento professionale società scientifica (SIED società italiana di endoscopia digestiva)	Azioni di miglioramento sulla base delle rilevazioni e suggerimenti indicati dal team di valutazione	Dirigenza e comparto	Certificazione al 31.12.2019
5. Promuovere la massima integrazione	Organizzare almeno sei momenti di confronto multi professionale e/o	Comparto Dirigenza	Report per ciascun incontro in cui saranno evidenziate le problematiche

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
possibile all'interno del Comparto e con la Dirigenza del DAI Chirurgia.	multidisciplinare, possibilmente coinvolgendo la realtà isontina, al fine di: presentare attività e peculiarità delle diverse strutture, condividere e applicare modalità operative comuni, implementare protocolli e procedure aziendali.		emergenti, le soluzioni ipotizzate, gli interventi attuati o la discussione di casi clinici. Le informazioni ottenute dal confronto saranno diffuse in forma sintetica a quanti non avranno potuto partecipare: via mail e/o in occasione del passaggio di consegne/ <i>meeting</i> .
6. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Prostate-cancer-unit	1. Programmare almeno due incontri al mese con il gruppo multidisciplinare (a partire dal mese di gennaio). 2. Discutere almeno 10 casi per ogni incontro. 3. Redigere per ogni incontro una relazione sui casi discussi e sui percorsi clinici stabiliti collegialmente.	Direttore SC	1. Effettuare nel corso del 2019 almeno 20 incontri e discutere almeno 200 casi 2. Produrre almeno 20 relazioni che descrivano le scelte cliniche collegiali In linea
2. Evoluzione del percorso clinico dedicato a pazienti nefrologici affetti da patologia urologica in lista d'attesa di trapianto renale o già sottoposti a trapianto	Trattamento rapido, superando la lista d'attesa , dei pazienti affetti da ipertrofia prostatica benigna, portatori di catetere vescicale o in condizione di grave ritenzione urinaria	Dirigenza medica in comune a SC di Nefrologia	Tutti i pazienti con le caratteristiche descritte, verranno sottoposti all'intervento chirurgico entro 15 giorni dalla richiesta e dopo valutazione urologica motivata
3. Ampliamento dell'attività dell'ambulatorio della continenza per estensione degli esami uro dinamici invasivi (studio pressione/flusso)	Si stabilisce di incrementare l'attività dell'ambulatorio modificando l'attuale programmazione creando degli spazi settimanali dedicati.	Dirigenza medica Comparto	Entro il 31 dicembre 2019 verranno eseguiti 80 esami studi uro-dinamici invasivi
4. Promuovere la massima integrazione possibile all'interno del Comparto e con la Dirigenza del DAI Chirurgia.	Organizzare almeno sei momenti di confronto multi professionale e/o multidisciplinare, possibilmente coinvolgendo la realtà isontina, al fine di: presentare attività e peculiarità delle diverse strutture, condividere e applicare modalità operative comuni, implementare protocolli e procedure	Comparto Dirigenza	Report per ciascun incontro in cui saranno evidenziate le problematiche emergenti, le soluzioni ipotizzate, gli interventi attuati o la discussione di casi clinici. Le informazioni ottenute dal confronto saranno diffuse in forma sintetica a quanti non avranno potuto

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	aziendali.		partecipare: via mail e/o in occasione del passaggio di consegne/meeting
5. Elaborare una <i>brochure</i> da consegnare all'assistito a conclusione della preparazione per l'intervento chirurgico: informazioni utili e preparazione specifica.	Organizzare delle riunioni multidisciplinari e multi professionali.	Comparto Dirigenza	Publicare la brochure entro il 31 dicembre 2019.
6. Elaborare una scheda di rilevazione delle stomie per documentarne il monitoraggio durante la degenza ed applicarla.	1. Organizzare delle riunioni multidisciplinari e multi professionali. 2. Condividere lo strumento. 3. Utilizzare lo strumento.	Comparto Dirigenza	Stampare la scheda entro il 30 settembre 2019, utilizzarla su tutti gli assistiti dal 1 ottobre 2019.
7. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni
8. Promuovere la massima sinergia tra ASUITS e AAS2 e Burlo Garofalo nell'utilizzo di metodiche chirurgiche avanzate	1. Organizzare delle riunioni interaziendali al fine di implementare l'attività di chirurgia robotica presso questa azienda e porre le basi per la realizzazione di un centro interdipartimentale di chirurgia robotica .	Dirigenza medica Comparto	Report per ciascun incontro in cui saranno evidenziate le problematiche emergenti, le soluzioni ipotizzate e gli interventi attuati . Le informazioni ottenute dal confronto saranno diffuse in forma sintetica a quanti non avranno potuto partecipare via mail
9. Promuovere l'ampliamento dell'attività di litotrissia extracorporea ambulatoriale coinvolgendo l'urologia dell'AAS2	1. Organizzare delle riunioni interaziendali coinvolgendo la realtà Isontina per favorire la massima sinergia tra le due urologie della futura Azienda Unica.	Dirigenza medica Comparto	Relazioni contenenti le informazioni espresse durante ciascun incontro dove saranno affrontate le problematiche , e proposte soluzioni al fine di realizzare concretamente l'ampliamento dell'attività di litotrissia

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Programmazione condivisa attività dell'area giuliano isontina	Analisi dell'epidemiologia e dell'organizzazione attuale dei servizi e proposta condivisa sia sul tema della formazione che sull'attività operativa	Direttore SC	Produzione di documento condiviso di programmazione dell'attività
2. Ampliamento dell'offerta di percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio per la cura dell'epatite C in favore di utenti HCV + in carico a tutte le articolazioni organizzative del DDD, con sperimentazione di interventi proattivi e di linkage to care per facilitare l'accesso e la ritenzione in trattamento nei protocolli farmacologici con farmaci ad azione antivirale diretta (DAAS)	Assicurare percorsi clinico assistenziali integrati rivolti agli utenti del DDD con epatite cronica da HCV per la gestione dei protocolli farmacologici con DAA mantenendo sedute supplementari di elastografia epatica per i pazienti provenienti da DAA per garantire la programmata presa in carico reciproca	Direttore Dirigenti medici CPF comparto CPF In comune con DDD In collaborazione con SC Malattie infettive	Al 100% degli utenti del DDD con epatite cronica da HCV proposti verrà fornito appuntamento per presa in carico per valutazione per eventuale terapia antivirale con DAA
3. insufficienze d'organo e trapianti	Diffusione delle linee di indirizzo alterazione enzimi epatici	Direttore Medici Coordinatore infermieristico CPF Comparto In comune con DDD In collaborazione con SC Malattie infettive	1. Almeno 1 evento formativo ASUITS 2. 100% di pazienti/utenti visitati eleggibili e complianti soinvati con scheda di consulenza al dip sost legali 3. Il 100% degli invii da parte del MMG è valutato per appropriatezza e completezza degli esami ematochimici
4. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni
5. Promuovere la massima integrazione	Organizzare almeno sei momenti di confronto multi professionale e/o	Comparto Dirigenza	Gli incontri si concluderanno entro il 31 dicembre 2019.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
possibile all'interno del Comparto e con la Dirigenza del DAI Chirurgia.	multidisciplinare, possibilmente coinvolgendo la realtà isontina, al fine di: presentare attività e peculiarità delle diverse strutture, condividere e applicare modalità operative comuni, implementare protocolli e procedure aziendali.	In collaborazione con tutte le Strutture del DAI di Chirurgia	Report per ciascun incontro in cui saranno evidenziate le problematiche emergenti, le soluzioni ipotizzate, gli interventi attuati o la discussione di casi clinici. Le informazioni ottenute dal confronto saranno diffuse in forma sintetica a quanti non avranno potuto partecipare: via mail e/o in occasione del passaggio di consegne/meeting.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Coordinamento di un modello specializzato nell'assistenza alla donna con patologia della mammella sulla base di un piano di assistenza personalizzato</p>	<p>1. Rispetto di tutti gli indicatori obbligatori (nuova versione 2017) previsti nel percorso della paziente con cancro della mammella e finalizzato alla RICERTIFICAZIONE EUSOMA (attualmente in essere fino al giugno 2019) ed oggetto della visita da parte del gruppo di auditors europei prevista in data 11 e 12 marzo 2019. Il mantenimento del target richiesto rappresenta condizione necessaria e fondamentale al mantenimento della stessa e si colloca su quanto già previsto nel documento Stato Regioni sulla costituzione delle Reti di Senologia</p> <p>2. Prosecuzione dell'attività di educazione sanitaria in campo di prevenzione con particolare riguardo ai programmi di screening in collaborazione con i MMG, CSO (Osarf) e LILT sez. di Trieste</p>	<p>1. Responsabile SSD In comune con le strutture afferenti alla Breast Unit Per il rispetto degli indicatori chirurgici: dott. Andrea dell'Antonio dott.ssa Serena Scomersi dott.ssa Margherita Fezzi Infermiera di Senologia sig. Amelia Reho</p> <p>2. SSD Breast Unit In comune con le strutture afferenti alla Breast Unit</p>	<p>1. Mantenimento certificazione EUSOMA Scheda e target: dicembre 2019</p> <p>Base dati: Data breast e report Audit 2019</p> <p>2. Prosecuzione attività come da azione e report attività svolta</p>
<p>2. Terapia chirurgica del cancro della mammella</p>	<p>Garanzia dell'adeguatezza del trattamento chirurgico della patologia benigna e maligna della mammella pianificato e condiviso nell'ambito dei meeting multidisciplinari settimanali</p>	<p>Dirigenza SSD Breast Unit</p>	<p>Mantenimento attività chirurgica 2018 Base dati: data breast e referti consulti multidisciplinari preoperatori e postoperatori visualizzabili in sistema G2</p>
<p>3.</p>	<p>Applicazione del protocollo elaborato</p>	<p>Dirigenza SSD Breast Unit</p>	<p>Target: > 70% delle pazienti richiamate</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Percorso breve nelle pazienti con lesioni dubbie e/o sospette dopo Mx di screening (obiettivo condiviso con CSO (Osarf –segreteria screening, Radiologia Ospedale Maggiore e Cattinara, Anatomia Patologica)	nel 2017 e mantenimento di tale attività'	In comune con CSO (Osarf), SC Radiologia HM e HC, SC Anatomia Patologica	dopo Mx di screening per indagine di secondo livello e sottoposte a triplo esame nella stessa giornata (eccezion fatta per VAB) Base dati: G2 e data breast
4. Ricostruzione dopo chirurgia per cancro della mammella	Appropriata gestione delle pazienti affette da cancro della mammella con: - mantenimento delle ricostruzioni immediate post-mastectomia - incremento delle mastectomie nipple sparing - riduzione lista di attesa per i trattamenti secondari alla prima ricostruzione	SSD Breast Unit In comune con SC Chirurgia Plastica	Ricostruzione immediata post-mastectomia > 45% e mastect. nipple sparing >10%; sostituzione espansore mammario con protesi entro 6 mesi dal termine delle terapie oncologiche > 85% Base dati: G2 e data breast
5. Applicazione della radioterapia intraoperatoria (IORT) in un'unica seduta (21Gy) nelle pazienti sottoposte a chirurgia conservativa della mammella	Applicazione del protocollo elaborato nel corso del 2017	SSD Breast Unit In comune con SC Fisica Sanitaria e SC Radioterapia	Realizzazione IORT esclusiva nei casi eligibili come da protocollo elaborato Base dati: G2 e Data Breast
6. Promozione dell'engagement applicando il modello PHEinAction nel sostenere le donne nel periodo perioperatorio	Somministrazione della scheda PHE ed organizzazione di incontri strutturati	Breast Nurse: sig. Amelia Reho In collaborazione con RID DAI Chirurgia	Somministrazione e valutazione di 50 schede PHE entro il 31 dicembre 2019 per analisi - numeri accessi e contatti - bisogni espressi con miglioramenti implementabili
7. Assistenza alle pazienti nell'immediato periodo di accesso alla sala operatoria	Analisi di un campione di 50 donne sulla base di una scheda appositamente costituita e già applicata in una sperimentazione su base volontaria nel 2017 e 2018	Infermiera di Sala operatoria : Elena Barba In collaborazione con RID DAI Emergenza	Report di attività' ed analisi dei bisogni espressi con miglioramenti implementabili

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
8. Rilevazione livello di soddisfazione delle pazienti trattate presso la SSD Breast Unit lungo il percorso preoperatorio, postoperatorio e successivo avvio all'oncologo per la terapia adiuvante e follow-up	Elaborazione di una scheda e sua somministrazione a 50 pazienti operate nel periodo successivo alla validazione della stessa	Dott.ssa Serena Scomersi Breast Nurse sig. Amelia Reho	Elaborazione scheda: 30 giugno 2019 Somministrazione scheda e sua valutazione: 31 dicembre 2019
9. Attivazione di una collaborazione tra Breast Unit e gruppo senologico AAS2	Produzione di un protocollo condiviso attraverso incontri tra le parti	Responsabile SSD Breast Unit In collaborazione con AAS2	1. Verbale di incontri per definizione protocollo: 30 giugno 2019 2. Stesura del protocollo: 31 ottobre 2019
10. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

DAI CHIRURGIA SPECIALISTICA

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Organizzazione strutturale della funzione di day surgery	Studio di fattibilità organizzazione e afferenza Day Surgery	Direttore DAI	Sperimentazione 6 mesi. Report analitico di analisi e verifica
2. PAL 2019 Ridefinire il percorso di inserimento del neo assunto in linea con i criteri definiti dalla nuova società di accreditamento (AC) Accreditation Canada	1. Costituire un gruppo di lavoro per individuare un insieme di competenze base trasversale a tutti i contesti di cura e un insieme di competenze peculiari specifiche per struttura 2. Creare uno strumento guida e di monitoraggio che evidenzi l'acquisizione nel tempo delle competenze attese nel neoassunto per il raggiungimento dell'autonomia	Responsabile Infermieristico di Dipartimento Responsabile Infermieristico di Struttura In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica e Ostetricia	1. Entro marzo 2019 istituzione del gruppo di lavoro e avvio dell'attività e entro dicembre 2019 produzione dello strumento per almeno 1 SC afferente a ciascun DAI
3. Promuovere strategie di benessere del personale afferente al DAI	1. Rotazione didattica del personale Iniziative di valorizzazione del personale contro il rischio di <i>burnout</i> (incontri individuali, giornate di formazione) 2. Incontri per discussioni di casi, raccordi con la Medicina del Lavoro	RID – Coordinatori Infermieristici	riduzione delle richieste di trasferimento verso altri DAI ospedalieri rispetto il 2018, evidenza di nuove linee strategiche adottate (giornate di formazione non ECM, incontri individuali) attraverso relazione finale.
4. Rilevare la soddisfazione della qualità percepita dai pazienti attraverso un'indagine di <i>customersatisfaction</i>	Progettazione dell'indagine di <i>customersatisfaction</i>	Tutto il Personale del Dipartimento	Evidenza del progetto entro 31 dicembre 2019

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Implementazione della sicurezza del paziente pediatrico attraverso l'acquisizione di competenze specifiche nell'ambito dell'emergenza pediatrica di base	Partecipare al corso specifico di BLS D Pediatrico	Dirigenza Medica e Comparto	Numero di infermieri e (medici) che hanno conseguito la certificazione di base nelle manovre di BLS D Pediatrico nel 2019 \geq al 70%
2. Implementare l'appropriatezza e l'efficacia dell'assistenza nei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico di odontostomatologia e chirurgia maxillofacciale e bisogni di tutela legale/sociale	Progettazione e utilizzo di una scheda specifica integrativa per la raccolta dati e la valutazione dei bisogni di tutela legale e sociale	Comparto	Strutturazione della scheda <i>ad hoc</i> integrativa e sua evidenza in cartella clinica Dal 1 marzo
3. Riorganizzare le attività di sportello per il <i>Front Office</i> , la presa in carico e la gestione dell'agenda appuntamenti	Progettare la riorganizzazione degli spazi e delle attività di sportello	Direttore Coordinatore Infermieri	Evidenza del progetto di riorganizzazione
4. Riduzione liste attese per prestazioni LEA post-prima visita	Ridurre i pazienti in lista di attesa del 15% entro 31.12.2019	Dirigenza medica e comparto	2.270 pazienti in lista al 31.12.18 obiettivo max 1900 pazienti al 31.12.2019
5. Attivazione di un centro per i disturbi respiratori nel sonno	Attivazione ed organizzazione di un gruppo multidisciplinare con SC Pneumologia	Dirigenza medica	Attivazione percorsi clinici e formalizzazione del percorso e degli incontri multidisciplinari
6. Attivazione operativa protocollo gestione maxillo facciale pazienti pediatrici con Burlo Garofolo e ASUIUD	A valle della sottoscrizione dell'accordo già predisposto, attivazione dello stesso	Dirigenti medici	3 o più interventi di chirurgia maxillo-facciale al Burlo in equipe mista
7. Uniformazione protocolli operativi, materiali e strumentazione in ambito	Condivisione protocolli, consensi, percorsi clinici ed amministrativi	Dirigenti medici e comparto	Entro 31.12.2019 modulistica, protocolli, modalità gestionale unificati

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
odontoiatrico e maxillo facciale con AAS2			
8. Visita odontoiatrica di tutti i pazienti disabili ospiti di residenze che aderiscono al progetto regionale di screening	Visite a domicilio degli ospiti di residenze per disabili nel territorio ASUITs	Dirigenti medici	Visita entro 31.12.2019 a < 90% ospiti case di accoglienza che aderiscono al progetto entro 30.9.2019
9. Attivazione di un percorso strutturato per la presa in carico dei pazienti in trattamento con NAO in collaborazione con il centro cardiovascolare	Visita odontostomatologica e presa in carico assistenziale dei pazienti del centro cardiovascolare candidati a iniziare terapia con NAO	Dirigenti medici e comparto	100% dei pazienti inviati sottoposti a visita odontoiatrica nel 2019
10. Garantire gli interventi chirurgici di Odontostomatologia e Chirurgia Maxillofacciale nel CO di Cattinara ai pazienti non trasferibili all'Ospedale Maggiore	Trasferimento dei professionisti dedicati nel Presidio di Cattinara per l'esecuzione degli interventi chirurgici	Dirigenti Medici: Infermieri Strumentisti: Coordinatore	Trasferimento del personale competente al Complesso Operatorio del Presidio di Cattinara (evidenza in una relazione finale)
11. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno dieci pubblicazioni

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Cancro della mammella	Appropriata gestione delle pazienti affette da neoplasia maligna mammaria con aumento delle ricostruzioni immediate e diminuzione delle liste di attesa per i trattamenti secondari alla prima ricostruzione	Dirigenza In comune con SSD Chirurgia Senologica	1. Ricostruzioni immediate post-mastectomia superiori al 60% 2. Esecuzione dell'intervento di sostituzione dell'espansore mammario con ricostruzione definitiva entro 6 mesi dal termine delle terapie oncologiche adiuvanti in più del 80% dei casi 3. Convenzione ed introduzione di ricostruzione mammaria presso l'Ospedale di Gorizia
2. Completamento iter ricostruttivo mammario	Completamento dell'iter ricostruttivo mammario mediante intervento di dermopigmentazione del complesso areola-capezzolo	Dirigenti Medici e Comparto	Incremento del 20% dei tattoo su pazienti in lista d'attesa
3. Mantenimento accreditamento EUSOMA della BREAST UNIT	Partecipazione incontri settimanali di casistica (MdM) monitoraggio dell'andamento degli indicatori nel tempo	Dirigenti Medici e Comparto In comune con SSD Chirurgia Senologica	Superamento della visita annuale: rispetto degli indicatori previsti per l'accreditamento
4. Creazione nuove agende digitali	Creazione nuove agende G2 per l'attività chirurgica ambulatoriale e per l'ambulatorio medicazioni di reparto pazienti esterni	Dirigenza e Comparto	Inserimento superiore al 50%
5. Creazione agenda CUP condivisa con SC Clinica Dermatologica	Creazione nuova agenda G2 e CUP per facilitare l'invio diretto di pazienti sottoposti a valutazione dermatologica da sottoporre a valutazione per	Direttore e Dirigenti Medici Obiettivo in comune con SC Clinica Dermatologica	Creazione della disponibilità dell'ambulatorio di reparto di 1 visita al giorno da agenda CUP chirurgico condivisa tra SC Chirurgia Plastica e SC

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	chirurgia		Clinica Dermatologica
6. Coordinamento attività clinico e assistenziale	Predisposizione congiunta di PDTA sulle lesioni neoplastiche cutanee maligne, con definizione di percorsi, responsabilità e competenze	Direttore Obiettivo in comune con SC Oncologia SC Anatomia Patologica SC Clinica Dermatologica SC Clinica ORL	Documento PDTA redatto secondo le linee guida nazionali e/o europee formalmente sottoscritto e inizio attività coordinata
7. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni
8. Attività assistenziale di chirurgia plastica Gorizia e Monfalcone	Introduzione delle prestazioni di chirurgia plastica	Direttore e dirigenti medici	Convenzione ed introduzione presso l'Ospedale di Monfalcone del trattamento dei tumori cutanei compresa la regione oculopalpebrale e collaborazione con la Chirurgia Generale. Valutazione dell'impatto dell'attività assistenziale in previsione dell'unificazione delle due aziende
9. Migliorare i dati di performance riferiti alla valutazione del dolore: Rivalutazione dolore ogni 24 ore	Rivalutazione del dolore ogni 24 ore	Comparto	Aumento della percentuale di dati conformi rispetto al 2018 Dal 1 marzo (evidenza nei report aziendali)
10. Implementazione della collaborazione intraprofessionale tra le Strutture ospedaliere attraverso la consulenza di un infermiere esperto nella gestione delle ferite difficili	Creazione di una scheda dedicata alla consulenza dell'infermiere Avviare le prime consulenze con risposta scritta previa informativa ai Responsabili Infermieristici Aziendali	Infermieri - Coordinatore	Evidenza della scheda dedicata Numero consulenze effettuate Dla 1 marzo
11. Implementare i processi di <i>governance</i> attraverso la progettazione di una	1. Creare un gruppo di lavoro per la ricerca della letteratura e la	Comparto	Evidenza del progetto

