

S.C. CONTROLLO DI GESTIONE - 637 REG.DEC.

**OGGETTO: Chiusura del Ciclo delle Performance 2019 dell' Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste.**

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA  
GIULIANO ISONTINA**

**DECRETO  
DEL SOSTITUTO DEL DIRETTORE GENERALE**

L'anno **duemilaventi**  
il giorno sedici del mese di LUGLIO

**IL SOSTITUTO DEL DIRETTORE GENERALE  
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
Dott. Eugenio Possamai**

**Nominato con decreto n. 533 dd. 19 giugno 2020**

OGGETTO: Chiusura del Ciclo delle Performance 2019 dell' Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste.

Visto l'art. 10, comma 1 lettera b) del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (e s.m.i.) avente ad oggetto "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" che, all'art. 10, prevede che "...le Amministrazioni pubbliche .... redigono ... entro il 30 giugno, la Relazione annuale sulla performance, che è approvata dall'organo di indirizzo politico-amministrativo e validata dall'Organismo di valutazione ai sensi dell'articolo 14 e che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti ....";

Visto l'art. 6 della L.R. 16 dd 11/8/2010 recante "Norme urgenti in materia di personale e di organizzazione nonché in materia di passaggio al digitale terrestre" con la quale l'Amministrazione Regionale ha stabilito i criteri per la valutazione della prestazione organizzativa e individuale del personale disponendo, tra l'altro che:

*<<Comma 1 - Al fine di valutare la prestazione organizzativa e individuale del personale le amministrazioni del comparto unico del pubblico impiego regionale e locale e gli enti del servizio sanitario della regione adottano progressivamente un apposito sistema di misurazione e di valutazione che individui le fasi, i tempi, le modalità, i soggetti e le responsabilità del processo di misurazione e di valutazione della prestazione, le modalità di raccordo e di integrazione con i sistemi di controllo esistenti e con i documenti di programmazione finanziaria e di bilancio*

.....

*Comma 2 - Per le finalità di cui al comma 1 le amministrazioni e gli enti adottano, con le modalità e per la durata stabilite dai rispettivi ordinamenti:*

*a) un documento programmatico o piano della prestazione, costantemente aggiornato ai fini dell'inserimento di eventuali variazioni nel periodo di riferimento, che definisce, con riferimento agli obiettivi individuati e alle risorse disponibili, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della prestazione dell'ente nonché gli obiettivi individuali assegnati ai dirigenti e relativi indicatori;*

*b) un documento di relazione sulla prestazione che evidenzia, a consuntivo, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto agli obiettivi programmati e alle risorse, rilevando gli eventuali scostamenti;*

.....

*Comma 6 - L'organismo indipendente di valutazione della prestazione:*

*a) monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso;*

*b) comunica tempestivamente le criticità riscontrate alla giunta, o comunque all'organo esecutivo o, per gli enti del servizio sanitario regionale, al direttore generale;*

*c) valida la relazione sulla prestazione di cui al comma 2, lettera b); la validazione positiva delle attività dell'amministrazione o dell'ente e' condizione inderogabile per l'accesso agli strumenti incentivanti;*

*d) garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, nonché dell'utilizzo dei premi incentivanti, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;*

e) propone alla giunta, o comunque all'organo esecutivo o, per gli enti del servizio sanitario regionale, al direttore generale, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione a essi della retribuzione di risultato, qualora prevista;

f) e' responsabile della corretta applicazione del sistema di valutazione;

g) promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità di cui alle vigenti disposizioni.

.....

*Comma 8- Il nucleo di valutazione di cui all'articolo 56 della legge regionale 27 marzo 1996, n. 18 (Riforma dell'impiego regionale in attuazione dei principi fondamentali di riforma economico sociale desumibili dalla legge 23 ottobre 1992, n. 421 ), e successive modifiche, in carica alla data di entrata in vigore della presente legge, continua a operare sino alla relativa scadenza e, comunque, non oltre la data di nomina dell'organismo indipendente di valutazione. >>*

Considerato che, a partire dal 1° giugno 2017, l'art. 6 della LR 16/2010 risulta abrogato per effetto delle disposizioni dell'art. 54, c. 1, lettera aaa) della L.R. 18 dd. 9 dicembre 2016, avente ad oggetto "Disposizioni in materia di sistema integrato del pubblico impiego regionale e locale". Tale legge, pur non citando gli Enti del Servizio Sanitario Regionale come destinatari del provvedimento, all'art. 39 c. 1 lettera b), dispone però che "... le amministrazioni adottano ...un documento di relazione sulla prestazione che evidenzia, a consuntivo, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto agli obiettivi programmati e alle risorse, rilevando gli eventuali scostamenti";

ritenuto, pertanto, in ottemperanza a quanto sopra riportato ed in continuità con gli anni precedenti, di adottare la Relazione in Allegato 1 che evidenzia il grado di raggiungimento delle performance aziendali, dei Centri di Responsabilità ed individuali a chiusura del ciclo annuale, già presentata in bozza all'Organismo Indipendente di Valutazione della prestazione nella seduta del 3/7/2020;

richiamati integralmente i seguenti decreti aziendali:

- n. 599 dd. 26/7/2019 dell'allora ASUITS, avente ad oggetto "Formalizzazione dell'assegnazione del Budget ai Centri di Responsabilità aziendali per l'anno 2019", mediante il quale l'Azienda ha provveduto ad approvare il documento "Budget 2019 – Progetto Complessivo Aziendale" – costituente il quadro degli obiettivi incentivanti assegnati ai Centri di Responsabilità aziendali
- n. 735 dd. 26/9/2019 dell'allora ASUITS, recante "Preso d'atto della finalizzazione delle Risorse Aggiuntive Regionali – Anno 2019", mediante il quale si è provveduto a formalizzare l'assegnazione per l'area del personale del Comparto, per l'area della Dirigenza Medica e Veterinaria e per l'area della Dirigenza SPTA dei progetti considerati particolarmente funzionali alla realizzazione delle strategie aziendali programmate (e, come tali, suscettibili di

giudizio da parte dell'Organismo Indipendente per la Valutazione della Prestazione) e finanziati nell'ambito delle Risorse Aggiuntive Regionali attribuite all'Azienda;

- n. 947 dd. 20/12/2019 dell'allora ASUITS, avente ad oggetto "Presenza d'atto del monitoraggio al 31 agosto 2019 degli obiettivi di budget", con il quale si è preso atto degli esiti del monitoraggio al 31/8/2019 in relazione agli obiettivi assegnati ai Centri di Responsabilità aziendali per l'Anno 2019 e si è provveduto a riadottare il Progetto Complessivo Aziendale integrato e/o rettificato sulla base del monitoraggio infrannuale;
- n. 165 dd. 4/2/2020 di ASUGI, avente ad oggetto "Integrazione al decreto ASUITS n. 947 dd. 20.12.2019 recante "Presenza d'atto del monitoraggio al 31 agosto 2019 degli obiettivi di budget", mediante il quale si è proceduto ad integrare il decreto 947/2019, con gli obiettivi riferiti al personale assegnati ai Corsi di Laurea (RAFP e Tutor didattici)

considerato che, per quanto riguarda la valutazione individuale, in virtù della continuità dei rapporti di lavoro a seguito della fusione per incorporazione dell'AOU Trieste nell'AAS n. 1 Triestina a comporre l'ASUITS, e della successiva fusione di quest'ultima con la parte isontina dell'AAS n. 2 Bassa Friulana Isontina a comporre l'ASUGI, la valutazione delle performance del personale dirigenziale è avvenuta ancora secondo un impianto differenziato per l'area ex Ospedaliera e per l'area ex Territoriale, mentre per l'Area del Comparto è stato possibile adottare, con il decreto n. 493 dd. 27/6/2018 di ASUITS, un nuovo Regolamento per la valutazione permanente delle prestazioni individuali svolte e dei risultati;

preso atto che, con decreti n. 359 dd. 3/4/2020 e n. 363 dd. 14/4/2020, che qui si richiamano integralmente, l'Azienda ha nominato i componenti del nuovo Organismo Indipendente di Valutazione della Prestazione (OIV) e che lo stesso si è insediato in data 14/5/2020;

considerato che nelle sedute del 14 e 15 maggio 2020, del 4 giugno, del 18 e 19 giugno 2020 e del 2 luglio detto Organismo ha provveduto, per quanto riguarda esclusivamente l'ex ASUITS – anno 2019, a valutare:

- i progetti assegnati e finanziati con le risorse aggiuntive regionali
- le valutazioni individuali del personale dirigenziale e del comparto
- gli obiettivi assegnati direttamente dalla direzione strategica di ASUITS

- gli obiettivi di budget assegnati e finanziati con i fondi dedicati alla retribuzione di risultato per la dirigenza e alla produttività collettiva per il comparto
- gli obiettivi assegnati al personale dipendente da ASUITS ma comandato presso la Direzione Centrale Salute

e che, nelle medesime sedute, ha ritenuto di non procedere con la valutazione dei progetti avviati nel 2019 relativi al contenimento delle liste d'attesa e finanziati con il fondo formato ai sensi del DL 158/2012 art. 2 comma 1 lett. c) in quanto trattasi di proventi derivanti dall'esercizio dell'attività libero professionale e, pertanto, come tali, non rientranti tra le competenze proprie dell'Organismo;

evidenziato che l'esito positivo delle valutazioni individuali del personale è condizione necessaria per il riconoscimento degli istituti della retribuzione di risultato per la dirigenza e della produttività collettiva per il comparto e che l'OIV, nella seduta del 19 giugno ha provveduto a sentire gli interessati che hanno fatto ricorso avverso le valutazioni individuali confermando sostanzialmente le valutazioni di prima istanza;

rilevato che il provvedimento è proposto dal Direttore della S.C. 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;

atteso che il Direttore Generale risulta attualmente assente;

visto che, con decreto n. 533 dd. 19/06/2020 è stato attribuito al Direttore Amministrativo dott. Eugenio Possamai l'incarico di sostituto del Direttore Generale, nei casi di temporanea assenza o impedimento dello Stesso;

acquisito il parere favorevole del Direttore Sanitario f.f., del Direttore Amministrativo e del Direttore dei Servizi Sociosanitari;

## IL SOSTITUTO DEL DIRETTORE GENERALE

### DECRETA

per quanto esposto in narrativa:

1. di approvare la “Relazione sulle performance 2019” dell’Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (allegato 1 parte integrante del presente provvedimento);
2. di prendere atto dei risultati della valutazione degli obiettivi prioritari assegnati ai Centri di Responsabilità per l'anno 2019;
3. di prendere atto dei risultati della valutazione degli obiettivi finanziati con le Risorse Aggiuntive Regionali assegnate per l’anno 2019;
4. di prendere atto della conclusione della procedura di valutazione individuale della generalità del personale della dirigenza e del comparto, nonché dei risultati delle valutazioni relative ai Direttori di Dipartimento, di Struttura Complessa, dei Responsabili di Struttura Semplice e di Struttura Semplice a valenza dipartimentale;
5. di prendere atto dei risultati della valutazione degli obiettivi direttamente assegnati dalla direzione strategica;
6. di prendere atto dei risultati degli obiettivi assegnati al personale dipendente da ASUITS ma comandato presso la Direzione Centrale Salute;
7. di prendere atto delle determinazioni assunte in relazione all’attività progettuale finanziata con i proventi derivanti dall’applicazione della trattenuta effettuata ai sensi del DL 158/2012 art. 2 comma 1 lett. c);
8. di dare mandato alla SC Gestione del Personale di procedere alla corresponsione del pagamento della retribuzione di risultato per la dirigenza e della produttività collettiva per il comparto per gli obiettivi di cui al punto 2 nel rispetto degli esiti delle valutazioni di cui al punto 3, nonché dei criteri e delle modalità previsti dai contratti collettivi integrativi vigenti nel 2019;
9. di dare mandato alla SC Gestione del Personale di procedere alla corresponsione del pagamento dei compensi previsti per gli obiettivi di cui ai punti 3, 4, 5 e 6.
10. di dare mandato agli uffici competenti di provvedere alla pubblicazione degli allegati sul sito aziendale così come previsto dalla vigente normativa;

11. di inviare il presente provvedimento all'Organismo Indipendente per la Valutazione delle prestazioni ai fini della validazione della Relazione.