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
nuova cartella infermieristica utile alla valutazione degli esiti assistenziali	progettazione dello strumento 2. Riunioni periodiche finalizzate al <i>consensus</i> e alla maggiore integrazione con il personale di supporto		
12. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Direttore Dirigenti medici	Mantenere il valore di DDD complessivo di carbapenemi (+/- 5%)
13. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Definizione di un percorso organizzativo per i pazienti affetti da patologie retiniche afferenti al Servizio di Fluorangiografia e Laser terapia	Redazione di un documento che definisca le modalità operative per la gestione del paziente affetto da patologie retiniche nell'ambito del servizio di Fluorangiografia e laser terapia, incluse procedure e competenze del personale di comparto, dall'accettazione del paziente fino alla sua dimissione/consegna del referto	Dirigenti medici e personale di comparto afferenti al Servizio di Fluorangiografia della Clinica Oculistica	Creazione di un protocollo interno che definisca modalità standardizzate per la gestione ottimale del paziente affetto da patologie retiniche nell'ambito del servizio di Fluorangiografia e laser.
2. Definizione dei criteri di eleggibilità e priorità per l'accesso all'intervento di rimozione di cataratta	Stesura di un documento che definisca i criteri di eleggibilità e priorità per l'accesso alle liste di attesa per l'intervento di cataratta e le modalità di verifica dei requisiti di priorità	Prof. Tognetto IP Elena Kiss Dr. Paolo Cecchini Infermieri ambulatorio moduli Clinica Oculistica	Produzione del documento "Definizione dei criteri di eleggibilità e priorità per l'accesso all'intervento di rimozione di cataratta" condiviso con la Direzione Strategica e successiva delibera Aziendale per la sua adozione in ASUITS
3. Riorganizzazione delle agende informatiche per la gestione dei servizi ambulatoriali della Clinica Oculistica	Revisione e implementazione della corrente organizzazione delle agende dei servizi ambulatoriali della Clinica Oculistica	Prof. Daniele Tognetto Tutti i Dirigenti medici strutturati della Clinica Oculistica	Creazione e attivazione di nuove agende informatiche ottimizzate in termini di tipologia, giornate e orari dei servizi ambulatoriali della Clinica Oculistica con ridefinizione della modalità di prenotazione
4. Attivazione del programma di telemedicina in oftalmologia applicata alla gestione dei pazienti diabetici	Acquisizione di un retinografo da collocare sul territorio per l'esecuzione delle retinografie in pazienti diabetici. Invio delle retinografie per via telematica alla Clinica Oculistica Refertazione delle retinografie e invio	Prof Daniele Tognetto Dott.ssa Daniela Fanni	Messa in atto del programma di telemedicina <i>Questo obiettivo sarà subordinato all'acquisizione di un retinografo, alla presenza presso il centro diabetologico di personale in grado di eseguire le</i>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	delle stesse per via telematica al diabetologo del territorio		<i>retinografie, alla presenza presso la Clinica Oculistica di personale dedicato alla lettura delle retinografie, ad una adeguata informazione dei MMG da parte degli organi Aziendali deputati a farlo</i>
5. Mantenimento dell'applicazione dei parametri regionali PDTA nelle patologie retiniche e dei trattamenti retinici affinché vengano eseguiti nei tempi adeguati, in particolare i trattamenti con iniezione intravitreale.	1. Programmazione di una rete assistenziale condivisa del personale tecnico e medico al fine di consentire una pronta diagnosi e un successivo tempestivo trattamento della maculopatia. 2. Adesione ai tempi di attesa per i trattamenti retinici come stabilito dal PDTA regionale	Dirigenti medici di I livello: Dott. Sandro Saviano Dott.ssa Daniela Fanni Dott.ssa Adelia Zagidullina Personale del comparto afferente al Servizio di Fluorangiografia e Laser Terapia	Mantenimento dei tempi di attesa per le prestazioni nei soggetti affetti da maculopatia (come da PDTA regionale). <i>Questo obiettivo sarà subordinato alla disponibilità dei farmaci per la terapia intravitreale, dalla possibilità di continuare ad utilizzare l'ambulatorio di Classe A tutti i giorni, e dalla disponibilità di personale dedicato</i>
6. Refertazione degli esami fluorangiografici	Consegna al paziente del referto fluorangiografico nella stessa giornata di esecuzione dell'esame	Dr. Daniela Fanni	Percentuale di referti consegnati nella stessa giornata di esecuzione dell'esame pari al 90%
7. Incremento del numero degli interventi di cataratta	Incrementare il numero di interventi di cataratta aumentando il numero delle sedute operatorie dedicate	Tutti i dirigenti medici Personale del comparto afferente all'ambulatorio moduli e alla degenza della Clinica Oculistica e afferente alla sala operatoria	Numero di interventi chirurgici di cataratta maggiore che nel 2018 <i>Nota: l'obiettivo sarà subordinato alla possibilità di incrementare il numero di sedute operatorie da destinarsi agli interventi di cataratta e alla disponibilità di personale adeguato</i>
8. Creazione di un network di cooperazione tra specialisti strutturati presso la Clinica Oculistica e specialisti che operano sul territorio di ASUITS per le attività ambulatoriali di primo	Ottimizzazione della collaborazione con gli specialisti ambulatoriali del territorio ASUITS in particolare riguardo alla identificazione di indicazioni chirurgiche e alla gestione	Tutti i dirigenti medici	Attivazione di corsi e giornate di frequenza dedicate agli oculisti del territorio ASUITS da effettuarsi c/o la Clinica Oculistica <i>Questo obiettivo è subordinato alla</i>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
livello	del paziente postchirurgico. Istituzione di incontri, corsi di aggiornamento e giornate di frequenza presso gli ambulatori ad alta specializzazione della Clinica Oculistica (ambulatorio retina medica, retina chirurgica, centro glaucoma, ambulatorio cornea, servizio di fluorangiografia) dedicate agli specialisti del Territorio.		<i>disponibilità e alla collaborazione da parte degli oculisti territoriali</i>
9. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni
10. Migliorare i dati di performance riferiti alla valutazione del dolore: - Rivalutazione dolore ogni 24 ore - Rilevazione e rivalutazione del dolore dopo somministrazione della terapia antidolorifica	Rivalutazione del dolore ogni 24 ore e dopo somministrazione della terapia antidolorifica	Personale del Comparto (Degenza)	Aumento della percentuale di dati conformi rispetto al 2018 Da 1 marzo al 31 dicembre 2019 (evidenza nei report aziendali)
11. Implementazione della sicurezza del paziente pediatrico attraverso l'acquisizione di competenze specifiche nell'ambito dell'emergenza pediatrica di base	Partecipare al corso specifico di BLS D Pediatrico	Personale del Comparto e dirigenti medici	Conseguimento della certificazione di base nelle manovre di BLS D Pediatrico da almeno il 70 % del personale dedicato alle prestazioni pediatriche.
12. Migliorare l'efficacia dei processi di assistenza infermieristica al paziente chirurgico in oftalmologia attraverso la maggiore integrazione del personale dell'Area di Degenza e di Sala Operatoria	Coinvolgimento del personale infermieristico dell'Area di Degenza nella fase chirurgica, attraverso la partecipazione ad una seduta operatoria	Infermieri, Coordinatori: SC Cl. Oculistica SC C.O (Sala Operatoria di Oculistica)	Partecipazione ad una seduta operatoria da parte di almeno 20 infermieri della UCO di Clinica Oculistica nell'arco di tempo compreso tra marzo e dicembre 2019
13. Produrre una semplificazione	1. Promozione di riunioni periodiche tra i	Dirigenza Medica : dott.	Formalizzazione della procedura entro il 31 dicembre 2019

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
organizzativa a garanzia della maggiore correttezza della prenotazione ed esecuzione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in Oculistica	Responsabili Infermieristici/Dirigenti Medici/altri Operatori della SC Cl. Oculistica e del CUP per l'analisi delle criticità e la condivisione di soluzioni 2. Elaborazione di procedura finalizzata alla corretta prenotazione dell'esame specialistico prescritto	Coordinatori : Kiss Elena Marsi Isabella In comune con Responsabile e Operatori CUP	
14. Valorizzare l'impegno degli infermieri che svolgono attività di <i>Front Office</i> e accettazione	Gestire l'agenda appuntamenti e il processo di accoglienza e presa in carico agli sportelli (fornire informazioni e orientamento sulle prestazioni, raccogliere e registrare dati, acquisire e verificare la documentazione sanitaria, effettuare prenotazioni)	Infermieri Ambulatorio	Mantenimento dell'attività di Front Office e Accettazione agli sportelli (con meccanismo di rotazione del personale)

SC (UCO) Clinica Otorinolaringoiatrica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Coordinamento attività clinica e assistenziale UO ORL Ts/UO ORL Monfalcone-Gorizia	Rispetto condiviso nell'ambito dell'azienda integrata Ts/Go dei tempi di attesa per interventi di tonsillectomia nell'adulto	Responsabili di struttura complessa In collaborazione con AAS2	Numero di interventi di tonsillectomia eseguiti nelle varie sedi entro i tempi di attesa superiore all'80%
2. Biopsia dell'area cervicale in pazienti con sospetto di patologia linfoproliferativa	Individuazione di un percorso condiviso che permetta ai pazienti nei quali si sospetta una patologia linfoproliferativa di giungere efficacemente e rapidamente entro 14 giorni ad effettuare una biopsia linfonodale.	Dirigenti Medici SC Clinica ORL In comune con Dirigenti Medici SC Ematologia	Numero di pazienti che effettuano la biopsia linfonodale entro 14 giorni: 80%
3. Tempi di attesa per intervento chirurgico ORL	Ridurre il tempo di attesa per intervento chirurgico priorità B come conseguenza della 5° seduta operatoria	Dirigenti medici	Riduzione del tempo di attesa del 10% per i pazienti in lista con priorità B al tempo T1 (4 sedute/settimana) rispetto T2 (5/sedute/settimana)
4. Studio epidemiologico HPV	Rilevazione HPV mediante esame citologico agoaspirato	Dirigenti medici In comune con SC Anatomia patologica	Rilevazione HPV virus in almeno 50% delle metastasi laterocervicali
5. Attività di ricerca	Valutazione delle pubblicazioni ORL	Responsabile di struttura complessa	Numero maggiore di 3 pubblicazioni scientifiche/anno
6. Coordinamento attività clinica e assistenziale	Predisposizione congiunta di PDTA su epitelomi cutanei con definizione di percorsi, responsabilità e competenze	Dirigenti medici ORL In comune con dirigenti medici dermatologia, Chirurgia Plastica Anatomia patologica	Documento PDTA redatto secondo le linee guida internazionali formalmente sottoscritto e inizio attività coordinata
7. Coordinamento attività clinica e assistenziale UO ORL Ts/UO ORL Monfalcone-Gorizia	Condivisione CLINICA sistema di gestione prioritaria per prima visita specialistica ORL secondo criteri formalizzati UBDP	Dirigenti medici ORL In collaborazione con AAS2 dirigenti medici Monfalcone	% di prime visite specialistiche erogate secondo criteri UBDP > 80% sul tot delle prime visite erogate (valutazione dell'appropriatezza clinica e prescrittiva)
8.	Rivalutazione del dolore ogni 24 ore	Comparto	Aumento della percentuale di dati

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Migliorare i dati di performance riferiti alla valutazione del dolore			conformi rispetto al 2018 Da 1 marzo al 31 dicembre 2019 (evidenza nei report aziendali)
9. Implementazione della sicurezza del paziente pediatrico attraverso l'acquisizione di competenze specifiche nell'ambito dell'emergenza pediatrica di base	Partecipare al corso specifico di BLS-D Pediatrico	Comparto	Acquisizione di certificazione di base nelle manovre di BLS-D Pediatrico nel 2019 nel $\geq 70\%$ del personale
10. Valorizzazione del Personale attraverso l'implementazione delle <i>expertice</i> e la creazione di una piattaforma ambulatoriale specializzata	Riorganizzare il modello del lavoro, attraverso la rotazione delle attività e l'implementazione del <i>know how</i> e delle competenze acquisite sul campo (responsabile dell'attività: Coordinatore Infermieristico)	Comparto – Ambulatorio Coordinatore Infermieristico	Evidenza di un nuovo modello organizzativo ambulatoriale, basato sull'interscambio degli infermieri in area ambulatoriale e la definizione di nuove specializzazioni (Area endoscopica, Area Moduli, Area medicazioni e piccoli interventi)
11. Riduzione dei tempi di attesa degli interventi chirurgici	Garantire l'assistenza post-operatoria in concomitanza dell'aumento dell'attività chirurgica (maggiore numero di sedute operatorie), in condizione di isorisorse	Comparto	Aumento dei volumi dell'attività chirurgica e conseguente riduzione delle liste di attesa rispetto al 2018

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Coordinamento dell'attività gestionale, assistenziale, didattica e scientifica delle SC/SC(UCO) afferenti al DAI</p>	<p>Monitoraggio dipartimentale delle prestazioni assistenziali e della gestione degli obiettivi di mandato e incentivanti e delle RAR assegnati dalla Direzione Strategica ai Responsabili dirigenti delle Strutture Complesse e Strutture Semplici del DAI, nonché ai Responsabili e/o Coordinatori del Comparto Condivisione in tempo reale con le componenti del DAI delle informazioni di carattere amministrativo e sanitario pervenute al Direttore del DAI.</p>	<p>Direttore Dipartimento</p>	<p>1. Regolare consultazione del Comitato di Dipartimento provvisorio aperto ai Direttori di SC o SC(UCO), RID, Responsabili di SSD, Coordinatori Infermieristici e Referenti per l'area riabilitativa ospedaliera, con tempistica rapportata alle scadenze di budget o altri eventi di carattere sanitario, gestionale o amministrativo.</p> <p>2. Invio regolare di rapporto al Comitato di DAI, mediante posta elettronica, sul OdG del Consiglio di Direzione e sintesi delle delibere approvate e delle azioni/conclusioni emerse nel Consiglio di Direzione.</p> <p>3. Verifica periodica almeno trimestrale della gestione delle risorse economiche e umane dipartimentali in rapporto agli obiettivi di budget sulla base dei report inviati dalla Direzione Strategica.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>2. PAL 2019 Ridefinire il percorso di inserimento del neo assunto in linea con i criteri definiti dalla nuova società di accreditamento (AC) Accreditation Canada</p>	<p>1. Costituire un gruppo di lavoro per individuare un insieme di competenze base trasversale a tutti i contesti di cura e un insieme di competenze peculiari specifiche per struttura</p> <p>2. Creare uno strumento guida e di monitoraggio che evidenzia l'acquisizione nel tempo delle competenze attese nel neoassunto per il raggiungimento dell'autonomia</p>	<p>Responsabile Infermieristico di Dipartimento Responsabile Infermieristico di Struttura</p> <p>In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica e Ostetricia</p>	<p>1. Entro marzo 2019 istituzione del gruppo di lavoro e avvio dell'attività</p> <p>2. Entro dicembre 2019 produzione dello strumento per almeno 1 SC afferente a ciascun DAI</p>
<p>3. 3.6.2 Emergenza urgenza Continuità riabilitativa Area Giuliano-Isontina</p>	<p>1. Condivisione dell'offerta riabilitativa nelle aree Gorizia e Monfalcone</p> <p>2. Definizione dei percorsi di presa in carico riabilitativa post dimissione degli utenti afferenti alla SC Riabilitazione (reparti per acuti e Reparto della SC Riabilitazione) residenti nell'Area Isontina (Gorizia e Monfalcone)</p> <p>3. Identificazione delle modalità più efficaci di trasmissione delle informazioni</p> <p>4. Attivazione dei percorsi</p>	<p>1. Direttore SC Riabilitazione Coordinatori</p> <p>2. Dirigenti Medici - Psicologi Comparto</p> <p>3. RID</p> <p>In comune con le strutture riabilitative di riferimento dell'Area Isontina di Gorizia e Monfalcone</p>	<p>1. Presenza del documento relativo ai percorsi identificati entro 31/08/2019</p> <p>2. Attivazione dei percorsi a partire dal 1° settembre 2019</p> <p>Fonte: Cartella Clinica</p>

SC (UCO) Clinica Neurologica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Realizzazione di un HUB Stroke Unit (emergenza)	Mantenimento trombectomie – trombolisi Riunioni regionali di coordinamento rete Stroke-formazione	Direttore in comune con Radiologi della SC Radiologia Interventistica	Trombolisi e trombectomie Aggiornamento PDTA regionale Garantire la trombolisi e/o la trombectomia in tutti i casi eleggibili. Almeno 1 Evento PDTA
2. Rete formativa GO e MO per la specialita' di Neurologia	Collegamento con GO e MO e piano di studi di Neurologia Mantenimento specialita' di Neurologia e realizzazione Rete Formativa (Gorizia-Monfalcone) mesi per specializzando documentati	Direttore In collaborazione con l'Area Isontina	Rete formativa attivata con Gorizia-Monfalcone (rotazione) tre nuovi specializzandi per due mese ciascuno
3. Progetti di ricerca	Papers scientifici e progetti CE	Direttore	Almeno 5 Papers scientifici su rivista con IF
4. Mantenimento dell'attività di Trombolisi endovenosa (Urgenza Linee Regione)	1 Formazione continua 2 Attenzione all'urgenza 3 Operativita'Stroke Unit	Medici e Comparto	1. Garantire la trombolisi in tutti i casi eleggibili. 31.12.2019 database di reparto database regionale 2. Progetti database nazionale internazionali: Progetto ANGELS PS -Trombolisi ≤ a 60 min
5. Mantenimento dell'attività di Trombectomia (Urgenza Linee Regione)	1 Formazione continua 2 Attenzione all'urgenza	1,2. Medici e comparto in comune con Radiologi della SSD Radiologia Interventistica Endovascolare	1. Garantire la trombectomia in tutti i casi eleggibili. 31.12.2018 database di Neurologia e radiologia database regionale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	3 Operatività stroke unit-radiologia creazione di file con outcome pazienti e riunioni congiunte neurologia – radiologia	3. Medici Neurologi in comune con Radiologi della SSD Radiologia Interventistica Endovascolare	2. Progetti database nazionale internazionali: rispetto Progetto Angles 3. Presenza di analisi come da azione
6. Miglioramento degli intertempi allerta Tac e Tac –trombolisi (Urgenza Linee Regione)	tempo < 60 minuti misurazione intertempi formazione formazione continua collaborazione PS – radiologia	Medici e comparto In collaborazione con PS, Radiologia	Risultato atteso inter-tempo < di 60 min: Misura intertempi cartella clinica Database e Progetto regionale Database e progetto nazionale e internazionale
7. Monitoraggio NCH e Riunione discussione casi clinici	Esecuzione monitoraggi specialistici	Medici (e tecnici di neurofisiologia) In comune con Neurochirurgia	N di monitoraggi complessi in NCH superiore a 2018 (referti su G2)
8. Monitoraggio Chirurgia vascolare (cod 8919)	Esecuzione monitoraggi specialistici	Medici (e tecnici di neurofisiologia) In comune con Chirurgia Vascolare	Database del numero dei monitoraggi Codice 8919 sulla cartella superiore a 2018 Referti su G2
9 Creazione gruppo GIN Malattie neuromuscolari (sinergia Ospedale e Territorio)	Realizzazione operatività di gruppo di analisi e discussione	Dirigente e Medici In collaborazione con l'Area Isontina	GIN a Gorizia congiunto approvato Un evento a Gorizia Operativo (se approvato Direzione sanitaria) Presente Database pazienti neuromuscolari
10. Continuita' Riabilitativa Neurologia-	Percorso e tempi Continuita' in corso con la riabilitazione Sia per Stroke (progetto MEMORINET) che per Sclerosi Multipla	Medici e comparto In comune con Riabilitazione Neurologica	Presente Database pazienti e dei tempi di ricovero con evidenza raccolta outcome
11. Rapporto con i cittadini; agevolare l'adesione alle cure post dimissione	Ideare un opuscolo informativo/ scheda educativa rivolta al paziente ambulatoriale in terapia con i nuovi farmaci per la sclerosi multipla	Coordinatore e comparto ambulatoriale	Consegna di opuscolo/scheda educativa al 100% dei pazienti con SM in carico all'ambulatorio della clinica neurologica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			fonte: cartella ambulatoriale
12. Rapporto con i cittadini; agevolare l'adesione alle cure post dimissione	Riunioni informative ai parenti dei pazienti affetti da Stroke Acuto	Medici – Coordinatore – comparto	Avvio di riunioni informative Tutti i pazienti vedono i parenti informati (nota su cartella: evidenza della eventuale impossibilità)
13. Esami di neurofisiologia in emergenza	Richiesta dal PS	Medici e tecnici neurofisiologia	Esami refertati su G2 100% richieste e referti in G2 (in urgenza dal PS)
14. Monitoraggio Idratazione dei pazienti con Stroke	Misure di elettroliti NIH score	Medici e comparto	Elettroliti – Outcome Neurologica Esecuzione nel 100% dei pazienti stroke
15. Miglioramento del servizio offerto ai pazienti attraverso la realizzazione di percorsi dedicati	1. Analisi del flusso di pazienti con sclerosi multipla seguiti dall'ambulatorio SM della SC Clinica Neurologica sottoposti a RM presso la S.C. Radiologia Diagnostica ed Interventistica 2. Creazione di agenda RM dedicata per i pazienti affetti da sclerosi multipla in follow up seguiti dalla S.C. Clinica Neurologica	Dirigenti e Comparto In comune con la SC Radiologia HC	Apertura agenda entro il 31.10.2019

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Mantenere un buon input accademico in un reparto ospedaliero	1. Organizzazione di audit riguardanti la M&M NCH quadrimestrali 2. Pubblicazioni in giornali specialistici internazionali	Direttore	1. Certificazione in DS dei tre audit e delle eventuali correzioni messe in atto nel reparto 2. Almeno 3 pubblicazioni su riviste indicizzate e internazionali nel 2019 (tutta la Struttura)
2. Sviluppo chirurgico dei giovani medici presenti in reparto	Due medici presenti in sala operatoria (medico giovane: dr. Corbino, dr Impusino, dr Scrofani, dr Spinelli ed eventualmente i due nuovi incarichi e medico più esperto: dr.Bobicchio, dott.ssa Baldo)	Direttore e medici (Dr Bobicchio, Dr.ssa Baldo)	1. Almeno il 50% delle operazioni in cui sono coinvolti i medici giovani , la parte iniziale deve essere eseguita personalmente da loro, sotto la supervisione di un collega più esperto; 2. Almeno 1/3 di questi interventi devono avere il collega giovane come primo operatore
3 Integrazione ASUITS con spoke Gorizia e Monfalcone <i>(NB:la fattibilità e la tempistica della linea di lavoro sono da concordare con la Direzione Strategica in funzione delle risorse disponibili nel corso dell'anno)</i>	1. Almeno due incontri con i colleghi dei due ospedali locali (pronto soccorso, neurologia, ortopedia, etc...) con la creazione di linee guida sulle urgenze e pazienti elettivi 2. Istituzione di un ambulatorio mensile presso l' ospedale di gorizia e di uno presso l' ospedale di monfalcone	Tutti i medici	1. Resoconto incontri e produzione di almeno due protocolli operativi entro la fine di agosto 2. Inizio ambulatorio di Gorizia entro la fine di settembre 3. Inizio ambulatorio di monfalcone entro la fine di ottobre.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			4. Report analitico sui pazienti visitati presso questi due ospedali spoke
4 Creazione di un protocollo condiviso multidisciplinare per le urgenze neurochirurgiche	1. Meetings 2. Revisione della letteratura 3. Stesura protocollo 4. Sperimentazione operativa protocollo 5. Audit di verifica ed eventuale modifica e/o integrazione	Dirigenti medici in comune con: ARTA Complesso Operatorio Cattinara Complesso Operatorio Maggiore Tipo Radiologia HC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Neurochirurgia SC (UCO) Radiologia Diagnostica e Interventistica	1. Presentazione protocollo condiviso alla ds entro settembre 2019 2. Audit formale di verifica sulla sua applicazione ed adesione a quanto stabilito: eventuali modifiche e integrazioni
5. Creazione di un protocollo per la patologia neoplastica spinale	1. Meetings 2. Revisione della letteratura 3. Stesura protocollo 4. Sua applicazione	Dirigenti medici in comune con: SC Radioterapia SC Radiologia Diagnostica e Interventistica SC Radiologia Oncologia	1. Presentazione protocollo condiviso alla DS entro settembre 2019 2. Audit formale di verifica sulla sua applicazione ed adesione a quanto stabilito: eventuali modifiche e integrazioni
6. Creazione di schede consultabili per interventi neurochirurgici: materiale , attrezzatura procedura	Tipi di intervento, posizione paziente sul letto operatorio e necessità del chirurgo con le varie problematiche sia per il neurochirurgo, che per il personale infermieristico.	Dirigenti medici in comune con: Complesso Operatorio Cattinara	1. Creazione di almeno 5 schede dei principali interventi chirurgici entro la fine di agosto 2. Loro applicazione, revisione e stesura finale entro la fine del 2019
7. Monitoraggio NCH e Riunione discussione casi clinici	Esecuzione monitoraggi specialistici	Dirigenti medici In comune con CI Neurologica	N di monitoraggi complessi in NCH superiore a 2018 (referti su G2)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>8. Obiettivi infermieristici Gestione del rischio-clinico adesione al programma regionale rischio clinico 2016: sorveglianza lesioni da pressione “misurare l’ incidenza di ldp nelle strutture di degenza”</p>	<p>1. Formazione del personale sulle modalità di inserimento dati relativi all’incidenza delle ldp nell’apposito data base 2. Monitoraggio quotidiano dell’integrità cutanea dei degenti con inserimento di documentazione scritta in cartella infermieristica e dei nuovi casi nel data base 3. Calcolare il tasso di incidenza degli assistiti che sviluppano una o più ldp durante la degenza</p>	<p>Coordinatore infermieristico Comparto in comune con: Direzione infermieristica e Ostetricia</p>	<p>Inserimento dei dati relativi all’insorgenza di nuove lesioni da Pressione nel 100% dei pazienti ricoverati a partire dal 01.02.2019 fonte: data base g2</p>
<p>9. Rapporti con i cittadini agevolare l’ adesione alle cure post dimissione</p>	<p>1. Ideare una scheda rivolta al paziente in dimissione a scopo educativo sull’auto somministrazione a domicilio di eparina a basso peso molecolare 2. Allegare la scheda educativa alla dimissione delle persone a cui sia stata prescritta eparina a basso peso molecolare</p>	<p>Coordinatore infermieristico Comparto</p>	<p>Dal 01.05.2018 consegna della scheda al 100% dei pazienti dimessi con la prescrizione di eparina a basso peso molecolare (copia in cartella clinica) Fonte: cartella clinica NCH</p>

SC Riabilitazione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. 3.5.7 Erogazione livelli di assistenza – Qualità delle cure Adeguamento alle indicazioni delle normative vigenti rispetto alla costruzione del progetto riabilitativo individuale (PRI): oltre ai pazienti neurologici ricoverati presso la S.C. Riabilitazione che già vengono presi in carico attraverso la stesura di un PRI, è necessario estendere l'adozione del PRI scritto a tutte le persone ricoverate prese in carico dalla S.C. Riabilitazione</p>	<p>1. Analisi del contesto 2. Adeguamento dello strumento alla complessità del caso 3. Identificazione ed attuazione delle strategie funzionali alla formalizzazione della presa in carico riabilitativa dei pazienti ricoverati nei reparti per acuti e presso la S.C Riabilitazione attraverso l'utilizzo del PRI scritto.</p>	Direttore SC Riabilitazione	<p>Evidenza del Progetto Riabilitativo Individuale nelle persone prese in carico da un punto di vista riabilitativo presenti nei Reparti per acuti e nel Reparto della SC Riabilitazione a partire dal 01.04.2019.</p> <p>Fonte: database interno alla SC Riabilitazione –G2- Cartella Clinica</p>
<p>2. Gestione del rischio clinico- adesione al Programma Regionale Rischio Clinico 2016: sorveglianza lesioni da pressione “Misurare l'incidenza di Lesioni da Pressione (L.d.P.) nelle strutture di degenza”</p>	<p>1. Formazione del personale sulle modalità di inserimento dati relativi all'incidenza di LdP nell'apposito data base. 2. Monitoraggio quotidiano dell'integrità cutanea dei degenticon inserimentodei dati in cartella infermieristica e dei nuovi casi nell'apposito data base 3. Calcolare il tasso di incidenza degli assistiti che sviluppano una o più L.d.P. durante la degenza</p>	<p>Coordinatore Infermieristico Comparto – area infermieristica</p> <p>In comune con: Direzione Infermieristica e Ostetricia</p>	<p>Inserimento dei dati relativi alla presenza nuove lesioni da pressione nel 100% dei pazienti ricoverati in riabilitazione a partire dal 01.03.19 Fonte: Data base G2</p>
<p>3. Rapporto con i cittadini Agevolare l'adesione alle cure post</p>	<p>1. Predisposizione di una scheda informativa/esplicativa da fornire alla</p>	Coordinatore infermieristico Comparto - area infermieristica	<p>1. Produzione della scheda entro 31.05.19</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
dimissione: addestramento all'autocateterismo	<p>persona che necessita di addestramento all'autocateterismo, come supporto, guida e promemoria dei passaggi fondamentali della procedura a cui il paziente è stato preventivamente addestrato dal personale infermieristico</p> <p>2. Inserimento della scheda nella documentazione di dimissione ospedaliera.</p>		<p>2. Dal 01/06/2019 presenza della scheda in cartella ed in dimissione nel 100% dei pazienti dimessi dalla S.C. Riabilitazione con prescrizione di autocateterismo.</p> <p>Fonte: Cartella clinica</p>
4. 3.6.2 Emergenza urgenza Continuità riabilitativa Area Giuliano-Isontina	<p>1. Condivisione dell'offerta riabilitativa nelle aree Gorizia e Monfalcone</p> <p>2. Definizione dei percorsi di presa in carico riabilitativa post dimissione degli utenti afferenti alla SC Riabilitazione (reparti per acuti e Reparto della SC Riabilitazione) residenti nell'Area Isontina (Gorizia e Monfalcone)</p> <p>3. Identificazione delle modalità più efficaci di trasmissione delle informazioni</p> <p>4. Attivazione dei percorsi</p>	<p>1. Direttore SC Riabilitazione Coordinatori</p> <p>2. Dirigenti Medici - Psicologi Comparto</p> <p>3. RID</p> <p>In comune con le strutture riabilitative di riferimento dell'Area Isontina di Gorizia e Monfalcone</p>	<p>1. Presenza del documento relativo ai percorsi identificati entro 31/08/2019</p> <p>2. Attivazione dei percorsi a partire dal 1° settembre 2019</p> <p>Fonte: Cartella Clinica</p>
5. Revisione/aggiornamento di procedure datate/obsolete	<p>1. Revisione degli strumenti e delle scale di valutazione attualmente utilizzati in ambito psicologico e neurocognitivo sulla base delle recenti EBS ed alla tipologia di problematiche afferenti alla</p>	Dirigenti psicologi	<p>Presenza in carico dei pazienti che necessitano di valutazione psicologica e neuropsicologica afferenti alla S.C. Riabilitazione secondo gli strumenti individuati a partire dal 15.11.19</p> <p>Fonte: G2</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	SC Riabilitazione 2. Identificazione degli strumenti più idonei e stesura di un elenco aggiornato degli strumenti identificati		
6. 3.8.3 Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero	Creazione di una scheda informativa per il paziente/familiari che delinei, per sommi capi, il percorso di cura in cui è stato inserito il paziente al momento della presa in carico riabilitativa presso i reparti per acuti	Coordinatori area Riabilitativa Comparto – area riabilitativa Dirigenti medici	1. Elaborazione della scheda informativa entro 31/05/2019 2. Distribuzione della scheda informativa ai pazienti presi in carico nei reparti per acuti dalla SC Riabilitazione dal 03/06/2018 Fonte:cartella riabilitativa – database interno alla SC Riabilitazione
7. 3.5.4 Pediatria Età evolutiva	Creazione di un gruppo tecnico per la stesura di un progetto integrato ospedale/territorio che definisca le modalità di presa in carico dei minori con necessità riabilitative	Direttore S.C. Riabilitazione Dirigenti medici SC Riabilitazione In collaborazione con SC BADOF e fisiatri con formazione/esperienza in campo pediatrico	Evidenza del progetto entro 31/12/2019 (invio alla Direzione Sanitaria)
8. 3.2.1.3 Riabilitazione	Elaborazione di una cartella riabilitativa condivisa atta alla valutazione e stesura del relativo piano di trattamento, dei pazienti con problematiche di linfedema (arti superiori, arti inferiori e capo/collo) in esiti di problematiche oncologiche trattate chirurgicamente ed afferenti alle strutture riabilitative ospedaliere e territoriali di ASUITs	Comparto – area riabilitativa In collaborazione con Distretti	1. Disponibilità della cartella entro il 31/10/2019 2. Utilizzo della stessa a partire dal 4/11/2019 Fonte: G2
9.	1.	Direttore	Avvio della sperimentazione entro il 1°

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
3.5. Assistenza Ospedaliera Presenza in carico riabilitativa presso i reparti per acuti attraverso l'individuazione di equipe di riferimento	Esame dei carichi di lavoro nei diversi reparti per acuti dove viene richiesta la presa in carico riabilitativa 2. Condivisione in gruppo delle possibili criticità organizzative 3. Identificazione di équipe riabilitative di riferimento per la presa in carico nei reparti per acuti di ASUITs	Coordinatori Area Riabilitativa Comparto – area riabilitativa	febbraio 2019 Attivazione definitiva entro 01.10.19
10. Continuità Riabilitativa Neurologia-	Percorso e tempi Continuità in corso con la riabilitazione Sia per Stroke (progetto MEMORINET) che per Sclerosi Multipla	Medici e comparto In comune con SC Clinica Neurologica	Presente Database pazienti e dei tempi di ricovero con evidenza raccolta outcome
10. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

SC (UCO) Clinica Ortopedica e Traumatologica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. 3.4.2 Emergenza urgenza (Trauma) Miglioramento percorso di assistenza in Pronto Soccorso e Sala Gessi del paziente affetto da patologia ortopedico-traumatologica	Stesura ed applicazione di un protocollo condiviso fra UCO Clinica Ortopedica Traumatologica e SC Pronto Soccorso per le richieste di consulenza ortopedica presso la sala gessi al fine di disciplinare le modalità delle consulenze Ortopedico-Traumatologiche, razionalizzare il lavoro della Sala Gessi e consentire una migliore gestione del paziente	Direttore Dirigenti medici Comparto In comune con S.C. Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	Elaborazione del nuovo protocollo condiviso e sua attivazione entro 1 giugno
2. Trattamento della frattura di femore pazienti ultra65enni entro le 48 h 3.6.2. Emergenza Urgenza	Trattamento della frattura di femore entro le 48 h nel 70%	Direttore Dirigenza Medica Comparto	Indicatore come da azione Fonte: registro interno Dati Regione FVG.
3. Trattamento delle urgenze traumatologiche diverse dal femore, rispetto target regionale	Programmazione dell'attività relativa agli interventi chirurgici urgenti per fratture diverse dal femore	Direttore Dirigenza Medica Comparto In comune con ARTA Anestesia e Rianimazione TIPO Complesso Operatorio	1. Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti (indicatore Bersaglio C5.18.1 <=1,5 gg) 2. Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti (indicatore Bersaglio C5.18.2 < =8 gg)
4. Miglioramento documentazione clinica di ricovero (buone pratiche cliniche)	1. Creazione di un format di documento giornaliero che includa foglio unico di terapia, diario medico, diario infermieristico (per pronta evidenza di tutti gli operatori sanitari)	1. Direttore Coordinatori infermieristici 2. Dirigenza medica Comparto	1. Disponibilità del documento entro giugno 2019 2. Utilizzo del documento nel 100% delle cartelle cliniche da luglio 2019 (fonte

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	2. Introduzione nell'attività di reparto del nuovo strumento di lavoro		cartella clinica)
5. Consegna di "carta d'identità dell'impianto protesico" ai pazienti sottoposti ad intervento di protesi di spalla in elezione 3.7 Rapporti con i cittadini	1. Compilazione e distribuzione del documento "Carta d'identità dell'impianto protesico" ai pazienti operati di protesi di spalla in elezione per patologia non traumatica	Dirigenza Medica Comparto	Distribuzione del documento al 90% ai pazienti operati di protesi di spalla in elezione per patologia non traumatica dal 1 giugno (fonte documentazione lettera di dimissione) in ADT tessera impianto protesico
6. Attivare l'inserimento in G2 della presenza o assenza delle lesioni da pressione all'ingresso in clinica ortopedica 11° piano – "scheda incidenza lesioni da pressione (LdP)" mandato Direzione Centrale FVG già attivato nel 2018	1. Formare gli infermieri per le attività di inserimento della presenza/assenza all'ingresso di LdP nella nostra struttura 2. Rinforzare la conoscenza/competenza sul fenomeno lesioni da pressione attraverso corsi di formazione sul campo 3. Coordinare/supportare le attività di implementazione dell'inserimento dei dati relativi alle lesioni da pressione all'ingresso in reparto attraverso il sistema informativo G2	Coordinatore infermieristico Personale del comparto Clinica Ortopedica 11piano In collaborazione con la Direzione Infermieristica e Ostetrica	1. 100% degli infermieri della S.C. formati in merito all'inserimento del nuovo dato entro giugno 2019 (report frequenza personale comparto) 2. Formazione di tutti gli operatori della struttura riguardo conoscenza/competenza LdP (report frequenza personale comparto) 3. Inserimento dei dati in G2 da luglio 2019 (report annuale dei dati, fonte G2)
7. Agevolare l'adesione alle cure post dimissione 3.7 Rapporti con i cittadini	1. Stesura di una scheda educativa da consegnare al paziente in dimissione da reparto e sala gessi con le istruzioni per l'auto somministrazione a domicilio di eparina a basso peso molecolare 2. Allegare la scheda alla documentazione di dimissione per i pazienti per cui è	1. Coordinatrici infermieristiche 2. Comparto	Dal 01.05.2018 consegna della scheda al 100% dei pazienti dimessi con la prescrizione di eparina a basso peso molecolare (copia in cartella clinica) Fonte: reparto-cartella clinica; sala gessi: copia scheda educativa firmata dal paziente da allegare alla scheda di accettazione.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	stata prescritta la profilassi con eparina a basso peso molecolare		
8. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