Gli oneri relativi al sistema premiante, pari ad euro 4.741.632,55 per i progetti finanziati con le risorse aggiuntive regionali, euro 6.054.466,37 per la retribuzione di risultato e la produttività collettiva, euro 312.553,80 per i progetti assegnati nell'ambito del fondo criticità/strategico, come attestato dalla SC Gestione del Personale risultano compresi nell'ammontare degli accantonamenti effettuati in sede di chiusura del bilancio 2019 al conto 240.550.200.200 "Debito verso personale per CCNL da liquidare" sulla base dei dati forniti dalla stessa SC Gestione del Personale, mentre gli oneri relativi ai progetti finanziati mediante utilizzo della trattenuta ai sensi del DL 158/2012, pari a euro 266.910,00, risultano accantonati al conto 220.400.400.900 "Quote inutilizzate di contributi vincolati da privato – altro".

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

IL SOSTITUTO DEL DIRETTORE GENERALE  
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
dott. Eugenio Possamai

Parere favorevole del  
Direttore Sanitario f.f.  
Dott.ssa Adele Maggiore

Parere favorevole del  
Direttore dei Servizi Sociosanitari  
Dott.ssa Maria Chiara Corti

# 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: EUGENIO POSSAMAI

CODICE FISCALE: PSSGNE59M27C957L

DATA FIRMA: 17/07/2020 12:00:37

IMPRONTA: B61CA37ED7DB22EB0C3BE52CB48408FC2F383E3BAD971FA65F59ACFB3279F9E9  
2F383E3BAD971FA65F59ACFB3279F9E9508590BECC582D12DED8A167D62A2FB6  
508590BECC582D12DED8A167D62A2FB6611F79738A057CBB38974C52E03D3828  
611F79738A057CBB38974C52E03D38285E87BF478467FDF9721D90C932B58959

NOME: ADELE MAGGIORE

CODICE FISCALE: MGGDLA54D55B428P

DATA FIRMA: 17/07/2020 12:05:41

IMPRONTA: 85E01D233959C15D6296C500D4440735713CE3C3175664D89EEE7FC78AD6D631  
713CE3C3175664D89EEE7FC78AD6D6311D7BFC1085CE483581F913D0AC8AC58D  
1D7BFC1085CE483581F913D0AC8AC58DA47EA2353B157DC8E18F2EF2EC447A43  
A47EA2353B157DC8E18F2EF2EC447A43F6A69523E627F15B21C39996C37A8816

NOME: MARIA-CHIARA CORTI

CODICE FISCALE: CRTMCH60H68H223I

DATA FIRMA: 17/07/2020 12:17:37

IMPRONTA: 3208229921259DF348C37E4BEE1E3E19ACE4A7427EAF3E1AD05419C507E9F88  
ACE4A7427EAF3E1AD05419C507E9F883B86509A635684276AE19177CF8633E3  
3B86509A635684276AE19177CF8633E3265725C1BDE314972EFA8E7B02E7BAD  
265725C1BDE314972EFA8E7B02E7BAD79F8684E04DA7D744AD622499E9B92B3





**BUDGET**

**2019**

**Progetto Complessivo Aziendale**

INDICE

## INDICE

<b>DIREZIONE GENERALE .....</b>	<b>6</b>
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
Riordino Istituzionale .....	23
<b>DIREZIONE SANITARIA .....</b>	<b>24</b>
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 .....	45
<b>DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA TERRITORIALE .....</b>	<b>65</b>
Dipartimento di Assistenza Territoriale (DAT) .....	65
SC Gestione Prestazioni Sanitarie Progettazione Attività Sociosanitarie .....	65
SO DISTRETTO 1 .....	70
SO DISTRETTO 2 .....	87
SO DISTRETTO 3 .....	102
SO DISTRETTO 4 .....	114
SO DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE .....	128
SO DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE .....	134

**DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA.....139**

Dipartimento di Assistenza Ospedaliera (DAO).....	139
Direzione Medica di Presidio.....	140
SC Medicina legale.....	146
<b>DAI EMERGENZA URGENZA E ACCETTAZIONE .....</b>	<b>148</b>
SC Pronto Soccorso e Medicina d’Urgenza.....	149
SSD Pronto Soccorso Ospedale Maggiore e Gestione delle Urgenze Territoriali.....	152
Complesso Operatorio HC.....	154
Complesso Operatorio HM - Day Surgery .....	156
SSD Anestesia e Rianimazione in Ambito Cardiovascolare .....	158
SC Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva Postoperatoria .....	158
SC Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva Postoperatoria HM .....	162
SC (UCO)Anestesia e Rianimazione e Terapia Antalgica .....	167
<b>DAI CARDIO TORACO VASCOLARE.....</b>	<b>170</b>
SC Cardiologia .....	173
SC Cardiochirurgia .....	175
SC (UCO) Chirurgia Vascolare .....	178
SC Cardiovascolare e Medicina dello Sport .....	180
SC Chirurgia Toracica .....	186
SC Pneumologia .....	189
<b>DAI MEDICINA .....</b>	<b>191</b>
SC Medicina Interna .....	196
SC Nefrologia e Dialisi.....	200
SC (UCO) Medicina Clinica .....	206
SC (UCO) Clinica Medica .....	211
SC Geriatria.....	217
SSD Formazione e Ricerca In Ultrasonografia Vascolare.....	221
<b>DAI EMATOLOGIA, ONCOLOGIA E INFETTIVOLOGIA.....</b>	<b>224</b>
SC Ematologia .....	225
SC Oncologia .....	228
SSD Oncologia Senologica e dell’Apparato Riproduttivo Femminile .....	232
SC Radioterapia .....	235

SC Malattie Infettive.....	236
SC (UCO) Clinica Dermatologica .....	238
DAI CHIRURGIA.....	242
SC (UCO) Clinica Chirurgica.....	243
SC Gastroenterologia.....	247
SC (UCO) Clinica Urologica.....	249
SC Clinica e Patologia del Fegato.....	252
SSD Chirurgia Senologica – Breast Unit.....	254
DAI CHIRURGIA SPECIALISTICA.....	257
SC (UCO) Clinica Di Chirurgia Maxillofacciale e Odontostomatologia.....	260
SC (UCO) Chirurgia Plastica.....	262
SC (UCO) Clinica Oculistica .....	265
SC (UCO) Clinica Otorinolaringoiatrica .....	269
DAI NEUROSCIENZE, RIABILITAZIONE, ORTOPEDIA E MEDICINA DEL LAVORO .....	271
SC (UCO) Clinica Neurologica .....	273
SC Neurochirurgia.....	276
SC Riabilitazione .....	280
SC (UCO) Clinica Ortopedica e Traumatologica.....	284
SC (UCO) Medicina Del Lavoro .....	287
SSD Centro di Formazione e Ricerca per la Prevenzione negli operatori del SSR.....	291
DAI MEDICINA DEI SERVIZI .....	292
SC (UCO) Anatomia Patologica .....	293
SC Microbiologia e Virologia.....	295
SC Igiene e Sanità Pubblica.....	297
SC Laboratorio di Analisi.....	299
SSD Laboratorio di Tossicologia Forense.....	301
DAI MEDICINA TRASFUSIONALE .....	303
SC Medicina Trasfusionale.....	303
DAI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI .....	306
SC Radiologia .....	307
SC (UCO) Radiologia Diagnostica e Interventistica.....	311

SSD Radiologia Interventistica Endovascolare .....	315
SC Medicina Nucleare.....	316
SC Fisica Sanitaria .....	319
<b>DIREZIONE SOCIO SANITARIA .....</b>	<b>322</b>
Direzione dei Servizi Sociosanitari .....	322
<b>DIREZIONE AMMINISTRATIVA .....</b>	<b>327</b>
DIPARTIMENTO TECNICO .....	327
SC Informatica e Telecomunicazioni .....	327
SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi.....	329
SC Manutenzione e Sviluppo Patrimonio .....	332
SC Ingegneria Clinica.....	334
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO.....	336
SC Economico Finanziario.....	336
SC Gestione del Personale.....	339
SC Affari Generali e Legali Assicurativi .....	352
SC Convenzioni III Settore e Gestione Immobili .....	354

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

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	Bozza di regolamento/procedura e proposta di decreto presentati entro 31/12/2019	100
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	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	100

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	<p>normative relative al trattamento dei dati personali, in collaborazione con il DPO;</p> <p>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.</p>	<p>trattamento dei dati personali;</p> <p>4. Registro aggiornato dell'utilizzo delle sale e pubblicazione online nella sezione "Amministrazione trasparente" nei casi previsti.</p>	
<p>3. Decreti approvati dalla Direzione Commissariale e vice Commissariale ASUITS: informative sulle conclusioni.</p>	<p>1. invio della comunicazione post – seduta d'esame decreti per convalida della valenza degli stessi a tutti i partecipanti agli incontri tramite e-mail;</p> <p>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;</p> <p>3. contestuale avviso di eventuali provvedimenti sospesi/rimandati su decisione del vertice Direzionale.</p>	<p>Trasmissione selettiva dell'informazione agli interessati intervenuti agli incontri: entro i 2 giorni successivi alla firma digitale dei decreti.</p> <p>Avvio della procedura: entro il 1° aprile 2019.</p> <p>Azioni 1, 2, 3 - Risultato: report riepilogativo d'archivio generale 2019 presso la predisposta cartella informatica sul Server di Direzione Strategica all'uopo predisposta.</p> <p>Relazione annuale alla Direzione Strategica entro il 15.1.2020.</p>	<p style="text-align: center;"><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<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</p>	<p>Monitoraggio periodico analitico e valutazione della sperimentazione. Focus su ricoveri ripetuti e degenza media.</p>	<p><b>100</b></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 C/O la s 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>	<p><b>100</b></p>