SC (UCO) Medicina Del Lavoro

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Performance della SC (UCO) Medicina del Lavoro</p>	<p>1. Verifica delle procedure di appropriatezza diagnostica e di relazione causa-effetto nelle denunce di neoplasia professionale.</p> <p>2. Mantenimento della corretta periodicità della sorveglianza sanitaria dei dipendenti AsuiTs come stabilito dal DLgs. 81/2008 (Testo Unico) e dal DLgs 230/1995 (Radioprotezione sanitaria).</p> <p>3. Controllo della trasmissione al COR e invio al ReNaM dei dati/schede relativi ai mesoteliomi maligni nella Regione FVG, come da obiettivo 3.2.14 del programma XII PRP.</p>	<p>Direttore (Prof. Massimo Bovenzi)</p>	<p>1. Monitoraggio e validazione delle denunce di malattie professionali e del referto giudiziario per neoplasie lavoro-correlate aventi rilevanza penale per il datore di lavoro, con descrizioni analitica della casistica al 31.12.2019 sulla base dei registri interni implementati presso l'ambulatorio ex-esposti ad amianto e gli ambulatori dei medici competenti e medici autorizzati per la radioprotezione Base dati: registro UCO Medicina del Lavoro</p> <p>2. Monitoraggio trimestrale delle procedure di sorveglianza sanitaria preventiva e periodica.</p> <p>3. Invio al ReNaM delle schede mesoteliomi entro il 30.10.2019</p>
<p>2. Valutazione della copertura vaccinale e/o anticorpale nei confronti di morbillo, parotite, rosolia, varicella negli operatori sanitari</p>	<p>Nel corso della sorveglianza sanitaria degli operatori sanitari di nuova assunzione e in visita periodica:</p> <p>1. valutare la copertura vaccinale nei confronti di morbillo, parotite, rosolia, varicella e/o</p>	<p>Dirigenza e Comparto in collaborazione con il medico competente (dott.ssa Maria Peresson)</p>	<p>Entro dicembre 2019 analisi dei risultati dello stato di copertura per morbillo, parotite, rosolia, varicella e risposta ai test TBC riguardanti i lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nel corso dell'anno. Base dati: registro UCO Medicina del Lavoro</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>2. valutare la risposta sierologica nei confronti di morbillo, parotite, rosolia, varicella</p> <p>3. valutare la risposta ai test per la TBC come da protocollo aziendale (ove previsto)</p>		
<p>3. Percorso Socio-Sanitario Assistenziale del soggetto esposto o ex-esposto ad Amianto nella Regione FVG di cui al DGR 250/2016.</p>	<p>Mantenimento del percorso socio sanitario ed assistenziale già adottato a livello intraospedaliero presso l'Ambulatorio per le malattie respiratorie negli ex-esposti ad amianto (rispetto al 2016) con codice D01 ed E01 o altri codici di esenzione, comprensive di visita medica, valutazione della funzionalità ventilatoria e diagnostica per immagini su indicazione del medico valutatore</p>	<p>dott.ssa Paola DE MICHELI, Prof. Corrado Negro Comparto</p> <p>Collaborazione con il Centro Regionale Unico Amianto (CRUA) del Dip. Prevenzione ex-ASS2 Dr. Paolo Barbina (CRUA)</p>	<p>1. Mantenimento dell'attività dell'ambulatorio delle malattie respiratorie degli ex-esposti ad amianto nell'anno 2019 Base dati: registro UCO Medicina del Lavoro</p> <p>2. Mantenimento dei tempi di attesa in 15 giorni (UCO di Medicina del Lavoro), o 30 giorni (CRUA)</p> <p>3. Statistica epidemiologica del complesso dell'attività di sorveglianza sanitaria per ex-esposti all'amianto di UCO Medicina del Lavoro e CRUA in ambito ASUIGI.</p>
<p>4. Collaborazione con Prostate Unit di SC(UCO) Clinica Urologica</p>	<p>Implementazione di questionario con item dedicati ai fattori di rischio occupazionali per tumore della prostata</p>	<p>Dr.ssa Francesca Rui Prof. Corrado Negro</p>	<p>Predisposizione del questionario Seminario sui dati epidemiologici per l'associazione tra rischi occupazionali e tumore della prostata</p>
<p>5. Sorveglianza sanitaria degli studenti dei CdLM di Medicina-Chirurgia e Odontoiatria e Protesi Dentaria, dei</p>	<p>Mantenimento dei programmi e protocolli sanitari già implementati negli anni accademici precedenti.</p>	<p>Comparto</p>	<p>Garantire il 100% dell'esecuzione degli accertamenti sanitari inseriti nei protocolli e preparatori alla visita medica del Medico Competente</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
CdL triennali delle Professioni Sanitarie e delle Scuole di Specializzazione di Area Medica, afferenti al I anno di corso			Base dati: registro UCO Medicina del lavoro
6. Follow up dell'indagine clinico-strumentale dei forestali indagati nell'ambito del programma di ricerca congiunto tra AsuiTs, AsuiUd e INAIL (Roma) come da convenzione stipulata tra AsuiTs e AsuiUd	Analisi dei dati delle visite mediche e delle indagini strumentali eseguite (pletismografia con tecnica strain-gauge e cold test, valutazione delle soglie vibrotattili e termotattili)	Dott. Federico RONCHESE R.I. Rosalba STUPPIA TNFPR Rossana LITTERI Inf. Maria Giuseppe VITUCCI Inf. Gabriele MUCCIGNATTO <i>In collaborazione con Medici in Formazione Specialistica</i>	Relazione al Convegno (Udine) sugli esiti del programma di ricerca congiunto tra ASUITS, ASUIUD e INAIL-Roma
7. Didattica/Tutoraggio degli studenti nell'ambito delle indicazioni del Protocollo d'Intesa e dell'Atto Aziendale	Mantenimento delle ore di docenza istituzionale dei Professori Universitari (120 ore/anno) e dei Dirigenti Ospedalieri presso i Corsi di Studio e le Scuole di Specializzazione di Area Medica, nonché del tutoraggio degli studenti dei Corsi di Laurea Magistrali in Medicina-Chirurgia e Odontoiatria, Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie con sede autonoma in UniTs o InterAteneo con UniUd.	Dirigenza e Comparto	Registri ufficiali delle attività didattiche forniti dai Corsi di Studio. Documentazione della presenza di studenti e medici specializzandi presso l'UCO di Medicina del Lavoro.
8. Attività di ricerca scientifica nell'ambito delle indicazioni del Protocollo d'Intesa e dell'Atto Aziendale	Produzione di almeno 3 studi/anno su peer-reviewed journal	Dirigenza	Verifica della produzione scientifica nel database Scopus con valutazione del numero di pubblicazioni scientifiche.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Realizzazione di piattaforma analitica dipartimentale per la condivisione di tecnologie ad elevato costo, elevata complessità dedicate all'esecuzione dello screening regionale dell'HPV da tampone cervicale e la diagnostica virale per epatiti e HIV. Previsto il pieno utilizzo e la massima produttività della tecnologia, uso di spazi comuni, risorse umane condivise. Riduzione dei costi.</p>	<p>1. Predisposizione del progetto complessivo per la creazione della piattaforme, con il coinvolgimento delle SS.CC. (UCO) di Anatomia Patologica e Igiene e Sanità Pubblica. 2. Stesura dei protocolli operativi per la gestione della piattaforma condivisa. 3. Acquisizione, posizionamento in spazi dedicati della tecnologia, collaudo e attivazione della stessa.</p>	<p>Direttore Dipartimento Dott. Maurizio Ruscio</p>	<p>Realizzazione dell'impianto tecnologico e avvio della refertazione per HPV (screening regionale) e diagnostica virologica per epatiti e HIV su medesima piattaforma tecnologica. Riduzione degli attuali costi per diagnosi molecolare di epatite ed HIV (63 euro/test di almeno il 50%. Impiego della tecnologia 5 gg su 7. <i>Fonte:</i> LIS, Controllo di gestione</p>
<p>2. Realizzazione di piattaforma analitica dipartimentale per la condivisione di tecnologie ad elevato costo, elevata complessità dedicate all'esecuzione dello screening regionale dell'HPV da tampone cervicale e la diagnostica virale per epatiti e HIV. Previsto il pieno utilizzo e la massima produttività della tecnologia, uso di spazi comuni, risorse umane condivise. Riduzione dei costi.</p>	<p>1. Predisposizione del nuovo modello organizzativo per la gestione delle risorse di TSLB assegnate alla piattaforma tecnologica tra le SS.CC. (UCO) coinvolte. 2. Definizione delle regole di funzionamento, responsabilità operativa, sicurezza degli operatori tecnici.</p>	<p>RTD Maurizio Canaletti</p>	<p>Attuazione del modello organizzativo predisposto <i>Fonte:</i> relazione e documentazione prodotta.</p>

SC (UCO) Anatomia Patologica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Progetto regionale di Medicina di Laboratorio (HUB & SPOKE)	1 Creazione di sistema gestionale unico per l'Area Vasta Giuliano-Isontina di Anatomia Patologica (ApSYS) e studio di fattibilità per rendere visibili i referti nel G2 clinico/visualizzatore referti dell'Area Giuliano-Isontina 2. Organizzazione dei trasporti e del flusso di lavoro tra l'unità Spoke e quella HUB	1. Direttore, Coordinatore, Dirigenti medici in collaborazione con SC Ingegneria Informatica e Telecomunicazioni Insiel AAS2 2. Direttore, Coordinatore tecnico, Dirigenti medici, Personale del comparto In collaborazione con AAS2	1. Refertazione su APSys condiviso dei referti di Anatomia Patologica prodotti in Area vasta Giuliano Isontina e visibilità degli stessi su G2 clinico (almeno del 20% dei referti prodotti nell'anno 2019) di entrambe le Aziende. 2. Trasporti quotidiani con l'unità spoke (a partire da luglio 2019)
2. Adeguamento delle prestazioni di diagnostica predittiva (IHC e biologia molecolare) alle esigenze delle terapie oncologiche con farmaci ad alto costo	Messa a punto ed erogazione dei test richiesti dagli oncologi dell'Area Vasta Giuliano-Isontina come da direttive AIFA e/o PDTA specifici	Direttore, Coordinatore tecnico, Dirigenti medici, Personale	Monitoraggio delle prestazioni di diagnostica predittiva erogate nel 2019 e dei relativi tempi di refertazione con introduzione dei nuovi test validati come predittivi dall'AIFA. Risultato atteso: 75% entro 12 gg lavorativi.
3. Reti di patologia Miglioramento dei percorsi di presa in carico del paziente con carcinoma squamoso orofaringeo	Effettuazione del test IHC per PDL1 nei tumori squamosi dell'orofaringe	Dirigenti In collaborazione con SC. ONCOLOGIA SC (UCO) ORL	Documento di revisione della letteratura e delle linee guida per il trattamento con immunoterapia dei pazienti con espressione positiva della neoplasia per PDL-1
4. Studio epidemiologico HPV	Rilevazione HPV mediante esame citologico agoaspirato	Dirigenti e personale del comparto In comune con SC (UCO) ORL	Rilevazione HPV virus in almeno 50% delle metastasi laterocervicali
5. Monitoraggio dei pazienti con carcinoma polmonare	Determinazione mutazioni di EGFR su biopsia liquida in pazienti in trattamento per NSCC	Dirigenti e personale del comparto In collaborazione con SC Oncologia	1. 80% dei pazienti con diagnosi di NSCC del polmone vengono sottoposti a prelievo per biopsia liquida al tempo 0

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		SC Chirurgia toracica SC Pneumologia	(prima di essere proposti a trattamento) con test molecolare per valutazione stato mutazionale di cf/DNA; 2. Controlli periodici del plasma programmati in occasione delle visite oncologiche di follow-up e/o alla comparsa di possibili indizi clinico/strumentali di progressione di malattia con monitoraggio della risposta terapeutica e dell'eventuale individuazione di farmacoresistenza
6. Rinnovo certificazione EUSOMA	Predisposizione documenti e partecipazione alla visita EUSOMA 11-12 marzo 2019	Dirigenti In comune con strutture afferenti alla Breast Unit	Tempistica: giugno 2019 Rispetto degli indicatori previsti
7. Percorso breve nelle pazienti con lesioni dubbie e/o sospette dopo Mx di screening	Applicazione del protocollo elaborato nel 2017 e mantenimento di tale attività	Dirigenza In comune con SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproductivo Femminile (Osarf), SC Radiologia HM e HC, SSD Breast Unit	Target: > 70% delle pazienti richiamate dopo Mx di screening per indagine di secondo livello e sottoposte a triplo esame nella stessa giornata (eccezion fatta per VAB) Base dati: G2 e data breast
8. Coordinamento attività clinico e assistenziale per pazienti affetti da tumori cutanei epiteliali maligni	Predisposizione congiunta di PDTA sulle lesioni neoplastiche cutanee maligne, con definizione di percorsi, responsabilità e competenze	Direttore in comune con: SC Chirurgia Plastica SC Oncologia SC Clinica Dermatologica SC Clinica ORL	Documento PDTA redatto secondo le linee guida nazionali e/o europee formalmente sottoscritto e inizio attività coordinata
9. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni su riviste impattanti.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Rafforzamento del ruolo di Hub della SC Microbiologia e Virologia	Riorganizzazione dell'attività e dell'orario del Laboratorio di Microbiologia, come da indicazioni regionali	Direttore SC	Progetto di riorganizzazione dell'attività e ampliamento della copertura oraria (entro giugno). Nuovo orario di attività in funzione delle risorse di personale assegnate (dicembre)
2. Integrazione operativa area giuliano-isontina	Armonizzazione e standardizzazione di percorsi e procedure con le strutture di AAS2: definizione di protocolli condivisi per la sorveglianza dei germi MDR in pazienti a rischio (TI)	Dirigenti	Protocollo condiviso sulle colture di sorveglianza in Terapia Intensiva (Trieste- Gorizia - Monfalcone)
3. Antimicrobial stewardship: sorveglianza delle antibiotico resistenze in ospedale e territorio	Monitoraggio, elaborazione e diffusione di reportistica sulle antibiotico resistenze in ospedale e territorio	Dr.ssa Marina Busetti Dr.ssa Anna Knezevich	Report disponibile e presentato ai prescrittori
4. Miglioramento qualità fase preanalitica	1. Acquisizione e configurazione di un nuovo sistema automatizzato per esami colturali e ampliamento delle tipologie di campioni in semina automatizzata 2. Definizione dei nuovi protocolli di prelievo del campione e di semina 3 Audit con strutture richiedenti sulle corrette modalità di prelievo 4. Valutazione dell'idoneità dei campioni	Dirigenti e comparto	1. Aumento n. campioni con semina automatizzata (+50%) 2. Nuovi protocolli interni 3. Diffusione delle indicazioni ai reparti e verbali di audit 4. Reportistica su idoneità dei campioni

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
5. Riduzione dei tempi di risposta	Ampliamento dell'offerta e introduzione di nuovi sistemi di diagnostica rapida (MALDI TOF e diagnostica molecolare) per ridurre i tempi di risposta di : - identificazione batterica da emocoltura - diagnosi rapida di agenti etiologici di infezione respiratoria (influenza, RSV, altri)	Dirigenti e comparto	1. Riduzione dei tempi di refertazione degli agenti etiologici delle sepsi: % di identificazioni preliminari in emocolture positive (almeno 50% dall'introduzione del MALDI TOF) 2. Aumento n. test molecolari rapidi nelle infezioni respiratorie (+40%)
6. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni su riviste impattante.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Razionalizzazione delle richieste per indagini molecolari complesse (virus neurotropi, patogeni pneumotropi), finalizzate al miglioramento dell'appropriatezza delle stesse e al contenimento dei costi.</p>	<p>Elaborazione di un protocollo condiviso per la definizione dei percorsi degli esami urgenti e non e individuazione di profili diagnostici richiedibili da codificare e configurare nel sistema. Miglioramento dell'appropriatezza delle richieste con</p>	<p>Direttore S.C. In collaborazione con SC Microbiologia</p>	<p>1. Protocollo per la diagnosi sindromica degli agenti pneumotropi e neurotropi; profili diagnostici richiedibili per agenti neurotropi e pneumotropi. 2. Riduzione del numero degli esami per paziente rispetto al 2018.</p>
<p>2. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (3.1.15.) Sorveglianza virologica dell'Influenza - Miglioramento del trasferimento delle informazioni sulla circolazione dell'Influenza nel FVG agli operatori interessati .</p>	<p>Evidenza della circolazione dei virus influenzali da parte delle direzioni ospedaliere per prevenire la diffusione ospedaliera dell'infezione. Produzione di un report settimanale/bisettimanale nel periodo di sorveglianza della stagione epidemica 2019/20 (a partire dalla settimana 2019/42) con la distribuzione per settimana/anno e provenienza dei campioni analizzati nella sorveglianza virologica dell'Influenza e della caratterizzazione di quelli positivi. Il report verrà inviato ai medici sentinella, alle direzioni sanitarie degli ospedali della Regione e alla Direzione Regionale della Salute.Dalla 42° alla 52° settimana del 2019 (e oltre fino alla conclusione della stagione epidemica)</p>	<p>Personale dirigente Personale tecnico</p>	<p>1. Produzione di un report settimanale/bisettimanale nel periodo di sorveglianza della stagione epidemica 2019/20 2. Documentazione invio mail con report settimanale</p>
<p>3. Realizzazione di piattaforma analitica</p>	<p>1. Stesura dei protocolli operativi per la</p>	<p>Personale dirigente Personale tecnico</p>	<p>1. Riduzione degli attuali costi per</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>dipartimentale per la condivisione di tecnologie dedicate all'esecuzione dello screening regionale dell'HPV da tampone cervicale e la diagnostica molecolare per epatiti e HIV. Ottimizzazione dell'utilizzo e della produttività della tecnologia, uso di spazi comuni. Riduzione dei costi.</p>	<p>gestione della piattaforma condivisa. 2. Acquisizione, posizionamento in spazi dedicati della tecnologia, collaudo e attivazione della stessa.</p>		<p>diagnosi molecolare di epatite ed HIV (63 euro/test di almeno il 50%. 2. Impiego della tecnologia 5 gg su 7 con almeno mantenimento dell'attività. <i>Fonte: LIS, Controllo di gestione</i></p>
<p>4. Attività scientifica di ricerca</p>	<p>Produzione attività scientifica di ricerca</p>	<p>Tutta la Struttura</p>	<p>Almeno due pubblicazioni su riviste impattanti.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Gestione della fase pre-analitica e delle non conformità.	1. Produzione del check-list del prelievo venoso 2. Produzione di procedura delle non conformità per il Laboratorio Unico di ASUITs, Burlo, Gorizia e Monfalcone	Direttore SC del Laboratorio Unico	Diffusione della check-list a tutti centri prelievo ospedalieri e territoriali Entro il 31.12.2019
2. Flessibilità organizzativa, a fronte della carenza di personale. Interscambiabilità dei Dirigenti nei settori delle sedi hub e delle sedi spoke del Laboratorio Unico di Trieste, Burlo, Monfalcone e Gorizia.	1. Programma di stage formativi programmati tra il Personale Dirigente. 2. Permanenza del Dirigente in settore o sede diversa da quella assegnata.	Personale dirigente Laboratorio Unico di Trieste, Burlo, Monfalcone e Gorizia	Evidenza dei periodi di trasferimento del Dirigente in sede diversa di assegnazione: Operatività su più sedi di almeno il 30 % degli attuali 8 dirigenti in servizio attivo presso la sede del Laboratorio hub del Maggiore e di Cattinara e dei 3 dirigenti in servizio presso la sede spoke di Monfalcone e Gorizia. <i>Fonte:</i> sistema informatico della rilevazione presenza
3. Armonizzazione e standardizzazione della Qualità analitica in tutte le sedi del Laboratorio Unico	1. Stesura e attivazione in tutte le sedi dei protocolli di validazione dei dati analitici. 2. Condivisione dei programmi di Controllo di Qualità Interno (CQI) e Verifica Esterna di Qualità (VEQ) nelle cinque sedi del Laboratorio Unico. 3. Tracciatura e valutazione dei report prodotti.	Personale dirigente Personale comparto Laboratorio Unico di Trieste, Burlo, Monfalcone e Gorizia	Presenza di protocollo operativo del CQI e VEQ Adesione del 100% ai protocolli in tutte le sedi del Laboratorio Unico. <i>Fonte.</i> Produzione di report delle attività.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	4. Audit interni sui risultati, evidenza e risoluzione delle possibili criticità.		
4. Riduzione degli esami inviati fuori sede	1. Studi di fattibilità per l'esecuzione di nuovi test attualmente inviati in sedi extra-aziendali. 2. Attivazione di nuove metodiche. 3. Acquisizione dei sistemi diagnostici necessari.	Personale dirigente Personale comparto	Esecuzione presso il Laboratorio di ASUITs di esami inviati in altra sede. Attivazione di almeno 3 nuovi test Evidenza da LIS <i>Fonte:</i> LIS di Laboratorio
5. Ambulatorio piastrinopenie immuni. Realizzazione di un programma di diagnostica laboratoristica interdivisionale tra SC Ematologia e SC Patologia Clinica	Realizzare un ambulatorio dedicato per la diagnostica , trattamento e monitoraggio dei pazienti con piastrinopenia immune	Direttore SC Ematologia Direttore SC patologia Clinica	Numero pazienti valutati secondo nuovo programma: valutazione di almeno il 80% dei nuovi casi di piastrinopenia immune
6. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni su riviste impattanti.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Estensione all'area isontina dei protocolli operativi per la ricerca di etanolo e droghe d'abuso ai fini dell'applicazione delle disposizioni previste dagli art. 186 e 187 del Codice della Strada.	1. Predisposizione di un protocollo operativo da condividere con gli operatori del Pronto Soccorso degli Ospedali di Monfalcone e Gorizia 2. Proporre un pannello analitico per i campioni ematici come previsto dagli artt. 186 e 187 del Codice della Strada	Dott.ssa Malusà Noelia	Presentazione alla Direzione Sanitaria dell'AAS2 del nuovo protocollo operativo e del pannello analitico proposto <i>Fonte:</i> relazione
2. Ricerca delle droghe d'abuso nella matrice cheratinica	1. Condurre uno studio di fattibilità sull'introduzioni di metodiche di accertamento tossicologico su matrici biologiche diversificate (cheratinica e salivare) con evidenza dell'impatto sull'appropriatezza, sui costi e sull'impiego di risorse umane 2. Sperimentare la metodica di screening per la ricerca di droghe d'abuso in matrice cheratica sui soggetti selezionati dagli operatori del DDD	Dott.ssa Malusà Noelia In collaborazione col DDD (Dott.ssa Balestra Roberta)	1. Presentazione dell'ipotesi operativa alla Direzione Strategica <i>Fonte:</i> relazione Entro il 30/06/2019 2. Applicazione della nuova metodica di accertamento tossicologico nel 100% dei pazienti selezionati per la verifica dei protocolli terapeutici con matrice alternativa <i>Fonte:</i> registro strumentale Entro il 31/12/2019
3. Trasferimento tecnologico di processi e di personale per consolidare l'attività di Tossicologia Forense e Clinica in un'unica sede nell'appropriatezza della gestione delle risorse	1. Predisporre la logistica 2. Istruire il trasferimento della tecnologia 3. Riorganizzare i flussi e i processi analitici	Dott.ssa Malusà Noelia Dott.ssa Leone Sara Dott.ssa Sebastiani Barucca Giulia Dott.ssa Florean Francesca	Evidenza del trasferimento <i>Fonte:</i> relazione Entro il 31/12/2019

SC Medicina Trasfusionale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Maggiore integrazione tra ASUITS e AAS2. Standardizzare le procedure di produzione e di utilizzo di emocomponenti topici (Plasma Ricco di Piastrine, Plasma Ricco di Fibrina, Siero Collirio) in ASUITS e AAS 2 (Presidi di Gorizia e Monfalcone)	1. Incontri con colleghi dell’Odontoiatria, Ortopedia, Oculistica di ASUITS e AAS 2 (Gorizia e Monfalcone) sul tema degli emocomponenti topici 2. Redazione di documentazione condivisa tra i professionisti delle due Aziende	Direttore SC In collaborazione con AAS2	1. Pubblicazione di almeno 2 procedure condivise 2. Almeno 80unità di emocomponenti topici complessivi (siero collirio, plasma ricco di fibrina, plasma ricco di piastrine) prodotti e utilizzati nel 2019 in ASUITS e AAS. 2
2. Ampliamento e consolidamento dei programmi di Patient Blood Management (PBM)	1. Incontri con i dirigenti medici sul PBM 2. Condivisione protocollo per il PBM 3. Analisi dei dati di consumo emocomponenti ed emoderivati	Direttore e Dirigenti Medici DIMT In comune con i Direttori e i Dirigenti Medici della SC Anestesia e Rianimazione e della SC (UCO) Clinica Chirurgica. In collaborazione con i colleghi Anestesisti e Rianimatori di Gorizia e Monfalcone.	1. Pubblicazione e condivisione tra tutte le strutture, di un protocollo per il PBM in pazienti chirurgici entro il 31 dicembre 2019 2. Report semestrali sui consumi di emocomponenti ed emoderivati in SC (UCO) Clinica Chirurgia e presentazioni agli incontri del Comitato Ospedaliero per il Buon Uso del Sangue (COBUS)
3. Mantenimento del sistema di gestione della qualità integrato: accreditamento regionale Dlgs 2528/2011, Accreditation Canada, Plasma Master File CSL Behring, JACIE, EFI ed ISO	1. Predisporre le CAPAS (Corrective Actions Preventive Actions) che derivano dalle osservazioni fatte nel corso dell’ultimo Audit della CSL Behring del 22-23 gennaio 2019	Tutto il personale del DIMT: dirigenti medici, dirigenti biologi, infermieri, tecnici, personale di supporto	1. CAPAS inviate alla CSL Behring entro la data prevista 2. Inviare piano di miglioramento Accreditation Canada