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	1. Analisi periodica dell'andamento degli indicatori di programmazione con approfondimenti sui dati di interesse. 2 Aggiornamento periodico del cruscotto distrettuale con almeno 2 approfondimenti su temi specifici	<b>100</b>
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.	Aggiornamento continuo Predisposizione archivio informatico Invio periodico al responsabile.	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	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	<b>100</b>
2. Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	Sviluppo di un sistema strutturato di redazione dei tariffari aziendali	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	<b>100</b>
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	Produzione della scheda integrata del flusso economico a partire dal secondo semestre 2019	<b>100</b>
4. Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	Supporto ai Centri di Risorsa nell'attività di monitoraggio del budget di risorsa	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	<b>100</b>
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	Valutazione dei rischi della Struttura effettuata e registro implementato entro il 31/12/2019. Documentazione sottoscritta dal RPC e dal Responsabile di SC	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	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		

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
1. Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-21	<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. Valutazione dei rischi dei procedimenti/procedure mappati dai Distretti, DSM, DDD e delle strutture di Staff</i>	Valutazione dei rischi effettuata e registro implementato: - Per i Distretti Sanitari entro il 30/6/2019; - Per DSM, DDD e le Strutture di Staff entro il 31/12/2019. Documentazione sottoscritta dal RPC e Responsabile di S.O.	<b>100</b>
2. Avvio delle attività preordinate all'attuazione del nuovo assetto del SSR (Unificazione ASUITs – AAS2)	<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. Analisi dei testi regolamentari vigenti nelle due Aziende e predisposizione di una bozza di Regolamento unico sull'accesso agli atti e sull'accesso civico</i>	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.	<b>100</b>
3. Avvio delle attività preordinate all'attuazione del	<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</i>	Analisi dei testi regolamentari di ASUITs e di AAS2 entro il 30/6/2019.	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
nuovo assetto del SSR (Unificazione ASUITs – AAS2)	<i>Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina.</i> 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	Predisposizione di una bozza di regolamento e trasmissione alla Direzione Amministrativa entro il 31/12/2019.	
4. Acquisizione della qualifica di training center AHA per la formazione sulla rianimazione cardiopolmonare di base e avanzata	<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> Analisi e verifica dei requisiti richiesti Acquisizione/predisposizione della documentazione necessaria Inoltro della domanda	Tutte le fasi concluse e <i>application form</i> inoltrato a AHA entro 30/4/2019. Evidenza della trasmissione.	<b>100</b>
5. Miglioramento dei processi operativi del provider ECM: valutazione di impatto della formazione	<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</i>	Entro il 30/6/2019 sarà conclusa la fase di sistematizzazione e categorizzazione degli indicatori. Relazione del titolare di PO inviata al Direttore di SC.	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	<p><i>sistematica al fine di implementare una categorizzazione 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>Entro il 31/12/2019 elaborazione delle linee guida sulla valutazione d'impatto condivise in ASUITS. Documento inviato al Direttore di SC.</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>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.</i></p> <p><i>Con la collaborazione della rete dei Referenti della formazione e dei Responsabili delle articolazioni organizzative, ci si prefigge</i></p> <p>1. Modifica della procedura di rilevazione del fabbisogno e condivisione con la rete dei referenti della formazione</p> <p>2.</p>	<p>1. entro il 30.09.2019 invio della procedura modificata</p> <p>2. entro 30.11.2019 predisposizione relazione sugli esiti degli incontri con le articolazioni aziendali da inviare alla Direzione Strategica.</p>	<p>100</p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	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.		

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<p>1. Ricerca &amp; Innovazione: Supportare le attività del Coordinatore scientifico ASUITs</p> <p>Funzione di Ricerca e Innovazione</p>	<p>Predisposizione, con il Coordinatore scientifico ASUITs, del piano di ricerca e innovazione di ASUITs</p> <p>a) selezione delle più rilevanti linee di ricerca per il biennio 2019-2020</p> <p>b) conclusione del censimento sulle <i>skills</i> di ricerca interne ad ASUITs e delle tecnologie a supporto della R&amp;I</p> <p>c) conclusione del censimento delle pubblicazioni scientifiche prodotte nel biennio 2017-2018</p>	<p>Trasmissione entro il 30.11.2019 alla Direzione generale della proposta di piano della Ricerca &amp; Innovazione di ASUITs, comprensivo delle analisi previste nelle azioni b) e c)</p>	<p><b>90</b></p>
<p>2. Ricerca &amp; Innovazione: Favorire l'accesso dei ricercatori ASUITs alle procedure pre-autorizzative della ricerca e degli studi clinici (studi da inoltrare per NOTIFICA/PARERE CEUR)</p>	<p>a) selezione dei materiali didattici</p> <p>b) individuazione delle date e luogo dove organizzare gli incontri</p> <p>c) svolgimento delle sessioni formative a domanda delle strutture e professionisti richiedenti</p>	<p>Sono condotti almeno tre incontri, entro il 31.12.2019, presso le strutture aziendali, su richiesta delle stesse</p>	<p><b>90</b></p>
<p>3. Ricerca &amp; Innovazione: Organizzare la segreteria della Struttura</p>	<p>a) partecipazione al corso interno sul "Protocollo Generale" aziendale</p> <p>b) attivazione delle procedure di archivio e protocollazione (Protocollo Generale e di Struttura)</p>	<p>Al 31.12.2019 la SC dispone di una Segreteria unica</p> <p>Le azioni a)-c) sono verificate dal Direttore della Struttura tramite relazione della Segreteria e trasmesse per rendiconto alla Direzione strategica</p>	<p><b>100</b></p>



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	c) attivazione delle procedure necessarie alla gestione del "Magazzino di reparto"		
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 c) gestione dell'Agenda di struttura	Al 31.12.2019 la SC comunica all'esterno attraverso una Segreteria unica Le azioni a)-c) sono verificate dal Direttore della Struttura tramite relazione della Segreteria e trasmesse per rendiconto alla Direzione strategica	<b>100</b>
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	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	<b>100</b>
6. Ricerca & Innovazione: Migliorare la gestione economica della ricerca	Supportare la rendicontazione economica dei progetti di ricerca finanziati	Numero di progetti rendicontati entro le scadenze prefissate	<b>100</b>
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	Valutazione dei rischi della Struttura effettuata e registro implementato entro il 31/12/2019. Documentazione sottoscritta dal RPC e dal Responsabile di SC	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	<p>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>		

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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.	Documento congiunto ASUITs-AAS2 con evidenza dell'analisi dei documenti finalizzata all'armonizzazione.	<b>100</b>
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	Realizzazione di una bozza di documento entro il 31/12/2019, da completare in funzione dell'approvazione del nuovo atto aziendale non appena disponibile	<b>100</b>
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	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	<b>100</b>
4.	il Piano Triennale Prevenzione Corruzione e	Valutazione dei rischi della Struttura effettuata e registro	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-21	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	implementato entro il 31/12/2019. Documentazione sottoscritta dal RPC e dal Responsabile di SSD	

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	Predisporre la documentazione utile e inoltrare al responsabile della Corruzione e Trasparenza entro 31/12/2019	<b>100</b>
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	Bozza di regolamento/procedura e proposta di decreto presentati entro 31/12/2019	<b>100</b>
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	Scheda realizzata entro 30/06/2019 Invio formale (protocollata) della nuova scheda alla Direzione Generale (Entro 31/06/2019)	<b>100</b>
4. Favorire la comunicazione interna Asuits	Trascrizione della rubrica aziendale aggiornata nell'intranet di Asuits	Trascrizione completata entro 31/12/2019	<b>100</b>
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	Valutazione dei rischi dell'Ufficio effettuata e registro implementato entro il 31/12/2019.	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	<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. Valutazione dei rischi dei procedimenti/procedure mappati dai Distretti, DSM, DDD e delle strutture di Staff</p>	<p>Documentazione sottoscritta dal RPC e dal Responsabile</p>	

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<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>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><b>100</b></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>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><b>100</b></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>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>	<p><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	Formalizzazione alla Direzione Sanitaria di "linee guida" per le cure riabilitative domiciliari in ASUITS	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>  <b>0</b>
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	Atto di adozione formale degli accordi attuativi con le strutture private accreditate ex art. 26	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>  <b>0</b>
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 <b>otto eventi formativi completi</b> destinati alla formazione specifica lavoratori <b>alto rischio</b> di ASUITS (per ogni evento sono previsti 3 moduli distinti: A, B, C)	Attuazione di <b>quattro eventi</b> formativi completi per i lavoratori "alto rischio" entro il 30/06/2019 e di ulteriori <b>quattro eventi</b> "alto rischio" entro il 31/12/2019	<b>100</b>
4. Certificazione Riconoscimento UNICEF di ASUITS quale "Comunità	Revisionare, aggiornare e redigere il nuovo il Manuale degli operatori 2019-2021 contenente Politica	Trasmissione con nota @ alla Responsabile BFCI dell'ASUITS dott. Vittoria Sola del Manuale degli operatori	<b>100</b>



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
Amica dei Bambini per l'allattamento materno". Mantenimento della conformità ai requisiti dell'Accreditamento UNICEF per la visita di rivalutazione del certificato BFCI	aziendale, modello di assistenza, procedure, istruzioni per buone pratiche BFCI, moduli, checklist e vari documenti collegati	2019-2021 entro il 31.12.2019	
5. Obiettivo Aziendale PAL del Programma XIII del PRP: Avvio di un processo di accreditamento dei servizi vaccinali	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	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	<b>100</b>
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	Redigere la procedura per la gestione delle allerte	Trasmissione della procedura con nota@ al coordinatore TDP dott. Marco Rizzo entro il 31.12.2019.	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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)	Analisi dei risultati della valutazione del rischio cardiovascolare negli operatori sanitari Report  Entro il 31.12.2019	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<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>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>	<b>100</b>
<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>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>	<b>100</b>
<p>3. Mantenere il monitoraggio in G2 – “scheda incidenza lesioni da pressione (LdP)” mandato Direzione Centrale FVG nelle SEGUENTI strutture: - geriatria - Medicina Interna 10 piano - Medicina Interna 9 piano - Clinica Medica - Medicina Clinica</p>	<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>1. Almeno 13 sopralluoghi 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>	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clinica Ortopedica</li> <li>- Clinica Neurologica</li> <li>- Medicina d'Urgenza</li> <li>- Unità Terapia Intensiva Coronarica</li> <li>- Pneumologia</li> <li>- CCH TIPO</li> <li>- ARTA</li> <li>- RSA San Giusto – Dist 2</li> </ul>			
<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"> <li>- riabilitazione</li> <li>- neurochirurgia</li> <li>- nefrologia</li> <li>- s.c. anestesia e rianimazione</li> <li>- clinica dermatologica</li> <li>- malattie infettive</li> <li>- ematologia</li> <li>- oncologia</li> </ul>	<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>	<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>	<b>100</b>
<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"> <li>- Geriatria</li> <li>- Medicina Interna 10 piano</li> <li>- Medicina Interna 9 piano</li> <li>- Clinica Medica</li> </ul>	<p>Formare i coordinatori infermieristici per le attività di monitoraggio “della presenza/assenza di LdP all’ingresso in reparto”</p>	<p>Formazione di almeno 10 coordinatori di reparto ed RSA all’utilizzo della parte della scheda in G2 Entro il 31 ottobre 2019</p>	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
- Medicina Clinica - Clinica Ortopedica - Clinica Neurologica - Medicina d'Urgenza - Unità Terapia Intensiva Coronarica - Pneumologia - CCH TIPO - ARTA - RSA San Giusto – Dist. 2			
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	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	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	<b>100</b>
7. Orientamento del personale infermieristico e di supporto neoassunto e trasmissione delle informazioni di base e presentazione dell’Azienda	Realizzare una brochure contenete le principali informazioni sull’Azienda, sui regolamenti , sul sistema informativo da consegnare al neoassunto nella fase di accoglienza	1. Presentazione della prima stesura della brochure Entro 30 giugno 2019 2. Diffusione e applicazione della brochure Entro 31 ottobre 2019	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<p>8. In una visione di valorizzazione del 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>1. Attivare una ricognizione aziendale, in 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</p> <p>2. Realizzare un albo aziendale delle competenze specialistiche infermieristiche presenti in Azienda. Entro 31 ottobre</p>	<p>1. Redazione di un registro con i nominativi del personale specializzato Entro 30 giugno 2019</p> <p>2. Pubblicazione dell'Albo degli infermieri con master di primo e secondo livello. Entro 31 ottobre 2019</p>	<p><b>100</b></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"> <li>- terza Medica</li> <li>- Prima Medica</li> <li>- Clinica Medica</li> <li>- Medicina Clinica</li> <li>- Clinica Ortopedica</li> <li>- Clinica Neurologica</li> <li>- Medicina d'Urgenza</li> <li>- Unità Terapia Intensiva Coronarica</li> <li>- Pneumologia</li> <li>- CCH TIPO</li> <li>- Anestesia Rianimazione OM e OC</li> <li>- RSA San Giusto</li> </ul>	<p>I tutor e gli studenti del corso di laurea in infermieristica, vengono coinvolti nella rilevazione e nel monitoraggio delle persone ricoverate.</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>	<p><b>100</b></p>

Referenti Aziendali Area Riabilitativa Ospedaliera e Territorio

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
1. Preparare e facilitare il percorso di integrazione dei processi riabilitativi in area Ospedaliera e Territoriale tra l'area dell'Isontino e della ASUITS	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	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	<b>100</b>
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	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	<b>100</b>
3. 3.1.7 – Promozione dell'attività fisica	Predisposizione dei bandi rivolti alle associazioni per la promozione dell'attività fisica della popolazione adulta.	1. Predisposizione dei Bandi entro il 30 novembre 2019. 2. Report sull'attività svolta entro il 31 dicembre 2019	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>  <b>0</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<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>1. 1 evento formativo rivolto ai partecipanti del gruppo aziendale “concetti del dolore e benefici dell’attività fisica” entro 01/10/2019 2. 1 evento formativo rivolto alle donne lavoratrici di ASUITs inviate dal medico competente entro 31/12/2019 Valutazione del 90% delle donne inviate dal medico competente entro 31/12/2019 3. Creazione dei percorsi di attività fisica gestiti da fisioterapista entro 31/12/2019</p>	<p style="text-align: center;"><b>100</b></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>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 style="text-align: center;"><b>100</b></p>
<p>3. 3.1.7 – Promozione dell’attività fisica</p>	<p>Predisposizione dei bandi rivolti alle associazioni per la</p>	<p>1. Predisposizione dei Bandi entro il 30 novembre 2019.</p>	<p style="text-align: center;"><b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b></p>



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	promozione dell'attività fisica della popolazione adulta.	2. Report sull'attività svolta entro il 31 dicembre 2019	<b>0</b>
4. 3.1.12. Emersione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP).	1. 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	Almeno 6 eventi entro dicembre 2019 Almeno 2 eventi entro dicembre 2019	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<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>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 style="text-align: center;"><b>100</b></p>
<p>2. Miglioramento appropriatezza prescrittiva e utilizzo di molecole dal miglior rapporto costo/beneficio. Presentazione alla</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</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</p>	<p style="text-align: center;"><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
Commissione Terapeutica Aziendale di una proposta di aggiornamento del Prontuario Terapeutico Aziendale relativamente ai farmaci per la cura del diabete	PTA ai fini di coprire tutte le esigenze di trattamento, sia in acuto (ospedale) che nella cronicità (territorio). 2. Definizione di una proposta di aggiornamento del PTA per l'area diabete e sua presentazione alla Commissione Terapeutica Aziendale per validazione.	Aziendale, con identificazione dei farmaci necessari a coprire tutte le esigenze di trattamento del diabete sia in acuto 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	
3. Monitoraggio antibiotici classe carbapenemi  La Regione FVG indica, fra gli obiettivi della RETE CURE SICURE (PAL 2019), la riduzione del consumo in ambito ospedaliero dei Carbapenemi.	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	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	<b>100</b>
4.	Calcolare l' utilizzo degli antibiotici all'interno delle singole UUOO con la misura	Indicatore Produzione di un report contenente la numerica dei	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<p>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 riconosciuto dai CDC di Atlanta.</p>	<p>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>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.</p> <p>Risultato atteso Fornire le Strutture di un cruscotto di dati farmacoepidemiologici per migliorare l'appropriatezza delle scelte in antibioticoterapia</p> <p>Tempistica: vincolata alla messa a punto nuovo database ad opera SCIT.</p> <p>Prevista entro il 30 giugno 2019</p> <p>Fonte: Protocollo assistenza farmaceutica</p>	
<p>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</p>	<p>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.</p>	<p>Indicatore: elaborazione di una nota/verbale di quanto convenuto ed invio alle UUOO interessate entro 15 giorni dai meeting (nota protocollata).</p> <p>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</p> <p>Tempistica</p>	<p><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		<p>invio del documento di chiusura del meeting entro 20 giorni dall' incontro</p> <p>Fonte: Protocollo assistenza farmaceutica</p>	
<p>6. Redazione e Pubblicazione in Intranet del Prontuario Nutrizione Enterale Ospedaliera e Territoriale</p>	<p>Stesura del Prontuario della Nutrizione Enterale alla luce della nuova gara Regionale con indicazione dei prodotti disponibili per l'ospedale e per il territorio</p>	<p>Indicatore: stesura del Prontuario Nutrizione Enterale con confronto con i medici prescrittori ospedalieri e territoriali.</p> <p>Risultato atteso: Pubblicazione del Prontuario e diffusione alle strutture Territoriali ed ospedaliere.</p>	<p><b>100</b></p>
<p>7. Riadattamento sede logistica Cattinara e Maggiore per accoglimento magazzino farmacia ex AAS1</p>	<p>1. Riorganizzazione logistica degli spazi per la conservazione farmaci presso sede di Cattinara e Maggiore 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>1. Indicatore Le azioni previste sono realizzate con la tempistica finalizzata per l' ingresso di Farmacia ex AAS1 a Cattinara e Maggiore</p> <p>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 e Maggiore.</p> <p>2. Indicatore Effettivo controllo delle ricette (carico in Magrep il giorno successivo alla distribuzione) dei farmaci ad</p>	<p><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		<p>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  2. Costruzione dei protocolli informatici che permettano la prescrizione informatizzata, attraverso il software UFA  3. Test di prima prescrizione e formazione dei Medici Oculisti, convalida dei tempi di allestimento e convalida microbiologica delle nuove formulazioni  4. Prescrizione informatizzata per tutto il 2019 del collirio di Vancomicina, Fluorouracile, Mitomicina;</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  Tempistica: entro il 31 dicembre 2019</p>	<p><b>100</b></p>
<p>9. Monitoraggio continuo dell'erosione del Budget di risorsa farmaceutico ai fini del monitoraggio quadrimestrale di bilancio aziendale</p>	<p>Predisposizione per la SOC  Controllo di Gestione del calcolo delle risorse consumate per il materiale sanitario sotto gestione diretta ed indiretta della SOC Farmacia.</p>	<p>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</p>	<p><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		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. Allineamento delle giacenze dei farmaci alto rotanti a basso costo tra i subcentri UFA in MagRep e la giacenza fisica/informatica in UFA 3. Inizio dell'attività di scarico di tutti i farmaci a basso costo altorotanti allestiti in UFA 4. Formazione e supervisione del personale coinvolto	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, genererà l'obbligo informatico di scarico dei farmaci da parte del personale tecnico ed infermieristico prima dell'allestimento; 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	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		preparati in UFA e suddivisi per centro di costo; 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 Fonte: Software UFA e Insiel Tempistica: entro il 31 dicembre 2019	
11. Implementazione dello scarico nominale in PSM, per tutti i farmaci ad alto costo preparati in UFA con tanto di targatura	1. Implementazione informatica della softwarehouse del software gestionale dell’UFA per rendere obbligatoria la targatura dei farmaci (ad alto costo e nominali) 2. Test in ambiente simulato e sul campo del nuovo sistema dopo la release; 3. Allineamento delle giacenze tra Buffer e software UFA 4. Inizio dell’attività di scarico e targatura di tutti i farmaci ad alto costo nominali allestiti in UFA 5.	Indicatore Le azioni progettate sono messe in atto con la tempistica prevista per il raggiungimento del risultato atteso Risultato atteso: 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; La prescrizione informatizzata delle chemioterapie da parte dei Clinici, genererà l’obbligo informatico di tracciatura e targatura dei farmaci da	<b>100</b>



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	Formazione e supervisione del personale coinvolto	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; Le scorte del Buffer verranno ripristinate automaticamente; Fonte: Software UFA e Insiel Tempistica: entro il 31 dicembre 2019	
12. Promuovere l'appropriatezza prescrittiva dei prodotti AFIR con particolare riferimento ai limiti di prescrivibilità dei dispositivi per diabetici	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.	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 2. Effettuazione di 1 incontro di confronto/audit con gli MMG per fornire idoneo feed-back ai prescrittori ed entro il 31.12.2019 Fonte dati: protocollo	50
13.	Implementazione dei controlli sui sistemi di	Effettuare almeno 10 visite ispettive nel corso del 2019	Obiettivo non valutabile

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
Miglioramento dei sistemi correlati alla sicurezza d'uso dei farmaci	conservazione, sulle scadenze dei farmaci forniti alle strutture dipendenti ed accreditate dalla farmacia territoriale.	in strutture dipendenti ed accreditate rifornite di 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 resi disponibili da fonti istituzionali (AIFA, EMA Regione FVG) e dalla letteratura scientifica (metanalisi, studi RCT, caso controllo).	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	100
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. 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	100
16.	Controllo delle rettifiche contabili segnalate dal	Trasmissione ai rivenditori commerciali del 100% della	50

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
Implementazione e controllo delle differenze contabili	concessionario CEDOCA per i rivenditori commerciali	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 implementazione dei controlli sulla corretta scadenza dei medicinali	<p>1. Garantire la corretta registrazione informatica della movimentazione 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>1. Evidenza al responsabile della SCAF con apposita comunicazione semestrale (2 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. 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. Fonte dati: protocollo</p>	<b>100</b>
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</p>	<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.</p>	<b>Obiettivo non valutabile</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	piani terapeutici e catalogazione di quelli cartacei.	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. Fonte dati: protocollo	

## Dipartimento di Prevenzione - Direzione

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso / tempo	% raggiungimento obiettivo
<p>1. Proposta di organizzazione del Dipartimento di Prevenzione dell'ASU GI a partire dalla valutazione della situazione esistente nelle AAS 2 e ASUITS</p>	<p>1. Produzione di un testo nel quale siano descritti: – 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> <p>2.</p>	<p>Produzione della proposta organizzativa e consegna della stessa al Commissario Straordinario. Entro il 30/09/2019</p>	<p style="text-align: center;"><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso / tempo	% raggiungimento obiettivo
	Una proposta organizzativa del futuro Dipartimento di Prevenzione dell'ASUGI, che tenga conto degli elementi sopra indicati		
<p>2. WHP (Workplace Health Promotion) Progetto triennale "Salute e benessere dopo i 45 per le lavoratrici di ASUITs". Secondo anno.</p>	<p>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.</p>	<p>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.</p>	<b>100</b>
<p>3. Monitoraggio dei fattori organizzativi di rischio nelle residenze per anziani, in collaborazione con INAIL DIMEILA (Progetto CCM 2016)</p>	<p>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.</p>	<p>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</p>	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso / tempo	% raggiungimento obiettivo
	Informazione alle aziende sui risultati dell'indagine.		