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
9001:2015	2. Predisporre un piano di miglioramento in seguito ai rilievi di Accreditation Canada 3. Attuare il programma delle verifiche ispettive interne 4. Mantenimento dell'accreditamento EFI 5. Piano azioni correttive secondo quanto evidenziato nel corso della verifica ispettiva JACIE 6. Mantenimento del sistema gestione qualità con superamento della verifica di sorveglianza da parte dell'ente di certificazione Bureau Veritas programmata per dicembre 2019		3. N. verifiche ispettive interne effettivamente svolte/N. totale verifiche ispettive programmate: almeno 70 % 4. Inviare la domanda e la documentazione per il rinnovo dell'accreditamento EFI del laboratorio di Tipizzazione HLA 5. Inviare a JACIE le azioni correttive 6. Superamento visita di sorveglianza ISO 9001:2015 programmata per dicembre 2019 7. Mantenimento dell'Accreditamento Regionale Dlgs 2528/2011 per ASUITS e per quanto di competenza, AAS 2 e IRCCS Burlo Garofolo.
4. Predisposizione di un programma di verifica periodica delle competenze del personale medico, biologo, tecnico, infermieristico, in ottemperanza al DL 19/2018	1. Incontro con tutto il personale sul mantenimento delle competenze 2. Redazione di una procedura sulla verifica del mantenimento delle competenze (dirigenti e comparto) e attuazione del programma 3. Svolgimento dei retraining (qualora fossero ritenuti necessari)	Tutto il personale del DIMT: dirigenti medici, dirigenti biologi, infermieri, tecnici, personale di supporto	Schede di valutazione delle competenze compilate per tutto il personale e evidenza di eventuali programmi di retraining
5.	1.	Personale infermieristico	Procedura accettazione infermieristica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Istituzione di una pre-selezione infermieristica per l'accettazione del donatore di sangue ed emocomponenti	Formazione del personale infermieristico 2. Aggiornamento procedura operativa, in accordo con DIMT di Udine e Pordenone 3. Applicazione della procedura		aggiornata
6. Implementazione del monitoraggio delle temperature di trasporto delle provette associate agli emocomponenti tra le sedi Dipartimentali ed il CURPE, secondo quanto previsto dal DL 19/2018	1. Integrazione convalida trasporti con procedura 2. Modica procedura trasporto vs. CURPE 3. Formazione personale 4. Monitoraggio temperature trasporto provette vs. CURPE	Tecnici di laboratorio	1. Documento di convalida trasporto provette 2. Modifica procedura trasporti 3. Report trasporti (dal Riesame della Direzione)
7. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la struttura	Presentazione di almeno due lavori/abstract a Convegni Nazionali o Internazionali e/o pubblicazione di un articolo su rivista peer-review

DAI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Azione propedeutica alla fusione tra area triestina e area Isontina	Analisi risorse umane, risorse tecnologiche e volumi di attività presso le SC Radiologia di ASUITS e la SC Radiologia Gorizia- Monfalcone	Direttore DAI Diagnostica per Immagini RID DAI In comune con il Direttore di SC Radiologia diagnostica e interventistica e SC Radiologia In collaborazione con Area Isontina	Produzione di documento entro il 01.07.2019 con evidenza delle eventuali criticità

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Riorganizzazione attività radiologica alla luce della ristrutturazione dell'Ospedale di Cattinara	Redistribuzione di attività e personale tra le due S.C. di Radiologia di ASUITS per far fronte alla criticità	Direttore SC Radiologia In comune con il Direttore della S.C. Radiologia Diagnostica ed Interventistica	Mantenimento dell'attività complessiva delle due S.C. di Radiologia (con scostamento massimo del 5%) nel periodo dopo l'inizio della ristrutturazione con interessamento degli spazi della S.C. Radiologia Diagnostica e Interventistica OC rispetto all'analogo periodo del 2018 (base dati: G2 clinico)
2. Azione propedeutica alla fusione tra area triestina e area isontina	Analisi della modulistica in utilizzo presso le SC Radiologia di ASUITS e la SC Radiologia Gorizia- Monfalcone	Dirigenti SC Radiologia (n. 12) e Comparto SC Radiologia (n. 34) In comune con la S.C. Radiologia Diagnostica ed Interventistica In collaborazione con Area Isontina	Evidenza delle eventuali differenze e proposta di modelli omogenei
3. Azione propedeutica alla fusione tra area triestina e area isontina	Analisi delle procedure TC e RM in utilizzo presso le SC Radiologia di ASUITS e la SC Radiologia Gorizia- Monfalcone	Dirigenti SC Radiologia (n. 12) e Comparto SC Radiologia (n. 34) in comune con la S.C. Radiologia Diagnostica ed Interventistica In collaborazione con Area Isontina	Evidenza delle eventuali differenze nei protocolli d'esame TC e RM impiegati e proposta di protocolli omogenei
4. Azione propedeutica fusione tra area triestina e area isontina	Trasmissione di immagini Rx/ECO/TC/RM ai fini della valutazione tra professionisti di casi complessi con finalità anche didattica con particolare riferimento ai settori: senologico neurologico cardiovascolare interventistico	Dirigenti SC Radiologia (n. 12) e Comparto SC Radiologia (n. 34) In comune con la S.C. Radiologia Diagnostica ed Interventistica In collaborazione con S.C. Informatica e Telecomunicazioni In collaborazione con Area Isontina	1. Possibilità di trasmissione bidirezionale di immagini tra le S.C. Radiologia di ASUITS da un lato e la S.C. Radiologia Gorizia-Monfalcone dall'altro a far data dal 01.05.2019 2. Almeno 80% di casi particolarmente complessi discussi tra i professionisti delle SC Radiologie di Trieste e la SC Radiologia Gorizia-Monfalcone grazie

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
5. Incremento sinergia tra la S.C. Radiologia Diagnostica e Interventistica e la S.C. Radiologia OM per aumentare la qualità del servizio offerto dalla radiologia senologica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rotazione con finalità anche didattica delle senologhe tra le due S.C. Radiologia del DAI 2. Partecipazione delle senologhe delle 2 S.C. Radiologia agli incontri della Breast Unit 3. Partecipazione delle senologhe delle 2 S.C. Radiologia a incontri periodici di radiologia senologica con discussione di casi clinici complessi 4. Refertazione senologica secondo criteri BIRADS 	Dirigenti SC Radiologia (n. 12) In comune con la S.C. Radiologia Diagnostica ed Interventistica	alla trasmissione delle immagini nel periodo 01.05.2019-31.12.2019 <ol style="list-style-type: none"> 1. Almeno 16 turni complessivi espletati dal personale di una S.C. Radiologia presso l'altra S.C. Radiologia del DAI nel periodo 1.5.2019-31.12.2019 2. Almeno l'80%di incontri della Breast Unit seguiti da ciascuna senologa nel periodo 1.5.2019 – 31.12.2019 3. Almeno l'80%di incontri di radiologia senologica seguiti da ciascuna senologa nel periodo 1.5.2019-31.12.2019 4. Almeno l'80% di referti delle pazienti inviate ad approfondimento interventistico prodotti da ciascuna senologa secondo criteri BRADS nel periodo 1.5.2019-31.12.2019
6. Miglioramento di percorso assistenziale	Produzione di protocollo condiviso con i chirurghi e con il Pronto Soccorso per la gestione del paziente con occlusione intestinale alta	Dirigenti SC Radiologia (n. 12) e Comparto SC Radiologia (n. 34) In comune con la S.C. Radiologia Diagnostica ed Interventistica, con la S.C. Clinica Chirurgica e con la S.C. Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	<ol style="list-style-type: none"> 1. Produzione del protocollo entro l'1.10.2019 2. Avvio dell'utilizzo del protocollo entro il 30.10.2019
7. Miglioramento del percorso assistenziale nell'ambito del servizio di Radiologia Domiciliare	1. Realizzazione di un sistema di trasmissione WIRELESS-protetto dall'apparecchiatura Rx utilizzata nelle RSA e nelle strutture protette al PACS ASUITS	Dirigenti SC Radiologia (n. 12) e Comparto SC Radiologia (n. 34) In comune con la SC Radiologia Diagnostica ed Interventistica <i>In collaborazione con S.C. Informatica e</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attivazione del sistema di trasmissione WIRELESS-protetto entro l'1.5.2019 2. 3. Almeno il 90% dei casi inviati via

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	2. Trasmissione delle immagini acquisite nelle RSA e nelle strutture protette da parte del TSRM al medico radiologo in servizio presso una delle 2 S.C. Radiologia 3. Refertazione da parte del medico radiologo	Telecomunicazioni	WIRELESS refertati dal medico radiologo entro 90 minuti dalla ricezione delle immagini a far data dal 1.5.2019
8 Creazione di un protocollo condiviso multidisciplinare per le urgenze neurochirurgiche	1. Meetings 2. Revisione della letteratura 3. Stesura protocollo 4. Sperimentazione operativa protocollo 5. Audit di verifica ed eventuale modifica e/o integrazione	Dirigenti medici in comune con: ARTA Complesso Operatorio Cattinara Tipo NCH Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	1. Presentazione protocollo condiviso alla ds entro settembre 2019 2. Audit formale di verifica sulla sua applicazione ed adesione a quanto stabilito: eventuali modifiche e integrazioni
9. Creazione di un protocollo per la patologia neoplastica spinale	1. Meetings 2. Revisione della letteratura 3. Stesura protocollo 4. Sua applicazione	Dirigenti medici in comune con: SC Radioterapia SC Radiologia Diagnostica e Interventistica SC Oncologia SC Neurochirurgia	1. Presentazione protocollo condiviso alla DS entro settembre 2019 2. Audit formale di verifica sulla sua applicazione ed adesione a quanto stabilito: eventuali modifiche e integrazioni
10. Percorso breve nelle pazienti con lesioni dubbie e/o sospette dopo Mx di screening	Applicazione del protocollo elaborato nel 2017 e mantenimento di tale attivita'	Dirigenza In comune con SSD Breast Unit SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile (Osarf), SC	Target: > 70% delle pazienti richiamate dopo Mx di screening per indagine di secondo livello e sottoposte a triplo esame nella stessa giornata (eccezion fatta per VAB)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		Radiologia Diagnostica e Interventistica, SC Anatomia Patologica	Base dati: G2 e data breast
10. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

SC (UCO) Radiologia Diagnostica e Interventistica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Riorganizzazione attività radiologica alla luce della ristrutturazione dell'Ospedale di Cattinara	Redistribuzione di attività e personale tra le due S.C. di Radiologia di ASUITS per far fronte alla criticità	Direttore SC Radiologia Diagnostica e Interventistica in comune con il Direttore della SC Radiologia	Mantenimento dell'attività complessiva delle due S.C. di Radiologia (con scostamento massimo del 5%) nel periodo dopo l'inizio della ristrutturazione con interessamento degli spazi della S.C. Radiologia Diagnostica e Interventistica rispetto all'analogo periodo del 2018 (base dati: G2 clinico)
2. Azione propedeutica alla fusione tra area triestina e area isontina	Analisi della modulistica in utilizzo presso le SC Radiologia di ASUITS e la SC Radiologia Gorizia- Monfalcone	Dirigenti SC Radiologia Diagnostica e Interventistica (n. 23) e Comparto SC Radiologia Diagnostica e Interventistica (n. 71) In comune con la SC Radiologia In collaborazione con Area Isontina	Evidenza delle eventuali differenze e proposta di modelli omogenei
3. Azione propedeutica alla fusione tra area triestina e area isontina	Analisi delle procedure TC e RM in utilizzo presso le SC Radiologia di ASUITS e la SC Radiologia Gorizia-Monfalcone	Dirigenti SC Radiologia Diagnostica e Interventistica e Comparto SC Radiologia Diagnostica e Interventistica (n. 71) In comune con la SC Radiologia In collaborazione con Area Isontina	Evidenza delle eventuali differenze nei protocolli d'esame TC e RM impiegati e proposta di protocolli omogenei
4. Azione propedeutica fusione tra area triestina e area isontina	Trasmissione di immagini Rx/ECO/TC/RM ai fini della valutazione tra professionisti di casi complessi con finalità anche didattica con particolare riferimento ai settori: senologico neurologico cardiovascolare interventistico	Dirigenti SC Radiologia Diagnostica e Interventistica (n. 23) e SC Radiologia Diagnostica e Interventistica (n. 71) In comune con la SC Radiologia In collaborazione con S.C. Informatica e Telecomunicazioni In collaborazione con Area Isontina	Possibilità di trasmissione bidirezionale di immagini tra le S.C. Radiologia di ASUITS da un lato e la S.C. Radiologia Gorizia-Monfalcone dall'altro a far data dal 01.05.2019 N. di casi particolarmente complessi discussi tra i professionisti delle SC Radiologie di Trieste e la SC Radiologia Gorizia-Monfalcone grazie alla

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
5. Incremento sinergia tra la S.C. Radiologia Diagnostica e Interventistica e la S.C. Radiologia OM per aumentare la qualità del servizio offerto dalla radiologia senologica	1. Rotazione con finalità anche didattica delle senologhe tra le due S.C. Radiologia del DAI 2. Partecipazione delle senologhe delle 2 S.C. Radiologia agli incontri della Breast Unit 3. Partecipazione delle senologhe delle 2 S.C. Radiologia a incontri periodici di radiologia senologica con discussione di casi clinici complessi 4. Refertazione senologica secondo criteri BIRADS	Dirigenti SC Radiologia Diagnostica e Interventistica (n. 23) In comune con la SC Radiologia	trasmissione delle immagini nel periodo 01.05.2019-31.12.2019 (almeno 80% dei casi) 1. Ameno 16 turni complessivi espletati dal personale di una S.C. Radiologia presso l'altra S.C. Radiologia del DAI nel periodo 1.5.2019-31.12.2019 2. Almeno l'80% di incontri della Breast Unit seguiti da ciascuna senologa nel periodo 1.5.2019 – 31.12.2019 3. Almeno l'80% di incontri di radiologia senologica seguiti da ciascuna senologa nel periodo 1.5.2019-31.12.2019 4. Almeno l'80% di referti di pazienti inviate ad approfondimento interventistico prodotti da ciascuna senologa secondo criteri BIRADS nel periodo 1.5.2019-31.12.2019
6. Miglioramento del servizio offerto ai pazienti attraverso la realizzazione di percorsi dedicati	1. Analisi del flusso di pazienti con sclerosi multipla seguiti dall'ambulatorio SM della SC Clinica Neurologica sottoposti a RM presso la S.C. Radiologia Diagnostica ed Interventistica 2. Creazione di agenda RM dedicata per i pazienti affetti da sclerosi multipla in follow up seguiti dalla S.C. Clinica	Dirigenti SC Radiologia Diagnostica e Interventistica (n. 23) e Comparto SC Radiologia Diagnostica e Interventistica (n. 71) In comune con la SC Clinica Neurologica	Apertura agenda entro il 31.10.2019

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Neurologica		
7. Azione finalizzata all'ottimizzazione impiego PET-TAC	Rotazione di medici della S.C. Radiologia Diagnostica ed Interventistica presso la S.C. Medicina Nucleare ai fini di una valutazione integrata della casistica, soprattutto nei casi che richiedono la somministrazione di mdc	Dirigenti SC Radiologia Diagnostica e Interventistica In comune con la SC Medicina Nucleare	N. esami PET-TAC con mdc refertati congiuntamente da medico nucleare e radiologo (almeno il 90%)
8. Miglioramento di percorso assistenziale	Produzione di protocollo condiviso con i chirurghi e con il Pronto Soccorso per la gestione del paziente con occlusione intestinale alta	Dirigenti e Comparto SC Radiologia Diagnostica e Interventistica In comune con la SC Radiologia, con la S.C. Clinica Chirurgica e con la S.C. Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	1. Produzione del protocollo entro l'1.10.2019 2. Avvio dell'utilizzo del protocollo entro il 30.10.2019
9. Miglioramento del percorso assistenziale nell'ambito del servizio di Radiologia Domiciliare	1. Realizzazione di un sistema di trasmissione WIRELESS-protetto dall'apparecchiatura RX utilizzata nelle RSA e nelle strutture protette al PACS ASUITS 2. Trasmissione delle immagini acquisite nelle RSA e nelle strutture protette da parte del TSRM al medico radiologo in servizio presso una delle 2 S.C. Radiologia 3. Refertazione da parte del medico radiologo	Dirigenti SC Radiologia Diagnostica e Interventistica (n. 23) e Comparto SC Radiologia Diagnostica e Interventistica (n. 71) In comune con la SC Radiologia In collaborazione con S.C. Informatica e Telecomunicazioni	1. Attivazione del sistema di trasmissione WIRELESS-protetto entro l'1.5.2019 2. Almeno il 90% dei casi inviati via WIRELESS refertati dal medico radiologo entro 90 minuti dalla ricezione delle immagini a far data dal 1.5.2019
10 Creazione di un protocollo condiviso multidisciplinare per le urgenze neurochirurgiche	1. Meetings 2. Revisione della letteratura	Dirigenti medici in comune con: ARTA	1. Presentazione protocollo condiviso alla ds entro settembre 2019 2.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	3. Stesura protocollo 4. Sperimentazione operativa protocollo 5. Audit di verifica ed eventuale modifica e/o integrazione	Complesso Operatorio Cattinara Complesso Operatorio Maggiore Tipo Radiologia HC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Neurochirurgia SC (UCO) Radiologia Diagnostica e Interventistica	Audit formale di verifica sulla sua applicazione ed adesione a quanto stabilito: eventuali modifiche e integrazioni
11. Creazione di un protocollo per la patologia neoplastica spinale	1. Meetings 2. Revisione della letteratura 3. Stesura protocollo 4. Sua applicazione	Dirigenti medici in comune con: SC Radioterapia SC Radiologia SC Oncologia SC Neurochirurgia	1. Presentazione protocollo condiviso alla DS entro settembre 2019 2. Audit formale di verifica sulla sua applicazione ed adesione a quanto stabilito: eventuali modifiche e integrazioni
12. Percorso breve nelle pazienti con lesioni dubbie e/o sospette dopo Mx di screening	Applicazione del protocollo elaborato nel 2017 e mantenimento di tale attività	Dirigenza In comune con SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile (Osarf), SC Radiologia, SSD Breast Unit, SC Anatomia Patologica	Target: > 70% delle pazienti richiamate dopo Mx di screening per indagine di secondo livello e sottoposte a triplo esame nella stessa giornata (eccezion fatta per VAB) Base dati: G2 e data breast
13. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

SSD Radiologia Interventistica Endovascolare

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Attivazione di percorso condiviso per il trasferimento di pazienti provenienti dal distretto Isontino-Goriziano per l'esecuzione di procedure di radiologia interventistica urgenti	Riunione con le strutture coinvolte (Direzione Medica, PS, ARTA, Med. Urgenza, Chirurgia Generale, Clinica Urologica, Chirurgia Vascolare Cattinara)	Direttore SSD Radiologia Interventistica Endovascolare In collaborazione con Direzione Medica, PS, ARTA, Med. Urgenza, Chirurgia Generale, Clinica Urologica, Chirurgia Vascolare Cattinara	Produzione di documento finale di analisi e attivazione del percorso a partire da dicembre 2019
2. Procedure di trombectomia cerebrale per il trattamento dell'ictus ischemico acuto	Esecuzione di trombectomie cerebrali nei tempi corretti nell'ambito dell'attività diurna e in regime di reperibilità	Personale medico/comparto (IP e TSRM) della SSD di Radiologia Interventistica In comune con SC Clinica Neurologica	Garantire la trombectomia in tutti i casi eleggibili. 31.12.2018 database di Neurologia e radiologia database regionale inserite nel G2 chirurgico 2018 con verifica della casistica)
3. Formazione di 2 radiologi interventisti nelle procedure di crioablazione e termoablazione di lesioni tumorali per il mantenimento dei livelli di tale attività	Organizzare le sedute di termoablazione/crioablazione prevedendo la presenza di 2 radiologi interventisti	Personale medico/comparto (IP e TSRM) della SC di Radiologia	Almeno 8 procedure/operatori di "crioablazioni" e "termoablazioni" eseguite dai radiologi interventisti in formazione
4.. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Attivazione dell'attività diagnostica PET/TC per area Giuliano-Isontina	1. Definizione e organizzazione dei percorsi clinici-assistenziali : gestione fabbisogno radiofarmaci PET 2. Programmazione attività diagnostica basata sui criteri di appropriatezza prescrittiva per area Triestina e Isontina 3. Elaborazione e implementazione dei percorsi e protocolli diagnostici per pazienti interni/ambulatoriali	Direttore Struttura Complessa In collaborazione con AAS2	1. Rendicontazione del progetto organizzativo entro 30 Giugno 2019 2. Avvio Attività diagnostica PET/TC 3. Audit e verifica dell'appropriatezza prescrittiva con i medici Specialisti .
2. Attivazione dell'attività diagnostica PET/TC per area Giuliano-Isontina	1. Predisposizione di opuscolo informativo, modulistica preparazione esame e consenso informato per pazienti che si sottopongono a esame PET/TC 2. Revisione modulo di richiesta esame PET/TC per prescrittori da inserire nel sito internet e intranet aziendale.	Dirigenti Medici In collaborazione con AAS2	Publicazione documenti sito internet e intranet entro 30 maggio 2019
3. Azione finalizzata all'ottimizzazione impiego PET/TC	Rotazione di medici della SC Radiologia OC presso la SC Medicina Nucleare ai fini di una valutazione integrata della casistica, soprattutto nei casi che richiedono la somministrazione di MDC	Direttore e Dirigenti In comune con la SC Radiologia Diagnostica e Interventistica	N° esami PET-TAC con mdc refertati congiuntamente da medico nucleare e radiologo (almeno il 90%)
4. Miglioramento del percorso clinico-	Percorso preferenziale per pazienti con pneumopatia al fine di ridurre i	Dirigenti e Comparto	Avvio del percorso . >60% Scintigrafie polmonari