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

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso / tempo	% raggiungimento obiettivo
4. 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"> <li>– il contesto in cui opera la Struttura;</li> <li>– l'attività della Struttura, sulla base della normativa vigente e dell'organizzazione storica rispondente al contesto in cui opera;</li> <li>– l'attività corrente e l'attività a forte componente innovativa o di ricerca condotta nell'ultimo quinquennio;</li> <li>– un elenco dei principali strumenti procedurali/ organizzativi utilizzati.</li> </ul> <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>	Produzione della proposta organizzativa e consegna della stessa al Direttore del Dipartimento. Entro il 31/08/2019.	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso / tempo	% raggiungimento obiettivo
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	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 ambientale a seguito di legionellosi" e "Campionamento acque").	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.	100
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	Incontri informativi almeno nell'80% delle Strutture in cui si siano verificati episodi epidemici di scabbia.	100
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.	Attività di assistenza nei confronti di almeno 10 strutture per le quali si verificano possibili criticità nel percorso autorizzativo.	100
8. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive mirati agli utenti a rischio assistiti presso la SC Ematologia.	1. Attuare una politica istituzionale di promozione delle vaccinazioni anti germi capsulati (Pneumococco, Meningococco B e tetravalente ed Haemophilis Influenza) nei pazienti ematologici a rischio (come	Documentare l'inizio del programma vaccinale.  Indicare il numero di pazienti vaccinati.	100



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso / tempo	% raggiungimento obiettivo
<p>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)</p>	<p>da documento Raccomandazioni per le vaccinazioni nei pazienti adulti con neoplasie ematologiche e nei pazienti sottoposti a trapianto di cellule staminali emopoietiche 2019) 2. Offrire la possibilità di eseguire il programma vaccinale indicato al punto 1 per i pazienti ematologici presso il Centro Unico SOMministrazione Antblastici (CUSA) 3. Attuare entro il 2019 il programma di inizio 4. Registrazione in SIASI dei pazienti vaccinati</p>		
<p>9. Prevenzione delle malattie infettive trasmesse da vettori (zanzare)</p>	<p>1. Individuazione delle attività che comportano il deposito di pneumatici. 2. Sopralluogo nelle attività individuate per identificare situazioni favorevoli alla proliferazione delle zanzare. 3. Eventuale prescrizione di azioni di controllo. 4. Verifica del rispetto dell'adempimento alle prescrizioni.</p>	<p>Effettuazione del sopralluogo nel 90% delle attività individuate.</p>	<p>100</p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso / tempo	% raggiungimento obiettivo
<p>10. 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:                      – 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> <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>Produzione della proposta organizzativa e consegna della stessa al Direttore del Dipartimento.                      Entro il 31/08/2019.</p>	<p>100</p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso / tempo	% raggiungimento obiettivo
<p>11. 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: – 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> <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>Produzione della proposta organizzativa e consegna della stessa al Direttore del Dipartimento. Entro il 31/08/2019.</p>	<p style="text-align: center;"><b>100</b></p>
<p>12. Valutazione del rischio nell'ambito dei controlli di farmacovigilanza negli allevamenti bovini per una piena applicazione dei criteri previsti dai controlli sulla</p>	<p>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</p>	<p>Selezione degli allevamenti da sottoporre a controllo mediante verifica dei dati presenti nella Banca dati nazionale degli allevamenti. Entro il 31/03/2019.</p>	<p style="text-align: center;"><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso / tempo	% raggiungimento obiettivo
condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	allevamenti che allevano bovini da carne, utilizzando la tabella predisposta dalla Direzione Regionale.	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	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	100
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 dell'adeguatezza dell'affidatario.	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 giorni dalla compilazione delle stesse e comunicazione dell'esito alla famiglia adottante.	100

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso / tempo	% raggiungimento obiettivo
<p>15. 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:                      – il contesto in cui opera la Struttura;                      – l'attività della Struttura, sulla base della normativa vigente e dell'organizzazione storica                      – a 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> <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>Produzione della proposta organizzativa e consegna della stessa al Direttore del Dipartimento. Entro il 31/08/2019.</p>	<p style="text-align: center;"><b>100</b></p>
<p>16. Armonizzazione delle attività del Controllo Ufficiale, con riferimento all'art.8 Reg CE 882-04 e</p>	<p>1. Approfondimento, mediante la partecipazione a lavori di gruppo, delle disposizioni previste dal Reg CE 625-17</p>	<p>Redazione ed adozione delle due procedure</p>	<p style="text-align: center;"><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso / tempo	% raggiungimento obiettivo
delle specifiche Linee Guida Ministeriali	nell'ambito dei controlli ufficiali; 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)		
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)	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	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	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso / tempo	% raggiungimento obiettivo
<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:                      – 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> <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>Produzione della proposta organizzativa e consegna della stessa al Direttore del Dipartimento. Entro il 31/08/2019.</p>	<p style="text-align: center;"><b>100</b></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</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</p>	<p style="text-align: center;"><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso / tempo	% raggiungimento obiettivo
	microscopica sulla lettura dei filtri. 2. Revisione del protocollo di laboratorio. 3. Completamento delle pratiche di qualificazione del Laboratorio fibre aziendale presso il Ministero della Salute.	campionamento e analisi 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.	Verifica della correttezza della sorveglianza sanitaria in 12 aziende che effettuano le bonifiche di amianto.	<b>100</b>
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.	1. Codifica del processo di intervento mirato alla prevenzione del rischio chimico in aziende ad rischio di incidenti rilevanti: flow chart di intervento 2.	<b>100</b>



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso / tempo	% raggiungimento obiettivo
	Analisi delle schede di sicurezza degli agenti chimici pericolosi 4. Sopralluogo valutativo 5. Eventuali azioni di miglioramento della gestione del rischio chimico e prescrizioni/disposizioni	Almeno un'azienda a rischio di incidenti rilevanti connessi con agenti chimici pericolosi visitata secondo la flow chart elaborata	
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	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	<b>100</b>
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	30 strutture valutate	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso / tempo	% raggiungimento obiettivo
<p>24. 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: – 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> <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>Produzione della proposta organizzativa e consegna della stessa al Direttore del Dipartimento. Entro il 31/08/2019.</p>	<p style="text-align: center;"><b>100</b></p>
<p>25. Analisi dei carichi di lavori per le verifiche degli ascensori nelle province di Trieste e Gorizia con particolare riguardo allo</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</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</p>	<p style="text-align: center;"><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso / tempo	% raggiungimento obiettivo
stato delle richieste formalmente accettate	aggiornamento della situazione in relazione a verifiche eseguite, revocate o in ritardo.	protocollo) ed analisi aggiornata delle posizioni (Situazioni regolari, incerte o revocate).	
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	Individuazione di un lotto di verifiche di ascensori critiche da accertare od eseguire in via prioritaria tra quelle con incarico formalmente conferito.	Valutazione e/o esecuzione di almeno 110 verifiche e posizioni tra quelle con richiesta di verifica protocollata dando priorità a quelle in ritardo.	100
27. Miglioramento della sicurezza degli 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)	Predisposizione di un modello base per il “registro di manutenzione e verifiche degli impianti elettrici” e relative incombenze ad uso dell’utenza	Creazione di un modello di registro con relativa checklist dei controlli e prove da eseguirsi sugli impianti elettrici con riferimento agli obblighi/disposizioni di cui alla normativa vigente.	100
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)	Richiedere, reperire ed elaborare una lista di almeno 110 indirizzi/codici per le necessità contabili della fatturazione elettronica	100

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso / tempo	% raggiungimento obiettivo
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;	Creazione del registro, organizzazione formale della implementazione dello stesso.	<b>100</b>
30. Gestione delle informazioni relative alle malattie trasmesse dalla zecca con interventi di prevenzione mirata	1. Incontri informativi con i dirigenti, i preposti ed i lavoratori forestali della 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	1. 5 incontri informativi con dirigenti, preposti e lavoratori forestali; 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	<b>100</b>
31. Promozione della salute e prevenzione del rischio cardio vascolare nei lavoratori ultracinquantenni	Accertamenti di I livello con calcolo del rischio cardiovascolare	50 lavoratori ultracinquantenni valutati	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso / tempo	% raggiungimento obiettivo
	Eventuale accertamenti di II livello presso centro specialistico		
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	1. Predisposizione dello scadenziario sulla base dell'archivio gestionale Q81 della Regione Friuli Venezia Giulia; 2. 100% delle visite effettuate registrate nel programma ASUITs	100

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

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso / tempo	% raggiungimento obiettivo
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; – l'attività della Struttura, sulla base della normativa vigente e dell'organizzazione storica rispondente al contesto in cui opera;	Produzione della proposta organizzativa e consegna della stessa al Direttore del Dipartimento. Entro il 31/08/2019.	100

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso / tempo	% raggiungimento obiettivo
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– l'attività corrente e l'attività a forte componente innovativa o di ricerca condotta nell'ultimo quinquennio;</li> <li>– un elenco dei principali strumenti procedurali/ organizzativi utilizzati.</li> </ul> <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>		
Sicurezza alimentare nell'ambito del Controllo ufficiale	Collaborazione con il Coordinatore dei Tecnici della Prevenzione nell'esecuzione dei Controlli ufficiali al fine di uniformare le procedure adottate	Effettuazione di almeno 5 controlli ufficiali entro il 31/12/2019	
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	Almeno 10 strutture per anziani visitate	<b>100</b>
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</p>	Redazione di due procedure entro il 30/11/2019 ed adozione delle stesse a partire da tale data.	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso / tempo	% raggiungimento obiettivo
	625/2017 e al processo di accreditamento dell'ASUITS (Accreditation Canada)		
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	Stesura del regolamento e trasmissione al Direttore di Dipartimento entro il 30/11/2019	100

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

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso / tempo	% raggiungimento obiettivo
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	Aumento numero ore settimanali di ambulatorio da 12 a 14.	100
38. Contenimento dei tempi di attesa delle visite per invalidità civile.	Aumentare il numero di visite e, se necessario, il numero di sedute.	Tempo medio di attesa nel mese di dicembre 2019 entro i 60 giorni.	100
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	Adozione delle procedure e del calendario entro il 30/09/2019	100

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso / tempo	% raggiungimento obiettivo
<p>40. 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"> <li>– il contesto in cui opera la Struttura;</li> <li>– l'attività della Struttura, sulla base della normativa vigente e dell'organizzazione storica rispondente al contesto in cui opera;</li> <li>– l'attività corrente e l'attività a forte componente innovativa o di ricerca condotta nell'ultimo quinquennio;</li> <li>– un elenco dei principali strumenti procedurali/ organizzativi utilizzati.</li> </ul> <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>Produzione della proposta organizzativa e consegna della stessa al Direttore del Dipartimento. Entro il 31/08/2019.</p>	<p style="text-align: center;"><b>100</b></p>



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso / tempo	% raggiungimento obiettivo
41. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	<b>100</b>

## DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA TERRITORIALE

### Dipartimento di Assistenza Territoriale (DAT)

#### SC Gestione Prestazioni Sanitarie Progettazione Attività Sociosanitarie

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	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	<b>100</b>
2. Monitoraggio e contenimento della spesa sanitaria	Analisi prestazioni di ricovero e ambulatoriali per assistiti ASUITS e rispetto accordi ASUITS - Strutture private accreditate	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.	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
3. Monitoraggio della fuga ER e contenimento della spesa sanitaria	Analisi della fuga extraregione (ER) per prestazioni di ricovero per assistiti ASUITS.	Produzione di un report analitico di fuga extraregione 2018 e confronto anni precedenti, subordinato alla trasmissione dei dati ufficiali da parte della Regione	100
4. Monitoraggio della fuga ER e contenimento della spesa sanitaria	Analisi della fuga extraregione (ER) per prestazioni ambulatoriali per assistiti ASUITS.	Produzione di un report analitico di fuga extraregione 2018 e confronto anni precedenti, subordinato alla trasmissione dei dati ufficiali da parte della Regione	100
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	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.	100
6. Piano dei Tempi di attesa 2019	Predisposizione della proposta del Piano dei Tempi	Evidenza della proposta Piano dei Tempi di Attesa 2019 inviato al Direttore DAT	100

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	di attesa 2019 entro giugno 2019	e Direttore DAO e Direzione Strategica	
7. Libera Professione	Monitoraggio % prenotazione delle prestazioni	Evidenza di report quadrimestrale per singolo professionista	<b>100</b>
8. Libera Professione	Monitoraggio degli incassi tramite G3 per la libera professione	Evidenza di report mensili per singolo professionista	<b>100</b>
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	Evidenza di report quadrimestrale per singola Struttura	<b>100</b>
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	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	<b>100</b>
11. Anagrafe sanitaria	1. Mantenere aggiornata l'anagrafe sanitaria verificando gli assistiti in base ai dati del monitoraggio delle lettere inesitate 2.	Effettuazione del 100% delle modifiche dell'anagrafe sanitaria derivanti dall'analisi delle lettere inesitate	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	Aggiornamento/cancellazioni e medico MMG su trasferiti e personale navigante		
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	Formalizzazione della procedura entro il 31 dicembre 2019	100
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	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.	100
14. Riorganizzazione registrazioni pagamenti di prestazioni sanitarie tramite bonifici nel programma CUPWEB	1. Analisi dell'attuale organizzazione 2. Stesura della procedura	1. Entro maggio 2019 produzione della procedura. 2. Entro settembre 2019 sperimentazione del modello individuato. 3.	100

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		Entro dicembre 2019 messa a regime dello stesso.	
15. Eternalizzazione di n. 3 postazioni CUP e ritiro referti presso la sede dell'Osp. Maggiore	Studio di fattibilità e sostenibilità (economica)	1. Entro marzo 2019 produzione di un report di analisi relativamente al 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.	100
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	1. Entro marzo 2019 2. Redazione bozze decreti di presa d'atto degli accordi con le strutture private accreditate convenzionate	100

Obiettivo generale 2019	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<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"> <li>a. Polifarmacoterapia/ appropriatezza prescrittiva</li> <li>b. Nutrizione artificiale</li> <li>c. Rete delle cure palliative</li> </ul>	<p>a.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. L' 80 % delle persone dimesse dalle medicine con più di 75 anni ha in terapia meno di 9 principi attivi.</li> <li>2. Le persone con più di 75 anni dimesse dalle medicine con più di 8 farmaci vengono segnalate ai distretti.</li> <li>3. attivazione di valutazioni multidisciplinari, delle persone al punto 2, con il fine di valutare a distanza possibile riduzione dei principi attivi.</li> </ul>	<p><b>100</b></p>

Obiettivo generale 2019	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		<p>b.</p> <p>1. almeno 80% delle persone con indicazione a Nutrizione Artificiale (NA) devono essere segnalate ai Distretti 72 ore prima della dimissione dall'Ospedale.</p> <p>2. valutazione del 100% degli assistiti segnalati per avvio percorsi di NA.</p> <p>c.</p> <p>1. Segnalazione nei percorsi di continuità assistenziale di tutte persone con prognosi infausta.</p> <p>2. Elaborazione di modello organizzativo proattivo di presa in carico.</p>	

Obiettivo generale 2019	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
2. Monitorare la corretta tenuta delle credenziali di accesso ai programmi informatici al fine di ridurre il numero di richieste reset al sistema informatico.	1. Creazione di un archivio 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.	1. Archivio informatizzato presente al 31.03.2019 2. Report trimestrale degli avvisi di verifica 3. Report trimestrale verifica appropriatezza	100
3. Effettuazione dei controlli a campione sulle autocertificazioni rilasciate dai cittadini nell'ambito delle attività amministrative distrettuali	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	Presenza di un report distrettuale che rilevi il numero dei controlli svolti sulle autocertificazioni individuate nel periodo 01.03.2019-30.11.2019.	100
4. Semplificazione dei controlli sull'assistenza programmata erogata dai MMG in applicazione DPR 484/96 art.39 c1 e A.I.R./97 nelle	1. Creazione di un file da aggiornare mensilmente con elenco MMG operanti in struttura protetta, numero rispettivo di pazienti assistiti	1. Creazione file entro il 31.03.2019, con i seguenti dati aggiornati mensilmente, di due strutture protette del D1:	100



Obiettivo generale 2019	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
residenze protette del Distretto n.1 ai fini della liquidazione dei compensi	<p>e relativo orario dovuto di presenza settimanale.</p> <p>2. verifica dell'aderenza dei MMG alle indicazioni degli Accordi regionali e aziendali sull'assistenza programmata in struttura protetta</p>	<p>nomi dei MMG con assistenza programmata, numero rispettivo pazienti in assistenza programmata, n.ore dovute di presenza /settimana.</p> <p>2. Report trimestrale espletamento assistenza programmata nelle due strutture protette monitorate</p> <p>Fonte: fogli riepilogativi mensili per la liquidazione dei compensi inviati dai MMG</p>	
<p>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</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'ASS 2, che tenga conto delle esigenze del territorio e di eventuali specifiche situazioni, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente</p> <p>3. Approvazione dello schema tipo convenzionale unico entro il 31.05.2019 e</p>	<p>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.</p> <p>Applicazione dello stesso per le nuove convenzione predisposte nel corso del 2019</p>	<p><b>100</b></p>

Obiettivo generale 2019	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	comunque prima della stipula delle nuove convenzioni		
<p>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 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>Al 30/09/2019 evidenza elenco dei documenti reperiti e Entro 31.12.2019 almeno 1 percorso assistenziale di miglioramento applicato Report conclusivo</p>	<p><b>100</b></p>
<p>7. 3.1.7. Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)</p>	<p>Implementazione dei gruppi di cammino/attività fisica rivolti alla popolazione adulta e anziana delle microaree del distretto (target patologie <i>long term</i>: prevenzione, gestione)</p>	<p>1. Mantenimento dei gruppi esistenti  2. Implementazione di almeno 1 ulteriore gruppo per distretto (SSD Riab OB 18)</p>	<p><b>100</b></p>

Obiettivo generale 2019	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		<p>3. Inserimento di ulteriori partecipanti nei gruppi di cammino/attività fisica già esistenti</p> <p>4. Report dell'attività svolta al 31/12 con evidenza di n. uscite, destinazione e persone partecipanti</p>	
<p>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</p>	<p>Sensibilizzazione della popolazione residente nella Microarea rispetto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vaccinazioni (area minori; area anziani)</li> <li>- programmi di screening <ul style="list-style-type: none"> <li>a) diffusione alle persone del materiale illustrativo presente in ASUITs (dépliant, brochure)</li> <li>b) incontri di comunità con esperti sui singoli argomenti</li> <li>c) sostegno alle persone fragili nei percorsi</li> </ul> </li> </ul>	<p>1. 100% dei nuovi conosciuti ha avuto il materiale informativo</p>	<p style="text-align: center;"><b>100</b></p>

Obiettivo generale 2019	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		2. Almeno 2 incontri di comunità  3. 100% delle persone riconosciute fragili ha un percorso di sostegno	
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 infermieristico della documentazione sanitaria disponibile in Distretto n.1 dopo la valutazione infermieristica domiciliare /ambulatoriale delle persone	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. 2. Condivisione con il personale del comparto S.C. Tutela Salute Adulti e Anziani nel 100% dei casi valutati e anche con il	<b>100</b>

Obiettivo generale 2019	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	<p>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>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 nei primi 9 mesi entro il 31/10/19</p> <p>Report conclusivo redatto</p>	
<p>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 &gt;= 65 anni Servizio di Continuità Assistenziale Ospedale-</p>	<p>1. Valutazione delle persone dimesse dai reparti di medicina e rientranti nelle seguenti categorie: a) Persone con età &gt; di 75 anni e con più di 8 farmaci; b) Persone con indicazione a Nutrizione Artificiale;</p>	<p>1. Valutazione del 100% dei casi segnalati come da azione (a; b; c)</p> <p>2.</p>	<p><b>100</b></p>

Obiettivo generale 2019	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
Territorio. Progetto distrettualizzazione del DAI di Medicina	c) Persone con prognosi infausta 2. Attuazione di quanto stabilito nella valutazione	Attivazione del percorso personalizzato nelle persone che lo necessitano Report casistica finale	
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	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	100
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 Scompenso cardiaco 3.2.1.2.3 BPCO Progetti attinenti le attività clinico assistenziali; Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale. Rafforzamento	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	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	100

Obiettivo generale 2019	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
del raccordo tra ospedale e territorio			
13. 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 (Stuparich, Ieralla, Gentilomo).	1. Evidenza di almeno 1 incontro con ciascun MMG operante nelle tre 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)	100
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	Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani.	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	100