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
assistenziale e della finalità delle cure	tempi di inquadramento diagnostico : agenda informatizzata dedicata per prenotazione scintigrafia polmonare perfusione .	In collaborazione con S.C. Pneumologia	perfusionali prenotate al 31/12/2019.
5. Reti di patologia Miglioramento dei percorsi di presa in carico della paziente in trattamento per carcinoma mammario	1. Prevenzione e/o trattamento dell'osteoporosi indotta dalle terapie antitumorali 2. Realizzazione di PDTA per la presa in carico congiunta multidisciplinare di donne in trattamento per carcinoma mammario al fine di mettere in atto strategie di prevenzione e/o trattamento dell'osteoporosi indotta dalle terapie antitumorali	Dirigenti e Comparto In collaborazione con SC Medicina Interna SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile	1. Revisione della letteratura e delle principali linee guida nazionali e internazionali (entro 30 aprile 2019) e Produzione di un documento condiviso ed elaborazione di un percorso aziendale di presa in carico (entro giugno 2019) 2. Avvio del percorso >80% delle nuove pazienti affette da carcinoma mammario valutate per avvio al percorso se indicazione secondo protocollo (31:12. 2019) Dati desumibili da G2 Clinico e Registro Breast UNIT
6. Riorganizzazione a seguito del trasferimento ad altra Struttura del Biologo con conseguente presa in carico dell'attività di laboratorio da parte dei TSRM	1. Formazione 2. Revisione modulistica 3. Riunioni di condivisione di procedure e confronto con il personale coinvolto	Coordinatore e TSRM	1. 3 TSRM istruiti entro giugno 2019 e Avvio attività ed effettuazione di almeno 100 operazioni 2. Mantenimento dell'attività di laboratorio/ CQ con relazione finale
7. Azzerare i sanguinamenti post iniezione endovenosa nei pazienti con terapia anticoagulante con alto rischio emorragico.	1. Identificazione pazienti "sensibili" 2. Messa in atto di procedure infermieristiche specifiche nella	Infermieri	1. % pazienti che sanguinano inferiore al 10%

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	prevenzione di possibili contaminazioni della cute del paziente e dell'ambiente con il sangue radioattivo 3. Osservazione di 20 minuti		
8. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Studio di fattibilità per ottemperare agli obblighi normativi del Datore di Lavoro legati alla figura professionale del fisico anche presso i presidi ospedalieri di Gorizia e Monfalcone.</p>	<p>Il Datore di Lavoro ha l'obbligo di servirsi delle figure professionali presenti nella SC di Fisica Sanitaria, per i seguenti aspetti legati alla sicurezza:</p> <p><u>Sicurezza del lavoratore</u></p> <p>1. D.Lgs. 230/95 – Radioprotezione: sorveglianza fisica del lavoratore esposto alle radiazioni ionizzanti</p> <p>2. D.Lgs. 81/08 – Agenti Fisici: protezione dalle radiazioni non ionizzanti, laser, campi magnetici</p> <p>3. D.M. 2/8/91 – Risonanza Magnetica (RM): protezione dai campi magnetici, attività di esperto per la sicurezza in RM</p> <p><u>Sicurezza del paziente</u></p> <p>1. D.Lgs. 187/00 – Radioprotezione: radioprotezione del paziente sottoposto ad esami diagnostici in Radiologia</p>	<p>Direttore</p> <p>In collaborazione con Area Isontina</p>	<p>Studio di fattibilità che valuti le azioni e le risorse necessarie per ottemperare agli obblighi.</p> <p>Relazione dettagliata entro il 30 settembre, <i>(in maniera da avere tempo sufficiente per formalizzare l'eventuale avvio dell'attività con il 1° gennaio 2020)</i>.</p>
<p>2. Esecuzione dei controlli di qualità NEMA (National Electrical Manufacturers Association) in occasione della prova di accettazione della nuova PET-CT in acquisizione nel 2019</p>	<p>L'esecuzione dei test NEMA prevede:</p> <p>1. Formazione teorico-pratica con lo specialista di prodotto</p> <p>2. Preparazione degli oggetti test da riempire con soluzione radioattiva</p> <p>3. Acquisizione alla PET delle immagini</p>	<p>Dirigenti</p>	<p>1. Prodotto un report sul risultato dei test NEMA al termine della prova di accettazione</p> <p>2. Stilare nuove procedure.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	degli oggetti test 4. Elaborazione delle immagini 5. Analisi dei risultati 6. Archiviazione dei risultati come misura di riferimento per i successivi test.		
3. Estensione della gestione dei materiali radioattivi a tutti i tecnici del comparto.	La gestione completa dei materiali radioattivi in uso presso la SC di Medicina Nucleare e presso la SC di Radioterapia comporta i seguenti step: <ul style="list-style-type: none"> - gestione del kit - inserimento nel database - denuncia alle autorità - scarico dal deposito di stoccaggio 	Comparto e Coordinatore	1. Aggiornamento e condivisione delle istruzioni operative già esistenti. 2. Gestione da parte del personale tecnico dell'intero processo per un kit di materiale radioattivo.
4. Gestione delle pellicole radiocromiche impiegate per la dosimetria	La gestione delle pellicole autosviluppanti radiocromiche per dosimetria prevede i seguenti step: <ul style="list-style-type: none"> - acquisizione per la calibrazione (esposizione in parallelo con camera a ionizzazione di una decina di campioni a dosi via via crescenti) - esposizione a radiazioni ionizzanti dei film - lettura mediante scanner della pellicola 	Dirigenti e Comparto	1. Aggiornamento e condivisione delle istruzioni operative già esistenti. 2. Calibrazione, esposizione e lettura di un set di pellicole radiocromiche
5. Applicazione della radioterapia intraoperatoria (IORT) in un'unica seduta (21Gy) nelle pazienti sottoposte a chirurgia conservativa della mammella	Applicazione del protocollo elaborato nel corso del 2017	Dirigent In comune con SSD Breast Unit e SC Radioterapia	Realizzazione IORT esclusiva nei casi eligibili come da protocollo elaborato Base dati: G2 e Data Breast

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
6. Report attività didattica e di tutoraggio	Monitoraggio attività didattica frontale e di tutoraggio clinico	Direttore e coordinatore	Report annuale
7. Valutazione attività di ricerca	Monitoraggio attività di ricerca	Direttore e coordinatore	Report annuale con almeno due pubblicazioni

DIREZIONE SOCIO SANITARIA

Direzione dei Servizi Sociosanitari

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Supportare l'applicazione del regolamento "I progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati con budget individuali di salute" (DDG n.773 dd 6-12-2016)	Elaborazione del documento unico "Vademecum operativo per i Distretti" per l'attivazione, la gestione e le procedure di verifica e controllo dei PTRP con Budget Individuale di Salute	Dott.ssa Maria Antonietta Vanto	Entro il 31-12-2019 vi e'evidenza del Vademecum e della relativa trasmissione alla DSS e al Coordinamento dei Distretti
2. Disciplinare l'intero percorso dei tirocini/stage curricolari e formativi	Predisposizione del Regolamento per la gestione dei tirocini/stage curricolari e formativi	Dott.ssa Donatella Ferluga	Entro il 31-12-2019 vi e' evidenza del Regolamento per la gestione dei tirocini/stage curricolari e formativi
3. Realizzazione delle attività previste dal Progetto "Buone pratiche contro la pedofilia" ai sensi della L.R. 20/04 art 21	1. Partecipazione al Tavolo di Coordinamento del progetto "buone pratiche contro la pedofilia" per la definizione delle azioni in ambito formativo e informativo da svolgere nell'anno 2. Attività di formazione, informazione e sensibilizzazione mirata alla prevenzione dei fenomeni di violenza, bullismo e cyberbullismo rivolta a preadolescenti e adolescenti da realizzarsi in ambito scolastico ed extrascolastico	Dott.ssa Valentina Iurman	Entro il 31-12-2019 vi è evidenza della relazione sulle attività di formazione/informazione realizzate c/o le scuole aderenti all'azione progettuale.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
4. Coordinamento del servizio di "Mediazione culturale" in raccordo con il DEC del capitolato.	1. Monitoraggio mensile delle schede relative alle attività di MLC programmata/urgente e telefonica presso le strutture distrettuali e dipartimentali, in collaborazione con la DMO del Presidio dell'Ospedale Maggiore. 2. Monitoraggio e verifica dell'attività dei mediatori linguistici culturali attraverso riunioni periodiche. 3. Monitoraggio e verifica della spesa e rendicontazione alla Regione FVG dell'attività di MLC svolta e finanziata del progetto "Accogliamo tutti i cittadini del mondo: la mediazione culturale in sanità" in raccordo con la DMO del Presidio dell'Ospedale Maggiore	Dott.ssa Valentina Iurman	Entro il 31-12-2019 vi è evidenza della documentazione da inviare alla Regione con relazione sulle attività svolte, in cui si evidenziano le ore di MLC effettuate, le aree di intervento prevalenti, i paesi di provenienza prevalenti e la rendicontazione finanziaria del contributo regionale.
5. Potenziare l'offerta sanitaria e socio-sanitaria a livello territoriale	1. Predisposizione del progetto di riorganizzazione dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito distrettuale dell'ASUITS 2. Avvio della sperimentazione progettuale in un'area distrettuale dedicata	Personale della DSS in collaborazione con il DAT, i Distretti, la Direzione Infermieristica Ostetrica Aziendale	1. Entro il 31-10-2019 vi è evidenza del progetto di riorganizzazione dell'offerta socio-sanitaria nell'ambito distrettuale dell'ASUITS 2. Entro il 31-12-2019 vi è evidenza dell'avvio della sperimentazione in un'area distrettuale dedicata
6. Promuovere il miglioramento della continuità assistenziale ospedaliera	Predisposizione del progetto di una struttura intermedia in ASUITS in base al modello "Nursing Home Facilities"	Dott.ssa Giuliana Pitacco	Entro il 31-12-2019 vi è evidenza del progetto di una struttura intermedia in base al modello "Nursing Home"

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
territoriale attraverso il potenziamento dell'offerta delle cure intermedie			Facilities"
7. Implementare l'offerta residenziale e semiresidenziale della presa in carico integrata dei minori	1. Individuazione della sede per una comunita' terapeutica riabilitativa residenziale e semiresidenziale per la presa in carico dei minori 2. Predisposizione del progetto per la realizzazione di una comunita' terapeutica riabilitativa residenziale e semiresidenziale per la presa in carico dei minori	Personale DSS in collaborazione con il DAT e i Distretti	Entro il 31-12-2019 vi e' evidenza della sede e del progetto per la realizzazione di una comunita' terapeutica riabilitativa residenziale e semiresidenziale per la presa in carico dei minori
8. Proseguire la sperimentazione denominata Prisma 7 finalizzata all'emersione della popolazione anziana fragile	Estensione dell'applicazione del progetto Prisma 7 a tutti i distretti dell'ASUITS	Dott.ssa Giuliana Pitacco in collaborazione con SSD Servizi infermieristici Distrettuali	Entro il 31-12-2019 vi e' evidenza dell'applicazione del progetto Prisma 7 a tutti i distretti dell'ASUITS
9. Incremento dei pl convenzionabili previsti per le strutture residenziali per anziani non autosufficienti come previsto dalla DGR 1828 del 5 -10-2018	1. Istituzione della Commissione 2. Valutazione delle domande pervenute e convocazione della commissione 3. Attribuzione dei pl aggiuntivi secondo i criteri previsti	DSS in collaborazione con SSD Crocenzi	Entro il 31-12-2019 vi e'evidenza del decreto di istituzione della commissione e del decreto di approvazione dell'attribuzione dei pl aggiuntivi
10. Gestione del processo di farmacoterapia nelle strutture residenziali, semiresidenziali e nei centri diurni per disabili	Predisposizione di un protocollo per la gestione del processo di somministrazione della terapia farmacologica nelle strutture residenziali, semiresidenziali e nei	DSS, Distretti, DAT, dott.ssa Louise Marin	Entro il 31-12-2019 vi e'evidenza del decreto di approvazione del protocollo per la gestione del processo di somministrazione della terapia farmacologica nelle strutture

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	centri diurni per disabili		residenziali, semiresidenziali e nei centri diurni per disabili
11. Implementazione del percorso di valutazione della qualità assistenziale delle strutture residenziali	Attivare audit trimestrali su specifici indicatori di qualità assistenziale (LdP, cadute, dolore, etc) in una struttura residenziale dell'ASUITs	Dat, Distretti, Dott.ssa Fabiola Caputo in collaborazione con i referenti delle strutture residenziali dei Distretti	11. Entro il 31-12-2019 vi e'evidenza dei report trimestrali
12. Coinvolgere le Associazioni dei cittadini convenzionate con ASUITs nel progetto di ricerca Ci sono anch'io! Misurare il coinvolgimento dei Care Giver delle persone affette da patologia cronica e fragili	Predisporre il protocollo di ricerca e chiedere l'autorizzazione al Comitato etico unico regionale (CEUR) Presentare l'iniziativa alle Associazioni e raccogliere i dati relativi ai Care Giver	dott.ssa Giuliana Pitacco e Dott.ssa Louise Marin	12. Entro 31 maggio 2019, il protocollo di ricerca è inoltrato al CEUR Entro 1 mese dall'approvazione del CEUR, il progetto è presentato alle Associazioni Entro 31-12-2019 vi e' evidenza di un report dei risultati dell'indagine
13. Accreditamento aziendale all'Albo degli enti di servizio universale	Assicurare gli adempimenti inerenti l'accREDITamento aziendale all'Albo degli enti di servizio universale e le funzioni di coordinamento dell' "Unità aziendale di gestione del servizio civile universale", in esecuzione del Decreto n. 972 dd5.12.2018	dott.ssa Sari Massiotta	13. Entro il 31-12-2019 vi e' evidenza di un report delle attività svolte e dei relativi esiti
14 Avvio del sistema aziendale di programmazione e progettazione di Servizio Civile Universale, in attuazione del D.Lgs.6 marzo 2017, n. 40	1. Provvedere al monitoraggio ed alla tempestiva analisi delle disposizioni relative alle caratteristiche e modalità di redazione, presentazione e valutazione dei progetti/programmi di intervento di Servizio civile universale 2. Garantire la massima diffusione e condivisione delle nuove modalità/opportunità con le figure aziendali coinvolte nella progettazione	dott.ssa Sari Massiotta	1. Invio materiali e relativo incontro di presentazione entro 30/10 2. Nuovi progetti elaborati entro 31/12/2019 (ovvero sulla base delle tempistiche dell'Avviso agli Enti per la presentazione progetti che verrà emanato dal Dipartimento della Gioventù e del Servizio Civile Nazionale nel corso del 2019)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>e realizzazione degli interventi (OLP e referenti SO Distretti – DDD – DSM e DAO)</p> <p>3. Assicurare il coordinamento della redazione delle nuove proposte progettuali aziendali in attuazione delle linee di programmazione e progettazione del Dipartimento della Gioventù e del Servizio Civile</p>		

DIREZIONE AMMINISTRATIVA

DIPARTIMENTO TECNICO

SC Informatica e Telecomunicazioni

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Nuovo sistema VPN	Acquisto e messa in servizio nuovo concentratore VPN previo acquisto e messa in servizio linea internet dedicata	Tutto il personale SCIT	Nuova VPN in uso entro il31.12
2. Riordino distributore di centro stella campus San Giovanni	Installazione e messa in servizio di nuovi armadi rack, del nuovo core, della nuova connettività WAN ed attivazione delle nuove fibre ottiche LAN, con monitoraggio ed alta affidabilità	Tutto il personale SCIT	Nuovo core funzionante in alta affidabilità entro 31.12
3. Avviamento screening regionale HPV	Messa in rete analizzatori; valutazione con insiel interfacciamenti analizzatori e software ed evoluzione sistema Apsys; predisposizione strumenti IT centri prelievo; analisi necessità sistemi centrali; formazione; supporto all'avvio	Tutto il personale SCIT	Sistemi IT come da azione a supporto dello Screening regionale HPV routinariamente in uso al 31.12
4. Schedoni	A seguito della pubblicazione del nuovo catalogo prestazioni, analisi di tutti gli schedoni prestazioni esistenti al fine di verificarne la correttezza ed implementazione di un sistema di controllo periodico per mantenerli	Tutto il personale SCIT	Schedoni corretti e controlli effettuati con cadenza mensile

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	allineati.		
5. Configurazione distretto	Analisi dei percorsi e configurazione dei sistemi informatici di area clinica per supportare la registrazione attività/refertazione presso le strutture Tutela Salute adulti e anziani e Tutale Salute bambini adolescenti donne e famiglia del Distretto 2.	Tutto il personale SCIT	Sistemi IT come da azione routinariamente in uso al 31.12
6. Trasmissione di immagini da adeguati apparecchi portatili utilizzati al di fuori di ASUITS al sistema PACS aziendale	Acquisto e messa in servizio di quanto necessario per la ricezione di immagini prodotte da adeguati apparecchi RX portatili ed inviate dagli stessi quanto utilizzati al di fuori di ambienti ASUITS	Tutto il personale SCIT	Sistemi IT come da azione routinariamente in uso al 31.12
7. Cure Palliative	Avvio utilizzo sistemi informatici clinici nella SSD Gestione rete cure palliative (analisi, configurazione, formazione)	Tutto il personale SCIT	Sistemi IT come da azione routinariamente in uso al 31.12
8. ASUGI	Redazione di un documento di analisi di quanto necessario / opportuno per l'unificazione con l'isontino	Tutto il personale SCIT	Documento di analisi consegnato alla direzione strategica entro il 30.09

SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Riorganizzazione aziendale	Verifica e aggiornamento destinazione d'uso degli spazi aziendali in relazione all'appalto pulizie, per almeno il 70% delle Strutture territoriali e dell'Ospedale Maggiore oggetto di trasferimento nel corso del 2019	Il personale della SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi Funzioni: Economato/Gestione Servizi Generali Dirigenza e Comparto	Analisi delle Strutture oggetto dell'azione, entro il 30/6/2019 Aggiornamento dei dati per il 70% delle Strutture territoriali e il 70% delle Strutture trasferitesi presso l'Ospedale Maggiore nel 2019, entro il 31/12/2019
2. Riorganizzazione aziendale Razionalizzazione degli spazi a servizio della logistica aziendale	Valutazione degli spazi necessari per la gestione dei beni da dismettere e dei beni messi a disposizione da riutilizzare	Il personale della SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi Funzioni: Economato/Gestione Servizi Generali – Magazzino Scorte Varie Dirigenza e Comparto	Quantificazione degli spazi necessari e individuazione delle possibile alternative, entro il 30/6/2019. Completamento dell'analisi e individuazione di un unico punto dedicato aziendale, entro il 31/12/2019
3. Riorganizzazione aziendale	In relazione alle attività di ristrutturazione dei presidi ospedalieri, in particolare nel 2019 presso l'Ospedale Maggiore, i Servizi Economali interni collaborano attivamente, in relazione all'andamento dei cantieri, con la Direzione Medica di Presidio e l'Ufficio Tecnico, al fine di agevolare le attività istituzionali delle Strutture aziendali e l'accesso ai servizi da parte dell'utenza; in particolare viene assicurato supporto in relazione alla ridefinizione dei percorsi, alle ricollocazioni delle Strutture e Servizi aziendali, all'aggiornamento dei propri flussi operativi	Il personale della SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi Funzioni: Servizi Economali interni Dirigenza e Comparto	Produzione di una Relazione che attesti le attività svolte con riferimento agli interventi di riqualificazione e conseguenti riassetti logistici in Azienda, entro il 31/12/2019
4.	In relazione alle progettualità regionali,	Il personale della SC	Verifica dell'aggiornamento, attestata