Obiettivo generale 2019	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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 svolte nell'anno precedente.	
15. 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.	Applicazione del protocollo (Prot. SCACML 2961/17) per l'approfondimento neuropsicologico dell'idoneità alla guida delle persone inviate dalla Commissione patenti.	Tutti i casi segnalati dalla SCACML al Distretto 1 sono stati valutati secondo protocollo.	100
<b>SSD Riabilitazione</b>			
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	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)	100
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	Disponibilità del fascicolo entro il 31/10/2019	100



Obiettivo generale 2019	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	affidenti alle strutture riabilitative ospedaliere e territoriali di ASUITs.	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. follow up dei partecipanti entro 6 mesi	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	<b>100</b>
19. 3.5.4. Pediatria - Età evolutiva	Creazione di un gruppo tecnico per la stesura di un progetto integrato ospedale/territorio che	Evidenza del progetto entro 31/12/2019	<b>100</b>

Obiettivo generale 2019	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	definisca le modalità di presa in carico dei minori con necessità riabilitative		
<p>20.</p> <p>Linee di gestione 2019.</p> <p>3.2.2.3 Minori</p> <p>Rivalutazione dei progetti a favore dei minori istituzionalizzati</p> <p>Contrasto all'istituzionalizzazione dei minori.</p> <p>Rivalutazione dei progetti a favore dei minori istituzionalizzati</p>	<p>1.</p> <p>Definizione di procedure di monitoraggio e revisione dei progetti a favore di minori in carico alla SCBADO F inseriti in comunità (educative, miste e terapeutiche intra ed extraregionali).</p> <p>2.</p> <p>Rivalutazione dei progetti personalizzati a favore dei minori istituzionalizzati in carico e loro monitoraggio.</p>	<p>1.</p> <p>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.</p> <p>2.</p> <p>Tutti i minori in carico inseriti nelle comunità intra ed extraregionali hanno un progetto personalizzato che viene monitorato.</p> <p>Report esiti applicazione procedure entro il 31/12/2019.</p>	<p><b>100</b></p>
<p>21.</p> <p>Linea 3.2.2.3- Minori- 4 SSTSBA</p> <p>Vengono adottate procedure di accoglienza uniformi per i minori nella fascia d'età 0- 17 anni nelle 4 SS Tutela salute bambino e adolescente</p>	<p>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.</p>	<p>1.</p> <p>Elaborazione di un documento che descriva le procedure di accoglienza entro il 31/10/2019.</p> <p>2.</p> <p>Applicazione delle procedure di accoglienza a</p>	<p><b>100</b></p>

Obiettivo generale 2019	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		tutti i nuovi accessi su richiesta spontanea a partire dal 1/11/2019.	
<p>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</p>	<p>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</p>	<p>Elaborazione di un documento che descriva i percorsi di valutazione psicologica definita entro il 31/10/2019.</p> <p>Applicazione del protocollo di valutazione specialistica descritta a almeno il 60% dei nuovi accessi su richiesta spontanea a partire dal 1/11/2019 previo consenso dei genitori o facenti funzioni.</p>	<p>100</p>
<p>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.</p>	<p>Definire i percorsi e gli strumenti di valutazione dei minori (fascia età 0- 17) che accedono alle 4 SCBADOF per problematiche neuro/motorie.</p>	<p>Elaborazione di un documento che descriva i percorsi e gli strumenti valutativi entro il 31/10/2019.</p> <p>Applicazione de i percorsi e degli strumenti di valutazione descritti a tutti i nuovi accessi con problematiche</p>	<p>100</p>

Obiettivo generale 2019	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		neuro/motorie partire dal 1/11/2019 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.	Viene tenuta registrazione delle situazioni in carico con problematica DCA con evidenza del monitoraggio	<b>100</b>
25. Integrazione ospedale/territorio Individuazione donne a rischio aumentato per carcinoma mammario/ovarico da avviare a percorsi alternativi rispetto a quanto proposto dallo screening regionale	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 ambulatoriali dell'IRCCS Burlo Garofolo	Organizzazione di incontro informativo con il personale del Distretto 1 sul tema dell'alto rischio genetico e non genetico in modo da fornire gli strumenti per identificare la popolazione a rischio  Dal 1 settembre: Il 100% delle donne individuate (consenzienti) avviate al percorso di valutazione del rischio	<b>100</b>
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	1. Ostetrica presente nella gestione di almeno 9 nuove gravidanze fisiologiche 31.12.2019	<b>100</b>

Obiettivo generale 2019	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		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	Un (1) gruppo di informazione e sensibilizzazione realizzato con nuove modalità e secondo Linee Guida regionali	100
<b>S. S. Centro Diabetologico</b>			
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 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	1. Corso di formazione realizzato entro dicembre 2019  2. Un incontro di audit per Distretto sanitario realizzato entro il 31/12/20019	100

Obiettivo generale 2019	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	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	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	100
30. 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	Valutazione dei rischi della SO effettuata e registro implementato entro il 30/06/2019. Documentazione sottoscritta dal RPC e dal Responsabile di SO	100

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<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>Proseguimento delle progettualità di lavoro integrate ospedale – territorio (2017-2018):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>d. Polifarmacoterapia/ appropriatezza prescrittiva</li> <li>e. Nutrizione artificiale</li> <li>f. Rete delle cure palliative</li> </ul>	<p>a.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. L' 80 % delle persone dimesse dalle medicine con più di 75 anni ha in terapia meno di 9 principi attivi.</li> <li>2. Le persone con più di 75 anni dimesse dalle medicine con più di 8 farmaci vengono segnalate ai distretti.</li> <li>3. attivazione di valutazioni multidisciplinari, delle persone al punto 2, con il fine di valutare a distanza possibile riduzione dei principi attivi.</li> </ol> <p>b.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. almeno 80% delle persone con indicazione a Nutrizione Artificiale (NA) devono essere segnalate ai Distretti 72 ore prima della dimissione dall'Ospedale.</li> <li>2. valutazione del 100% degli assistiti segnalati per avvio percorsi di NA.</li> </ol> <p>c.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Segnalazione nei percorsi di continuità assistenziale di tutte persone con prognosi infausta.</li> <li>2. Elaborazione di modello organizzativo proattivo di presa in carico.</li> </ol>	<p><b>100</b></p>
2.	1.	1.	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani.	<p>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.</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>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> <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 ASP ITIS 31/12/19.</p>	
3. Mantenimento standard qualità come da <i>Accreditation Canada</i>	<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>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>	<b>100</b>



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
4. Effettuazione dei controlli a campione sulle autocertificazioni rilasciate dai cittadini nell'ambito delle attività amministrative distrettuali	4.1 Individuazione delle autocertificazioni acquisite in Distretto ai fini dei controlli sulla veridicità di quanto dichiarato 4.2 Controlli e verifiche, nel periodo dal 01.03.19 al 31.12.19, per almeno il 20% delle autocertificazioni individuate 4.3 Predisposizione di un report dei controlli svolti nel periodo 01.03.2019 - 31.12.2019	Presenza di un report distrettuale che rilevi il numero dei controlli svolti, nel periodo 01.03.2019-31.12.2019, sulle autocertificazioni individuate	<b>100</b>
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	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'AAS 2, che tenga conto delle esigenze del territorio e di eventuali specifiche situazioni, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente	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 convenzioni predisposte nel corso del 2019	<b>100</b>
6. 3.2 ASSISTENZA DISTRETTUALE E ASSISTENZA SOCIO SANITARIA	1. Censimento dei servizi/attività/PDTA/reti in essere presso ASUITs al 31.12.2018	Al 30/9/2019 evidenza elenco dei documenti reperiti Entro 31.12.2019 almeno 1 percorso assistenziale di miglioramento applicato	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<p>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>2.  Rilettura ed aggiornamento dei percorsi assistenziali ritenuti strategici per il miglioramento delle situazioni legate a comorbidità e polipatologia</p>	<p>Report conclusivo</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><i>tale da intercettare e possibilmente prevenire, limitare, ritardare complicazioni, ricadute, riacutizzazioni - che generano ricoveri spesso evitabili</i></u>).  3.2.1 ASSISTENZA DISTRETTUALE</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>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>	<p><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
3.2.1.1 Assistenza primaria 3.2.1.2 Attività distrettuali a supporto delle cure di lungo termine 3.2.1.2.2 Scompenso 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			
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)	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	<b>100</b>
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	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	<b>100</b>
10.	1.	1.	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<p>3.2.1.2 Attività distrettuali a supporto delle cure di lungo termine</p> <p>3.5.7. Erogazione dei livelli di assistenza</p> <p>Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti &gt;= 65 anni</p> <p>Servizio di Continuità Assistenziale Ospedale-Territorio.</p>	<p>Segnalazione delle persone dimesse dai reparti di medicina e rientranti nelle seguenti categorie:</p> <p>d) Persone con età &gt; di 75 anni e con più di 8 principi attivi in terapia;</p> <p>e) persone con indicazione a Nutrizione Artificiale;</p> <p>f) persone con prognosi infausta</p> <p>2. Attuazione di quanto stabilito nella valutazione</p>	<p>Valutazione del 100% dei casi segnalati come da azione (a; b; c) come da indicatori descritti nell'obiettivo 1</p> <p>2. Attivazione del percorso personalizzato nelle persone che lo necessitano (Report casistica finale)</p>	
<p>11. Raccordo con l'anno precedente Assistenza Primaria Cronicità e Polifarmacoterapia</p> <p>Sviluppo della riorganizzazione della assistenza medica primaria in coerenza con le disposizioni regionali</p>	<p>1. Segnalazione da parte dei MMG e/o dei referenti di Microarea del Distretto 2 di pazienti affetti da un quadro di polipatologia (incluse dipendenze da sostanze) o di malattia di durata di grado severo, residenti entro una delle Microaree del Distretto 2 per la definizione e con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- applicazione dei principali PDTA ASUITS, se indicato;</li> <li>- attivazione dei Servizi Sanitari e Sociali territoriali nei casi previsti</li> <li>- revisione dello schema di terapia farmacologica secondo il protocollo ASUITS di polifarmacoterapia</li> </ul> <p>2. Stesura e attuazione di un piano assistenziale (PAI)</p>	<p>1. Valutazione del 100% dei pazienti segnalati come descritto.</p> <p>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.</p> <p>3. Consegna report semestrale e annuale alla Direzione di Distretto.</p> <p><i>Fonte: documentazione agli atti</i></p>	<p><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	domiciliare in collaborazione con Microarea e tutti i Servizi Territoriali utili 3. Reportistica semestrale e conclusiva		
<p>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 (scompenso cardiaco)</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>	<p>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 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 (<math>\geq</math> 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.</p>	<p>1a e 1b Valutazione del 100% delle segnalazioni.</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 style="text-align: center;"><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	Istituzione dell'Equipe multiprofessionale per la valutazione congiunta dei paziente (ove necessario e dove possibile) 3a. Reportistica semestrale al 30.06.18 3b. Reportistica conclusiva dell'attività svolta	3a. Al 30.6.2018 report dell'attività svolta 3b. Report conclusivo dell'attività svolta  <i>(Fonte: documentazione agli atti/G2 clinico)</i>	
13. Attivazione di programmi di medicina d'iniziativa nell'ambito delle patologie croniche-	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 un'opuscolo sulla guida sicura rivolto alle persone con disturbi cognitivi e ai familiari/caregiver.	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 novembre 2019.	<b>100</b>
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	1. Corso di formazione realizzato entro dicembre 2019 2. Un incontro di audit per SO Distretto realizzato entro il 31/12/20019	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	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.		
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	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	<b>100</b>
16. 3.2.1.2 attività distrettuale a supporto delle cure a lungo termine Appropriatezza farmacologica	Ottimizzazione della politerapia nel paziente fragile geriatrico e riduzione della probabilità di reazioni avverse da farmaci (ADR)	In dimissione l'80% degli assistiti ha in terapia $\leq 8$ principi attivi. Relazione di attività con reportistica.	<b>100</b>
17. 3.2.1.2 Attività distrettuali a supporto delle cure di lungo termine. Utilizzo del modello Chronic Care Model per personalizzare, stratificare la	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	1. Presenza entro il 31/12/2019 per almeno l'90% delle cartelle chiuse di P.A.I. correttamente compilati; 2.	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
complessità e intercettare la fragilità di ogni assistito in struttura.	struttura per condividere l'aderenza e applicazione del modello, le criticità ed il piano correttivo eventuale .	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	Referti inseriti in G2 con firma digitale: 80%  Relazione semestrale sull'avanzamento dell'attività (30.6-31.12)	<b>100</b>
19. Simultaneous care Qualità delle cure	Tutti i pazienti con diagnosi di neoplasia pancreaticamente localmente avanzata o metastatica vengano valutati in integrazione il personale della SSD Cure Palliative anche per avvio percorsi di continuità cure	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	<b>100</b>
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 trattate	Disponibilità del fascicolo entro il 31/10/2019 Utilizzo dello stesso a partire dal 4/11/2019	<b>100</b>