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Monitoraggio adempimenti regionali/ministeriali	ai fini dei flussi ministeriali, la proposta adempimenti LEA 2019 cita l'obbligo di inserimento di RDM per non meno del 85%: ci si propone di realizzare l'aggiornamento RDM in ASCOT per una quota maggiore, individuata nel 92% delle voci riferite alle CND B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2. Dispositivi medici impiantabili attivi	Approvvigionamenti e Gestione Servizi Dirigenza e Comparto	dal Direttore di SC, per almeno il 92% delle voci, riferite a alle CND B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2. Dispositivi medici impiantabili attivi, entro il 30/09/2019
5. Razionalizzazione attività	Adattamento della procedura di gara cartacea alle nuove prescrizioni per le stazioni appaltanti, di cui all'art. 40 D.lgs. 50/2016 ss.mm.ii.: analisi della normativa sopravvenuta e delle indicazioni e linee guida in materia. Conseguente aggiornamento delle procedure aziendali in materia, con gli opportuni e motivati adeguamenti alla peculiare realtà aziendale; definizione di procedura per le gare con il metodo dell'offerta economicamente più vantaggiosa da svolgersi su Piattaforma Telematica.	Il personale della SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi Dirigenza e Comparto	Analisi della normativa e linee guida, con riferimento alla peculiare realtà aziendale, entro il 30/6 Aggiornamento delle procedure interne ai sensi dell'art. 40 D.lgs. 50/2016 ss.mm.ii., da espletare entro il 31/12/2019.
6. Riorganizzazione aziendale Razionalizzazione attività Dispositivi medici	Istituzione della Commissione Dispositivi Medici di ASUITs e regolamentazione del processo di valutazione dei dispositivi medici La SCAGS collabora con la Direzione Medica di Presidio per la realizzazione dell'obiettivo	Il personale della SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi - Dirigenza e Comparto, in collaborazione con Direzione Medica di Presidio - Personale di comparto; Resp.le SS Controllo servizi in outsourcing – dirigente medico.	Al 31/12/2019: - avvenuta presentazione del Decreto di istituzione della Commissione - presenza del regolamento di funzionamento della Commissione
7. Razionalizzazione attività	Monitoraggio attività e rivalutazione dei carichi di lavoro	Il personale della SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi	Evidenza trimestrale dei monitoraggi al 31/3, 30/6, 30/9

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Monitoraggio delle attività mediante rilevazione trimestrale di numero procedure, pratiche, linee ordini, numerosità atti , per rivalutazione periodica dei carichi di lavoro.	Dirigenza	Consequente rivalutazione dei carichi di lavoro, attestata dal Direttore di SC con una relazione entro il 31/12/2019
8. Riorganizzazione aziendale	Attività di supporto al progetto regionale NOEMIX. Partecipazione e collaborazione al gruppo di lavoro che supporta il progetto regionale	Il personale della SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi Comparto: Marsi, Vicinanza, Soave, Meriggioli, Guido Dirigenza: Direttore, Dirigenti	Evidenza (al 30/6 e al 31/12) della trasmissione al Coordinatore aziendale del gruppo di lavoro dei dati organici richiesti e della documentazione al fine di corrispondere alle richieste e alle scadenze della Regione
9. Attuazione della LR 27/2018	Aggiornamento Regolamenti aziendali: redazione o aggiornamento, tenuto conto del contesto emergente da AAS2, di almeno due Regolamenti aziendali nelle materie di competenza	Il personale della SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi: Direttore della SC, d'intesa con le altre SSCC coinvolte	Analisi entro il 30/6/2019 Predisposizione dei testi regolamentari e trasmissione alla Direzione Strategica entro il 31/12/2019

SC Manutenzione e Sviluppo Patrimonio

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Riorganizzazione della SC: nuove modalità di gestione tecnica	Produzione di una relazione che identifichi le nuove modalità di gestione tecnica alla luce dei 2 grandi contratti (riqualificazione di Cattinara e concessione dei servizi) con proposta di riorganizzazione	Pavan	Relazione sulla riorganizzazione della struttura entro il 30.06.2019 con definizione del nuovo assetto delle SS e degli incarichi dirigenziali
2. Riorganizzazione della SC: adempimenti amministrativi della SC e definizione dei collaboratori responsabili	Determinazione di un quadro sinottico di adempimenti amministrativi della SC e definizione dei collaboratori responsabili	Personale Amministrativo Comparto e dirigenza	Trasmissione di una proposta di suddivisione delle attività e identificazione delle specifiche responsabilità entro il 30.09.2019
3. Riorganizzazione della SC: coordinamento nelle manutenzioni delle sedi territoriali	Riorganizzazione del personale tecnico per ottimizzare la funzione di coordinamento nelle manutenzioni delle sedi territoriali	Personale Tecnico Comparto e dirigenza	Trasmissione di un documento di sintesi con ridefinizione degli incarichi tecnici e redazione di modelli/schede a supporto per il monitoraggio dei lavori e delle manutenzioni entro il 30.06.2019
4. Riorganizzazione della SC: coordinamento nelle manutenzioni delle sedi ospedaliere	Riorganizzazione del personale tecnico per ottimizzare la funzione di coordinamento nelle manutenzioni delle sedi ospedaliere	Personale Tecnico Comparto e dirigenza	Trasmissione di un documento di sintesi con ridefinizione degli incarichi tecnici e redazione di modelli/schede a supporto per il monitoraggio dei lavori e delle manutenzioni entro il 30.06.2019
5. Riorganizzazione del patrimonio ASUITS	Produzione di una relazione che identifichi tutti gli edifici di proprietà e in uso all'ASUITS in modo da consentire opportune valutazioni da parte del Direttore della SC	Bortolotti – Luciani – Puzzi	Bozza di relazione trasmessa alla Direttore di SC entro il 30.06.2018
6. Riorganizzazione del patrimonio	Documento a supporto della Direzione strategica per valutare il patrimonio da	Personale tecnico	Trasmissione dello stato di consistenza degli immobili, attraverso una tabella

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
ASUITS	mettere in disponibilità e quello da riqualificare con priorità		sinottica, e stima dell'importo di riqualificazione entro il 31.12.2019
7. Riorganizzazione delle procedure e dei regolamenti	Valutazione delle procedure e dei regolamenti ASUITS rispetto alle procedure e dei regolamenti attualmente adottati in AAS2 al fine di proporre documenti facilmente condivisibili	Tutto il personale	Trasmissione di un documento di sintesi con comparazione di procedure e regolamenti, con allegate proposte di aggiornamento
8. Nuove responsabilità	Supporto al progetto regionale Noemix nell'ambito delle funzioni Mobility Manager. Coordinamento del gruppo di lavoro che supporta il progetto regionale.	Francesca Dragani	Evidenza della trasmissione di dati organici e documenti come da richieste della Regione entro le scadenze
9. Riorganizzazione della SC	Riorganizzazione del personale del servizio ambiente anche in attuazione del sistema di gestione ambientale di prossima adozione	Personale servizio ambiente	Trasmissione di una relazione con quadro sinottico di attività e responsabilità per ciascun operatore del servizio in applicazione del sistema di gestione entro il 31.12.2019
10. Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-21	Valutazione dei rischi dei procedimenti/procedure mappati dal DDD	Direttore della SC - Ufficio Prevenzione Corruzione e Trasparenza	Valutazione dei rischi effettuata e registro implementato entro 31/12/2019

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Fusione area triestina ed isontina - gestione omogenea del parco biomedicale	Attività propedeutica per la fusione relativamente alla gestione del parco biomedicale : incontri finalizzati, presa d'atto e constatazione situazione ASS2, confronto procedure e modalità operative nei due ambiti	Direttore	Redazione proposta operativa entro l'anno
2. Installazione del tomografo a emissione di positroni PET presso la Medicina Nucleare dell'Ospedale di Cattinara	Supporto tecnico alla ditta fornitrice per l'installazione delle apparecchiature; direzione lavori, verifica funzionale, acquisizione attrezzature accessorie, collaudo, inventariazione dell'impianto; supporto all'inizio dell'attività clinica	Dirigenza	Tomografo PET collaudato e funzionante entro l'anno
3. Installazione e messa in funzione nuovo sistema mappaggio 3D presso sala emodinamica della cardiologia	Installazione nuovo sistema mappaggio 3D, interconnessione con poligrafi già in dotazione e cardioangiografo discovery, collaudo e messa in funzione	Dirigenza	Sistema collaudato e funzionante entro giugno 2019
4. Presa in carico della manutenzione di attrezzature tecnico - economali (cappe, frigo emoteche, sterilizzatrici...) dal Global Tecnico della SCMSP	Rilevazione, registrazione ed etichettatura delle attrezzature da prendere in carico; organizzazione della manutenzione	Dirigenza e comparto	Disponibilità elenchi, etichettatura attrezzature ed organizzazione della manutenzione entro l'anno
5. Miglioramento gestione ordini e verifica fatture per apparecchiature in service	Creazione data base contenente le informazioni necessarie per la gestione degli ordini e fatture relativi alle apparecchiature in service; definizione procedura di inserimento e gestione di tali informazioni	Comparto	Redazione procedura , creazione e implementazione data base informativo entro l'anno

SC Economico Finanziario

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Avvio fatturazione elettronica attiva verso privati</p>	<p>1. Censimento dei soggetti “condomini” nell’anagrafica contabile 2. Abbinamento dei condomini agli amministratori 3. Implementazione con i dati necessari alla fatturazione elettronica (pec/codice fatturazione elettronica)</p>	<p>Ufficio entrate</p>	<p>1,2. Predisposizione elenco amministratori/condomini entro 31/12/20019 3. Implementazione con tutti i recapiti per fatturazione elettronica ricevuti</p>
<p>2. Gestione incassi delle sanzioni prescritte dal Dipartimento di Prevenzione tramite la modalità “PAGOPA”</p>	<p>1. Avviare uno studio di fattibilità congiunta con il Dipartimento di Prevenzione relativamente alle tipologie di sanzioni il cui incasso potrebbe avvenire tramite il canale “PAGOPA” 2. Organizzazione di incontro SCEF/DIP propedeutico alla produzione di un documento di valutazione sullo studio di fattibilità. Analisi dei benefici per SCEF e DIP 3. Analisi relativa alla possibilità di creare un canale dedicato nel sistema</p>	<p>Ufficio entrate In collaborazione con DIP</p>	<p>Produzione documento di valutazione sullo studio di fattibilità. entro il 31/12/20019</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	PAGOPA con rendicontazione automatica a disposizione del DIP		
3. Scadenario adempimenti fiscali e tributari di competenza della S.C.E.F.	1. Creazione file “scadenario” compilato con le scadenze già note e indicazione dei tempi tecnici di anticipo richiesti 2. Aggiornamento mensile con adempimenti e scadenze sopraggiunte 3. Costante e tempestivo inserimento dei riferimenti comprovanti il rispetto delle scadenze (n. mandato di pagamento, n. protocollo, ecc.)	Ufficio uscite	Creazione e condivisione dello scadenario degli adempimenti fiscali e tributari di competenza Monitoraggio costante delle scadenze fiscali e tributarie di competenza. Evidenza di tutti riferimenti comprovanti il rispetto delle scadenze al 31/12/2019
4. Gestione giornale di cassa – sezione Uscite Intercettare tempestivamente eventuali criticità	1. Caricamento tempestivo in contabilità del giornale di tesoreria – sezione uscite, messo a disposizione dal tesoriere 2. Verifica mensile quadratura contabilità e saldo uscite del giornale di tesoreria al fine di intercettare operazioni di tesoreria non andate a buon fine (mandati di pagamento non recepiti/gestiti dal tesoriere) 3. Gestione delle criticità emerse dall’eventuale mancata quadratura	Ufficio uscite	Report trimestrale confronto contabilità (evento PAGA) con mandati emessi. Tre report trimestrali riferiti al II, III e IV trimestre, prodotti entro la fine del mese successivo alla chiusura del trimestre.
5. Gestione fatture estere alla luce del nuovo adempimento “Esterometro”	1. Analisi normativa alla luce del nuovo adempimento “Esterometro” 2.	Tutto il personale della S.C. Economico Finanziaria	Impiego dello schema riassuntivo delle tipologie di fatture estere (Esterometro, Intrastat, Comunicazione Iva e Dichiarazione Iva)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Analisi casistica delle operazioni attive e passive con estero 3. Definizione contenuti e scadenze di: Esterometro, Intrastat, Comunicazione Iva e Dichiarazione Iva 4. Stesura schema riassuntivo delle modalità di protocollazione		Evidenza del corretto invio degli adempimenti collegati a partire dal 30/09/2019
6. “Regolamento aziendale degli agenti contabili e della resa del conto giudiziale” – predisposizione proposta regolamento unico ASUGI	1. Analisi dei regolamenti esistenti in AAS2 e ASUITS 2. Evidenza delle differenze riscontrate e di eventuali carenze/necessità di integrazione/modifica dei regolamenti attuali 3. Predisposizione della proposta di regolamento unico per ASUGI	Direttore f.f. della S.C Economico Finanziaria in collaborazione con referente AAS2	1. Invio delle evidenze delle differenze riscontrate e di eventuali carenze/necessità di integrazione/modifica dei regolamenti attuali alla Direzione Amministrativa entro il 30/09/2019 2. Invio alla Direzione Amministrativa della proposta di regolamento unico per ASUGI entro il 31/12/2019.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Riordino istituzionale Introduzione di misure connesse alla prevenzione della corruzione e alla valutazione e al trattamento del rischio di corruzione a seguito della mappatura dei processi e procedimenti effettuata con il RPCT</p>	<p>Linee guida sudimissioni e preavviso; definizione di criteri aziendali per l'applicazione al fine di evitare discrezionalità nell'applicazione</p>	<p>Pelos (P.O.); Scrigni; Crnigoj Contento</p>	<p>1. Verifica della prassi in atto in AAS entro il 30/5/2019; 2. Presentazione di bozza Linee Guida / Circolare, con e mail al Responsabile SS e al Direttore della SC Gestione del Personale, entro il 30/9/2018</p>
<p>2. Collaborazione/sinergia con l'Area Isontina</p>	<p>1. Confronto dei regolamenti esistenti in tema di valutazioni annuali del personale della dirigenza 2. Predisposizione di una proposta di regolamento per il personale dirigente di ASUGI</p>	<p>Responsabile SS trattamento giuridico ASUITS; Referente per la procedura AAS2; Responsabile SC Coordinamento ASUGI In collaborazione con l'Area Isontina</p>	<p>1. Effettuazione della ricognizione dei documenti esistenti nelle due aziende e produzione di un report derivante dal loro confronto entro il 30/6; 2. Predisposizione di una proposta di regolamento per il personale dirigente (medico, sanitario, professionale tecnico ed amministrativo) di ASUGI; da inviare entro il 30/10 alla Direzione Strategica</p>
<p>3. Collaborazione/sinergia con l'Area Isontina</p>	<p>1. Confronto dei regolamenti esistenti in tema di valutazioni annuali del personale della COMPARTO 2. Predisposizione di una proposta di regolamento per il personale del comparto di ASUGI.</p>	<p>Responsabile SS trattamento giuridico ASUITS; Referente per la procedura AAS2; Responsabile SC Coordinamento ASUGI In collaborazione con l'Area Isontina</p>	<p>1. Effettuazione della ricognizione dei documenti esistenti nelle due aziende e produzione di un report derivante dal loro confronto entro il 30/6; 2. Predisposizione di una proposta di regolamento per il personale del comparto di ASUGI; da inviare entro il 30/10 alla Direzione Strategica</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
4. Collaborazione/sinergia con l'Area Isontina	Confronto e unificazione regolamenti sugli incarichi extraistituzionali (ex art. 53 D.Lvo 165/2001)	Responsabile SS trattamento giuridico ASUITS; Referente per la procedura AAS2; Responsabile SC Coordinamento ASUGI In collaborazione con l'Area Isontina	1. Effettuazione della ricognizione dei documenti esistenti nelle due aziende e produzione di un report derivante dal loro confronto entro il 30/6; 2. Predisposizione di una proposta di regolamento unico di ASUGI che consideri le misure anticorruzione; da inviare entro il 30/10 alla Direzione Strategica
5. Riordino istituzionale	Creazione Database unico scadenze aspettative e comandi	Schiavuzzi Mancuso Scrigni Crnigoj Contento	Creazione in excel sul server di un database aspettative con scadenze finalizzato alla comunicazione alle parti per orientamento sull'eventuale prosecuzione o rientro1 mese prima della scadenza; entro il 30/4/2019 (nota al Direttore SC avvenuta creazione)
6. Riordino istituzionale	Evidenza della fruizione dei congedi per studio	Schiavuzzi Mancuso	Primo report sulla fruizione 30/6; Report finale da produrre entro 31/12/2019 con analisi dell'effettivo utilizzo dei permessi studio nell'anno 2019.
7. Gestione giuridica del personale	Creazione Database periodo di prova	Biancotto Puissa	Per gli assunti a tempo indeterminato da 1.1.2019, creazione di un Db unico per i periodi di prova sul server avviso della prassi di invio lettere / a metà del 2° metà del periodo di prova ai Direttori SC per valutazione, anche positiva da inserire in fascicolo. Entro 30/4; mail e controllo da parte del Responsabile SS.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			Relazione e Controllo finale 31/12
8. Gestione giuridica del personale	Vedemecum Infortuni	Biancotto Puissa	Predisposizione ad uso dei dipendenti infortunati di un vademecum di comportamento per il rispetto delle scadenze e delle comunicazioni relative all'infortunio; invio della bozza al Responsabile SS entro il 30/4 .
9. Ottimale archiviazione dei fascicoli personali	Estrazione fascicoli personali dei cessati ex AAS e IRCSS Burlo anni dal 2014 al 2018	Depangher Cuschie L'Abbate	Invio a Udine fascicoli ex AAS 2014 – 2015; catalogazione come ASUITS negli archivi di SC fascicoli anni 2016 / 2017 / 2018 assieme altri ex AOU; archiviazione nel deposito per Burlo; Presentazione al referente Giuridico di un documento contenente l'elenco dei fascicoli riordinati, e della loro collocazione definitiva con e mail per gli anni 14/15 entro il 30/6; per gli per gli anni 16/17/2018 entro 31.12/2019;
10. Ottimale archiviazione dei fascicoli personali	Predisposizione cartelle interne fascicoli neoassunti provenienti da uff concorsi	Stradiot	Trasmissione di un elenco dei fascicoli dei neoassunti predisposti entro il 30/6/2019; ed entro il 31/12/2019; Verifica a campione del responsabile SS su 10 % dei nomi in elenco, della correttezza dell'operato.
11. Introduzione di misure connesse alla prevenzione della corruzione e alla valutazione e al trattamento del rischio di corruzione a seguito della mappatura dei processi e procedimenti effettuata con il RPCT (Nota SCSISOF n. 520-P dd.	Controlli a campione al fine di evitare liquidazioni di competenze non dovute o attribuzione di vantaggi economici non dovuti.	Tutto il personale afferente l'ufficio Gestione del Trattamento Economico	Relazione riportante l'introduzione della modalità di effettuazione dei controlli entro 1° maggio 2019 Nota interna di avvio dell'introduzione del sistema di controllo entro il 1° giugno 2019 Effettuazione dei controlli con cadenza semestrale e produzione report finale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
28.12.2018).			entro il 31/12/2019.
12. Applicazione nuove modalità di controllo per liquidazione corretta straordinari e incentivi correlati alla turnistica in seguito alle operatività applicate dall'1/1/2019 al personale del Comparto dell'ASUI TS.	1. Analisi nuova operatività per il personale del Comparto dell'ASUI TS nella procedura Presenze/Assenze di richiesta pagamento straordinari e generazione incentivi correlati alla turnistica 2. Determinazione modalità dei controlli per il rispetto dei budget e degli accordi aziendali.	Il seguente personale afferente l'ufficio Gestione del Trattamento Economico: Macaluso Cristina Pennetta Carmelo Pacorini Dario (P.O. TE) In collaborazione con Schiavuzzi Susanna (P.O. Staff)	Disposizione interna all'ufficio tramite mail entro il 31/3/2019 delle modalità di controllo ed eventuali correzioni delle liquidazioni delle richieste pagamento straordinari e degli incentivi correlati al disagio legato alla turnistica del personale del Comparto. Produzione di report mensili degli esiti dei controlli ed eventuali correzioni effettuate da competenze gennaio 2019 (liquidazione stipendi marzo 2019) a tutto 31/12/2019.
13. Recupero importi negativi generati a vario titolo al personale ex dipendente ASUI TS e IRCCS BURLO cessato dal servizio.	1. Individuazione personale cessato dal servizio con situazioni debitorie. 2. Valutazione impossibilità compensazione con possibili competenze arretrate e opportunità di richiesta recupero	Ufficio Gestione del Trattamento Economico: Pacorini Dario (P.O. TE) Barzilai Patrizia Del Prete Gaetano Frare Tamara Minieri Davide Rosa Daiana	Produzione elenco dipendenti personale ex dipendente cessato dal servizio con importi tuttora da recuperare entro il 31/05/2019. Individuazione entro il 30/06/2019 del personale con importi significativi per il quale non si ravvede la possibilità di compensazione con possibili future competenze spettanti. Invio di note individuali al predetto personale individuato con indicazione degli importi da restituire e modalità entro il 31/12/2019.
14. Sistemazioni Contributive riferite ad anni pregressi, richieste dall'INPS ai fini della regolazione delle posizioni previdenziali dei dipendenti ed al fine di evitare la richiesta di pagamento di contributi già versati nonché il rischio	Agganciare denunce contributive pregresse, già trasmesse con la precedente procedura DM10 con le denunce contributive inviate a far data da ottobre 2012, tramite modalità Lista PosPa. La regolazione contemplerà gli anni dal 2014 a seguire	Gestione Contributi/Denunce/Trattenute: Scrocco Fabiana (P.O.) Giorgio Valentina Saccavino Elena Sinico Roberta	Report delle casistiche risolte/Risoluzione delle problematiche segnalate dall'INPS sino al 31/12/2015, sulla scorta di quantità di anomalie segnalate e quelle risolte; Anno 2014 entro il 30/6/2019; Anni dal 2015 al 2016 entro il

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
per i dipendenti di incorrere nella prescrizione contributiva.			31/12/2019.
15. Collaborazione / sinergia con Area isontina	Confronto con AAS2 del Regolamento Trattenute al personale dipendente	Gestione Contributi/Denunce/Trattenute: Scrocco Fabiana (P.O.) Giorgio Valentina Saccavino Elena Sinico Roberta	Report della ricognizione dei documenti esistenti nelle due aziende entro il 30/6; predisposizione della proposta di regolamento unico per il personale di ASUGI da inviare al Direttore SC entro il 31/12/2019.
16. Riordino istituzionale	1. Analisi delle problematiche espresse dai coordinatori sui calcoli delle ore dei turnisti. Creazione di un gruppo di lavoro con alcuni coordinatori individuati dalla Direzione Infermieristica 2 Creazione di un gruppo di lavoro con alcuni coordinatori individuati dalla Direzione Infermieristica	Ufficio Presenze/Assenze	1. Incontro con la Direzione Infermieristica ed un gruppo di coordinatori individuato dalla stessa Direzione, per apprendere ed esaminare alcune problematiche sulla rilevazione delle P/A poste in evidenza negli audit settimanali dai coordinatori ospedalieri e territoriali. MAIL della Direzione Infermieristica ai partecipanti e alle P/A per l'individuazione del giorno e dell'ora dell'incontro. Scadenza 28/02/19 2. Redazione di un verbale, da inviare tramite MAIL al gruppo di lavoro, con riepilogo delle criticità emerse ed espresse dai coordinatori con conseguenti proposte per le azioni correttive da porre in essere. Scadenza 31/05/2019
17. Riordino istituzionale	Analisi sugli accessi mensa in conseguenza della nuova apertura	Pikiz Elisa PO Presenze/Assenze	Presentazione del Regolamento entro il 30/06/2019 al Responsabile tramite

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	della mensa dell’Ospedale Maggiore. Conseguente redazione di un Regolamento sulla Mensa e modalità sostitutive.	Ufficio Presenze/Assenze	mail
18. Riliquidazione pratiche TFS/TFR PENSIONATI COMPARTO ASUITS anni 2016/2017/2018 (fino al 30/06/2018 – poi già a regime a seguito applicazione CCNL dd. 21/05/2018)	Produzione nuovo prospetto economico (quadro C mod. 350/P x TFS – mod. TFR/2 x regime TFR); Note accompagnatorie PEC individuali x INPS e interessato Archiviazione della relativa sottocartella nel fascicolo previdenziale.	Tutto il personale afferente l’ufficio Gestione del Trattamento Previdenziale e Segreteria	Entro 1° semestre 2019: anno 2016 – n° 61 pratiche anno 2017 – n° 82 pratiche totale n° 143 pratiche Entro 2° semestre 2019: anno 2018 – n° 50 pratiche Totale annuo ASUITS n° 193 pratiche
19. Definizione delle nuove regole per la liquidazione della retribuzione di risultato/produttività collettiva, da applicare per gli esercizi 2019 e seguenti	Analisi della normativa di riferimento e delle vigenti regole esistenti in AAS 2.	Tutto il personale della SS Relazioni Sindacali	Predisposizione di idonea relazione illustrativa ed inoltro tramite nota al responsabile SC Gestione del Personale entro il 30.04.2019.
20. Perseguire uno stabile sistema di relazioni sindacali per favorire la partecipazione consapevole, il dialogo costruttivo e trasparente, la reciproca considerazione dei rispettivi diritti ed obblighi delle parti.	1. Analisi della normativa di riferimento e delle vigenti regole esistenti in AAS 2. 2. Elaborazione di una proposta di protocollo aziendale per la regolamentazione del sistema di governo delle relazioni e delle prerogative sindacali, anche alla luce delle disposizioni introdotte dal CCNQ 04/12/2017 e dal CCNL 21.05.2018.	Tutto il personale della SS Relazioni Sindacali	1. Predisposizione di relazione illustrativa ed inoltro tramite nota al responsabile SC Gestione del Personale entro il 30.06.2019. 2. Presentazione, tramite nota, al Responsabile SC Gestione del Personale, della proposta di protocollo aziendale per la regolamentazione del sistema di governo delle relazioni e delle prerogative sindacali, entro il 30.11.2019.
21. Definizione dei valori di risparmio, per l’esercizio 2018, derivanti dalla prima	Elaborazione di una relazione per la definizione del contesto normativo di riferimento e per la determinazione	Il Responsabile della SS Relazioni Sindacali	Presentazione, tramite nota, al Responsabile SC Gestione del Personale, della proposta di relazione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
applicazione dell'Atto Aziendale di ASUI TS.	delle quote di risparmio.		entro il 30.04.2019.
22. Introduzione di misure connesse alla prevenzione della corruzione e alla valutazione e al trattamento del rischio di corruzione a seguito della mappatura dei processi e procedimenti effettuata con il RPCT (Nota SCSISOF n. 520-P dd. 28.12.2018). RISCHIO TRASCURABILE	Controlli a campione al fine di evitare liquidazioni di competenze non dovute o attribuzione di vantaggi economici non dovuti.	Corsi di Laurea Direttore SC Referente Anticorruzione	Predisposizione e presentazione, tramite nota, della modalità di effettuazione dei controlli al Direttore di SC, entro 30 giugno 2019. Introduzione entro il 30 settembre 2019 del sistema di controllo. Effettuazione dei controlli con cadenza trimestrale/semestrale con report finale al 31 dicembre 2019
23. Gestione amministrativa Corsi di Laurea delle professioni sanitarie – applicazione protocollo di intesa regionale per i Corsi di Laurea delle professioni sanitarie	Stesura bozza di Accordo Attuativo Aziendale in applicazione dell'art. 5 del Protocollo d'Intesa regionale di cui alla DGR 2627/2016.	Roberto Marcovich Elisa Pikiz	Inoltro al Direttore della SC Gestione del Personale della bozza di Accordo Attuativo Aziendale, entro il 30 settembre 2019.
24. Introduzione di misure connesse alla prevenzione della corruzione e alla valutazione e al trattamento del rischio di corruzione a seguito della mappatura dei processi e procedimenti effettuata con il RPCT (Nota SCSISOF n. 520-P dd. 28.12.2018).	Predisposizione dell'elenco dei componenti delle Commissioni per le procedure di concorso e avviso pubblico e per l'affidamento degli incarichi del Comparto e della Dirigenza dal 01.01.2018, ai fini del monitoraggio della rotazione degli incarichi.	Tutto il personale afferente alla SS Acquisizione e Carriera del Personale	Predisposizione di una relazione schematica delle normative di riferimento che disciplinano l'individuazione dei componenti delle commissioni, da inviarsi mediante mail al responsabile della SC Gestione del Personale, entro il 30/06/2019. Predisposizione dell'elenco progressivo e complessivo dei componenti delle Commissioni per le procedure di concorso e avviso pubblico e per l'affidamento degli incarichi del Comparto e della Dirigenza nominati nell'anno 2018, da inviarsi mediante mail al responsabile della SC Gestione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			del Personale, entro il 31/10/2019. Predisposizione dell'elenco progressivo e complessivo dei componenti delle Commissioni per le procedure di concorso e avviso pubblico e per l'affidamento degli incarichi del Comparto e della Dirigenza nominati nell'anno 2019, da inviarsi mediante mail al responsabile della SC Gestione del Personale, entro il 31/12/2019.
25. Riordino istituzionale di cui alla L.R. 27/2018.	Aggiornamento del vigente Regolamento per la disciplina del conferimento degli incarichi dirigenziali	Tutto il personale afferente alla SS Acquisizione e Carriera del Personale	Produzione di una relazione sulle differenze tra i regolamenti vigenti per l'ASUITS e per l'AAS2 "Bassa Friulana Isontina" e sugli ambiti di miglioramento ed innovazione, anche tenendo conto delle indicazioni della direzione e degli uffici direzionali competenti per i processi di riordino in atto, da inviarsi mediante mail al responsabile della SC Gestione del Personale, entro il 30/06/2019. Elaborazione di una proposta di nuovo regolamento, da inviarsi mediante mail al responsabile della SC Gestione del Personale, entro il 31/12/2019.
26. Aggiornamento Normativo	Aggiornamento periodico, almeno 4 nell'anno, dello stato dell'arte in materia di pubblico impiego, Anticorruzione, Trasparenza e Privacy con i Responsabili degli Uffici della Gestione del Personale.	Referente Anticorruzione, Direttore SC, Referenti e Responsabili Uffici SC	Sintesi n. 2 riunioni entro 30.06.19 n. 2 riunioni entro 31.12.19 da inviare ai dipendenti della SC Gestione del Personale
27. Organizzazione della medicina	Predisposizione di regolamenti o procedure comuni con AAS2 inerenti i	Tutto il personale del Comparto afferente gli Uffici della medicina	Entro il 30 giugno 2019 – mappatura di tutti i procedimenti della medicina

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
convenzionata	medici di medicina generale convenzionati ed i pediatri di libera scelta	convenzionata	convenzionata di ASUITS e calendarizzazione di almeno due incontri con AAS2 per il confronto di cui al punto 2); Entro il 31 dicembre 2019 – almeno due incontri (ovvero effettuazione di nn. 2 call conference) con AAS2 per il confronto sui procedimenti della medicina convenzionata, l’analisi delle eventuali divergenze e la proposta di regolamenti/procedure comuni alle due Aziende. Trasmissione a mezzo e-mail alla Responsabile della S.C. Gestione del Personale di relazione all’esito degli incontri effettuati con AAS2.
28. Organizzazione della medicina convenzionata	Predisposizione di regolamenti o procedure comuni con AAS2 inerenti i medici specialisti ambulatoriali interni ed altri professionisti convenzionati	Tutto il personale del Comparto afferente gli Uffici della medicina convenzionata	Entro il 30 giugno 2019 – mappatura di tutti i procedimenti della medicina convenzionata di ASUITS e calendarizzazione di almeno due incontri con AAS2 per il confronto di cui al punto 2); Entro il 31 dicembre 2019 – almeno due incontri (ovvero effettuazione di nn. 2 call conference) con AAS2 per il confronto sui procedimenti della medicina convenzionata, l’analisi delle eventuali divergenze e la proposta di regolamenti/procedure comuni alle due Aziende. Trasmissione a mezzo e-mail alla Responsabile della S.C. Gestione del Personale di relazione all’esito degli incontri effettuati con

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
29. Organizzazione della medicina convenzionata	Analisi applicativi e procedure informatiche inerenti i medici di medicina generale convenzionati ed i pediatri di libera scelta	Farina	AAS2. Entro il 30 giugno 2019 predisposizione di una relazione contenente l'analisi degli applicativi e delle procedure che si avvalgono di strumenti informatici utilizzate dall'Ufficio medicina convenzionata con l'evidenza di eventuali possibilità di implementazione di nuove procedure/applicativi – calendarizzazione di un incontro con il partner informatico INSIEL; entro il 31.12.2019 almeno un incontro(ovvero effettuazione di n. 1 call conference con il partner informatico INSIEL per la disamina della relazione. Produzione di una proposta per implementazione di nuovi applicativi/procedure.
30. Organizzazione della medicina convenzionata	Analisi applicativi e procedure informatiche inerenti i medici specialisti ambulatoriali interni ed altri professionisti convenzionati	Farina	Entro il 30 giugno 2019 predisposizione di una relazione contenente l'analisi degli applicativi e delle procedure che si avvalgono di strumenti informatici utilizzate dall'Ufficio medicina convenzionata con l'evidenza di eventuali possibilità di implementazione di nuove procedure/applicativi – calendarizzazione di un incontro con il partner informatico INSIEL; entro il 31.12.2019 almeno un incontro (ovvero effettuazione di n. 1 call conference con il partner informatico

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			INSIEL per la disamina della relazione. Produzione di una proposta per implementazione di nuovi applicativi/procedure.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Ricognizione dell'attività di recupero crediti tra AsuiTS ed Ass2 Isontina . Analisi ai fini dell'unificazione.	1. Ricognizione attività svolte 2. Analisi attività	Personale SCAGLA	Relazione al DA entro il 31.12.2019
2. Avvio delle attività preordinate all'attuazione del nuovo assetto del SSR (Unificazione ASUITs – AAS2	La L.R. 27/2018 ha previsto la ridefinizione dell'assetto del SSR dal 1.1.2020. Da quella data sarà costituita l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina. Analisi dei testi regolamentari vigenti nelle due Aziende e predisposizione di una bozza di Regolamento unico sull'accesso agli atti e sull'accesso civico	Direttore SCSISOF – Ufficio Prevenzione Corruzione e Trasparenza Direttore della SCAGLA Personale SCAGLA In collaborazione con Area Isontina	1. Analisi dei testi regolamentari di ASUITs e di AAS2 entro il 30/6/2019. 2. Predisposizione di una bozza di regolamento entro il 31/12/2019
3. Predisposizione del Codice disciplinare aggiornato	Predisposizione del codice Predisposizione della circolare informativa	Titolare UAD/Dirigente SCAGLA	Pubblicazione del codice nel sito intranet e invio circolare entro il 31.12.2019
4. Predisposizione del Regolamento per l'affidamento di incarichi a legali esterni. Costituzione dell'Albo di legali esterni	1. Predisposizione regolamento per l'affidamento degli incarichi a legali esterni 2. Predisposizione del relativo bando 3. Costituzione dell'albo di legali esterni	Personale SCAGLA	Approvazione del Regolamento e dell'Albo di legali esterni entro il 31.12.2019
5. Creazione di un database delle Convenzioni di competenza SCAGLA	1. Ricognizione delle Convenzioni approvate negli ultimi 8 anni, complete	Personale SCAGLA	Predisposizione del database delle Convenzioni di competenza SCAGLA approvate negli ultimi 8 anni ed invio

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
approvate negli ultimi 8 anni.	delle principali informazioni che le caratterizzano 2. Riordino archivio		del file al DA entro il 31.12.2019

SC Convenzioni III Settore e Gestione Immobili

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Prosecuzione dell'attività di razionalizzazione afferente la Funzione immobiliare. Aggiornamento rapporti attivi e passivi dell'A.S.U.I.Ts in essere alla data del 15.12.2019</p>	<p>1. Aggiornamento - tramite raccolta e classificazione dei dati agli atti dell'ufficio immobiliare - del "file riepilogativo" (già redatto relativamente all'anno 2018) con riguardo ai contratti attivi e passivi in vigore al 15.12.2019 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 o protocollo e data di sottoscrizione). 2. Inserimento risultanze di cui al precedente punto 1.1 nel "file riepilogativo relativo all'anno 2019".</p>	<p>Fabio Carbone Fabio Crevatin Elena Zompicchiatti Emmanuela Quinz</p>	<p>Predisposizione di un file excel contenente "Elenco immobili, titoli giuridici di utilizzo e scadenze contrattuali – anno 2019" (in vigore al 15.12.2019), con evidenza delle occupazioni sine titolo. Entro il 31.12.2019.</p>
<p>2. Valorizzazione dell'apporto del Terzo Settore a supporto delle attività istituzionali dell'A.S.U.I.Ts. Disciplina aziendale dei rapporti con le</p>	<p>1. Verifica della attuale regolamentazione aziendale ex provv. n. 1112/2018, anche con riferimento alla disciplina</p>	<p>Dott.ssa Alessandra Crocenzi 2. In collaborazione con la Direzione dei Servizi Sociosanitari.</p>	<p>Redazione di proposta di revisione/semplificazione ed intergrazione del testo regolamentare dell'A.S.U.I.Ts sui rapporti con le associazioni di volontariato e di</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
associazioni di volontariato e di promozione sociale. Semplificazione delle procedure amministrative e disciplina per l'eventuale messa a disposizione di spazi aziendali. (obiettivo dirigenziale)	per l'eventuale messa a disposizione di spazi aziendali. 2. Esame e valutazione delle possibili modifiche / semplificazioni e delle esigenze di revisione con la Direzione dei Servizi Sociosanitari anche in vista della prossima costituzione dell'ASUGI 3. Redazione di proposta di revisione/semplificazione ed intergrazione del testo regolamentare dell'A.S.U.I.Ts sui rapporti con le associazioni di volontariato e di promozione sociale.		promozione sociale. Entro il 31.12.2019.
3. Gestione dei rapporti con le associazioni di volontariato, ai fini della concessione dei contributi aziendali.	1. Verifica della documentazione in atti. 2. Implementazione del file comparativo delle richieste di contributi e delle relative concessioni/erogazioni aziendali dal 2010. 3. Archiviazione delle posizioni chiuse al 15.12.19.	Stefano Rizzetto Chiara Carpani	1. Implementazione del file comparativo delle richieste di contributi e delle relative concessioni/erogazioni aziendali dal 2010. 2. Archiviazione delle posizioni chiuse al 15.12 2019 Entro il 31.12.2019.
4. Ricognizione dei rapporti convenzionali vigenti con il Terzo Settore, non soggetti alla disciplina del Codice dei Contratti e non attribuiti ad altra articolazione aziendale	1. Verifica delle tipologie convenzionali in atto con il Terzo Settore, sulla base alla normativa vigente nazionale e regionale. 2. Monitoraggio e controllo	Paola Blanzan Morena Dalmistro Odoni Chiara Ruggiero	Redazione di un file dei rapporti convenzionali con il Terzo Settore, non soggetti alla disciplina del Codice dei Contratti e non attribuiti ad altra articolazione aziendale in vigore al 30.11.2019. Entro il 31.12.2019.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	amministrativo. 3. Redazione di un file dei rapporti convenzionali, vigenti al 30.11.2019 con il Terzo Settore, non soggetti al Codice dei Contratti e non attribuiti ad altra articolazione aziendale.		
5. Attività di razionalizzazione afferente la Funzione convenzionale. Gestione dei rapporti convenzionali.	1. Verifica, sui fascicoli cartacei, delle convenzioni non più vigenti alla data del 31.12.2013 2. Predisposizione di un elenco delle convenzioni di cui al punto precedente 3. Archiviazione dei relativi fascicoli	Morena Dalmistro Paola Blanzan Stefano Rizzetto Chiara Carpani Chiara Ruggiero	Predisposizione di un elenco delle convenzioni – risultanti dai fascicoli cartacei - non più vigenti alla data del 31.12.2013 ed archiviazione dei relativi fascicoli Entro il 31.12.2019
6. Implementare e potenziare l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa nei rapporti convenzionali con Enti del Terzo Settore (Cooperative sociali e/o con i Consorzi di Cooperative Sociali), per quanto non soggetto alla disciplina del Codice dei Contratti e non attribuito ad altra articolazione aziendale	1. Analisi e studio della normativa d'interesse (Cooperative sociali, Consorzi di Cooperative Sociali); 2. Predisposizione dello schema tipo convenzionale per i rapporti con le Cooperative Sociali e/o Consorzi di Cooperative Sociali, per quanto non soggetto alla disciplina del Codice dei Contratti e non attribuito ad altra articolazione aziendale; 3. Evidenza dei documenti/dichiarazioni necessari ai fini la stipula.	Paola Blanzan Morena Dalmistro Odoni Chiara Ruggiero	Predisposizione di uno schema tipo convenzionale per i rapporti con le Cooperative sociali e/o Consorzi di Cooperative Sociali – per quanto non soggetto alla disciplina del Codice dei Contratti e non attribuito ad altra articolazione aziendale - con evidenza dei documenti /dichiarazioni necessari ai fini della stipula. Entro il 31.12.2019.

Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ANTONIO POGGIANA

CODICE FISCALE: PGGNTN64M30C743F

DATA FIRMA: 26/07/2019 11:53:02

IMPRONTA: 25548620079F327A5C8388FB430314E210110A38976D691D6C5C47EF5D008104
10110A38976D691D6C5C47EF5D0081049876E71FF607FBBA7553E93099D37104
9876E71FF607FBBA7553E93099D37104C2D5872738E1AFFC4368031CB3512680
C2D5872738E1AFFC4368031CB3512680B3E363C5A5487ED280CAF131D7DFA15F

NOME: FRANCO SINIGOJ

CODICE FISCALE: SNGFNC56B14L424X

DATA FIRMA: 26/07/2019 12:05:31

IMPRONTA: 4EE9F45CFAB9ECEFB284AC762BEEF0393C10B8CE6321ABEB45806B9F9D7F6135
3C10B8CE6321ABEB45806B9F9D7F613528E45C19E0DB2943FACE9FE8127FD5E7
28E45C19E0DB2943FACE9FE8127FD5E7DC356EFED04080BCCFBA99A0D56DB8A9
DC356EFED04080BCCFBA99A0D56DB8A90AD3E4AA5DE10F49CDFA6D38A47CF636

NOME: ADELE MAGGIORE

CODICE FISCALE: MGGDLA54D55B428P

DATA FIRMA: 26/07/2019 12:18:19

IMPRONTA: 617AAD68D56285CD2EF25B88D80BB073424F69D1145A123328F5CD5E1110167A
424F69D1145A123328F5CD5E1110167A97A7255FCE05168D54ADFD665AE4285C
97A7255FCE05168D54ADFD665AE4285C437D8090BE321035DE7DB7B7E9E8906F
437D8090BE321035DE7DB7B7E9E8906F6953F10C010CA41BFBE0081696FC329E