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	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	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	<b>100</b>
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	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)	<b>100</b>
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	1. Partecipazione al tavolo per la definizione di procedure di monitoraggio e revisione dei progetti a favore di minori in carico alla SCBADO F inseriti	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	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
dei minori in strutture residenziali e semiresidenziali	in comunità (educative, miste e terapeutiche intra ed extraregionali ). 2. Monitoraggio delle attività del centro diurno e riorganizzazione delle stesse sulla base dei punti di forza e delle criticità evidenziate	al capodistretto entro il 30 giugno 2019.  Report con dati presentato al coordinamento distretti 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.	Viene individuato il referente. Viene tenuta registrazione delle situazioni in carico con problematica DCA	<b>100</b>
25. 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 dalle 4 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	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 descriva i piani di miglioramento relativi ai percorsi e agli	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	per problematiche neuro/motorie, malattie rare e cerebro lesioni 4. Applicazione dei piani di miglioramento	strumenti valutativi entro il 31/10/2019.  4. Evidenza dell'applicazione dei piani di miglioramento a partire dal 1/11/2019 31/12/2019	
26. 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, Accreditemento 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	Presentare alla SC Ricerca, Innovazione clinico-assistenziale, Qualità, Accreditemento 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	<b>100</b>
27. 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	Ostetrica presente nella gestione di almeno 12 nuove gravidanze fisiologiche Fonte dati: sistema informativo Gestione Consultori familiari, cartelle utenza 31.12.2019	<b>100</b>
28. Linee di gestione 2019 3.2.2.7 Consultori familiari	Offerta attiva in Accoglienza Mamma-bambino della visita domiciliare ostetrica in	Il 100% delle donne target consenzienti hanno avuto la visita domiciliare in puerperio	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio	puerperio a tutte le donne individuate e consenzienti: <ul style="list-style-type: none"> <li>- in dimissione protetta dall'Ospedale</li> <li>- in situazione di rischio psicosociale</li> <li>- con problematiche legate all'allattamento</li> <li>- con altre problematiche di salute</li> </ul>	Fonte dati: registro Accoglienza Mamma-Bambino 31.12.2019	
29. 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	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	<b>100</b>
30. 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	Vademecum inviato al Direttore dei servizi sociosanitari e al Coordinamento Distretti <i>Fonte dati: report, Regolamento decreto n. 773/2016, schede collegate al 31.12.19</i>	<b>100</b>
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	Valutazione dei rischi della SO effettuata e registro implementato entro il 30/06/2019. Documentazione sottoscritta dal RPC e dal Responsabile di SO	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	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		

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<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>Proseguimento delle progettualità di lavoro integrate ospedale – territorio (2017-2018):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Polifarmacoterapia/ appropriatezza prescrittiva</li> <li>b. Nutrizione artificiale</li> <li>c. Rete delle cure palliative</li> <li>d. Implementazione di report distrettuale sull'attività di continuità assistenziale tra ospedale e territorio</li> </ul>	<p>a.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. L' 80 % delle persone dimesse dalle medicine con più di 75 anni ha in terapia meno di 9 principi attivi.</li> <li>2. Le persone con più di 75 anni dimesse dalle medicine con più di 8 farmaci vengono segnalate ai distretti.</li> <li>3. Valutazione del 100% dei casi segnalati</li> <li>4. Attivazione di valutazioni multidisciplinari, delle persone che necessitano al punto 3, al fine di valutare a distanza una possibile riduzione dei principi attivi.</li> </ol> <p>b.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. almeno 80% delle persone con indicazione a Nutrizione Artificiale (NA) devono essere segnalate ai Distretti 72 ore prima della dimissione dall'Ospedale.</li> <li>2. valutazione del 100% degli assistiti segnalati per avvio percorsi di NA.</li> <li>c.</li> </ol>	<p><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		1. Segnalazione nei percorsi di continuità assistenziale di tutte persone con prognosi infausta. 2. Elaborazione di modello organizzativo proattivo di presa in carico. d. Almeno 3 report di monitoraggio e report conclusivo	
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	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	<b>100</b>
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	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	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	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)	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	
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.	Applicazione del protocollo (Prot. SCACML 2961/17) per l'approfondimento neuropsicologico dell'idoneità alla guida delle persone inviate dalla Commissione Patenti.	Tutti i casi (100%) segnalati dalla SCACML al Distretto 3 valutati secondo Protocollo	100
5. LINEE DI GESTIONE REGIONALI 2019 3.1.7. Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)	Implementazione dei gruppi di cammino rivolti alla popolazione adulta e anziana del distretto (target patologielong term: prevenzione, gestione)	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	100
6. LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO E	1. Organizzazione di una giornata di formazione per MMG dedicata alla Gestione	1. Corso di formazione realizzato entro 31 dicembre 2019	100



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
SOCIOSANITARIO REGIONALE - ANNO 2019 3.2.1.2.1 Diabete mellito Miglioramento della Gestione integrata del diabete in coerenza con DGR 1676/2015	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.	2. Un incontro di audit clinico con MMG in Distretto sanitario realizzato entro il 31/12/20019	
7. LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO E SOCIOSANITARIO 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	1. Partecipazione dei professionisti 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.	1. Organizzazione e partecipazione per 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.	<b>100</b>
8. LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO E SOCIOSANITARIO REGIONALE - ANNO 2019	Partecipazione dei professionisti aziendali identificati ai fini della creazione della Rete diabetologica regionale, al fine di armonizzare l'offerta	Partecipazione del referente aziendale agli incontri del Tavolo Regionale sul diabete ed alla costruzione della rete dedicata alle patologie del pancreas e diabete	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
3.2.1.2.1 Diabete mellito	diabetologica su tutto il territorio regionale		
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.	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.	<b>100</b>
10. LINEE ANNUALI PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO E SOCIOSANITARIO REGIONALE - ANNO 2019 3.2.1.2.1 Diabete mellito 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	1. Analisi quali-quantitativa delle attività in ambito nutrizionale in essere in AAS2 e ASUITs nelle quali sia impegnato il personale dietista 2. Stesura di un data base di confronto che correli l'impiego de personale e il metodo di lavoro alle linee di produzione attive e agli standard professionali di riferimento	Stesura di un documento di proposta, entro settembre 2019, che getti le basi dell'integrazione e del modello organizzativo professionale per il nuovo atto aziendale	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<p>11. 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</p>	<p>Sensibilizzazione della popolazione residente nella Microarea rispetto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vaccinazioni (area minori; area anziani)</li> <li>- programmi di screening</li> </ul> <p>a) diffusione alle persone del materiale illustrativo presente in ASUITs (depliant, brochure) b) incontri di comunità con esperti sui singoli argomenti c) sostegno alle persone fragili nei percorsi</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><b>100</b></p>
<p>12. 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</p>	<p>Valutazione degli utenti in continuazione con quanto effettuato nel 2017-2018 con le modalità approvate dalla Regione</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>	<p><b>100</b></p>
<p>13. PAL 3.2.1.3 Riabilitazione</p>	<p>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</p>	<p>1. Disponibilità del fascicolo entro il 31/10/2019</p> <p>2. Utilizzo dello stesso a partire dal 4/11/2019</p>	<p><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<p>14. PAL 3.1.7 Promozione dell'attività fisica</p>	<p>ospedaliere e territoriali di ASUITs</p> <p>1. Valutazione delle persone segnalate da mmg, strutture distrettuali e/o ospedaliere, continuità assistenziale</p> <p>2. Inserimento in un gruppo di cammino condotto dai fisioterapisti del distretto</p> <p>3. Inserimento successivo nei gruppi di cammino già esistenti sul territorio</p> <p>4. follow up dei partecipanti entro 6 mesi</p>	<p>1. Valutazione del 90% delle persone segnalate</p> <p>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</p> <p>3. Rivalutazione entro 6 mesi dei partecipanti al progetto</p> <p>4. Report dell'attività svolta al 31/12/2019</p>	<p><b>100</b></p>
<p>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 dei minori in strutture residenziali e semiresidenziali Rivalutazione dei progetti a favore dei minori istituzionalizzati.</p>	<p>1. Definizione delle procedure di monitoraggio e revisione dei progetti a favore di minori in carico alla SCBADO F inseriti in comunità (educative, psicoeducative e terapeutiche intra ed extraregionali ).</p> <p>2. Applicazione delle procedure definite per il monitoraggio dei progetti a favore dei minori in</p>	<p>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. Dal 1/7/19 al 31/12/19 tutti i minori in comunità in carico al servizio vengono monitorati secondo le procedure definite</p>	<p><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	comunità in carico al servizio.	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 affido dal 1/1/2019	Formazione realizzata	100
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	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 descriva i piani di miglioramento relativi ai percorsi e agli strumenti valutativi entro il 31/10/2019. 4.	100

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	neuro/motorie, malattie rare e cerebrolesioni 4. Applicazione dei piani di miglioramento	Evidenza dell'applicazione dei piani di miglioramento a partire dal 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	100% dei percorsi adottivi nella fase di inserimento in famiglia monitorati e valutati 31.12.2019 Fonte dati: cartelle utenza, registro casi target	100
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	Ostetrica presente nella gestione di almeno 12 nuove gravidanze fisiologiche 31.12.2019 Fonte dati: sistema informativo Gestione Consultori familiari, cartelle utenza	100
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	Il 100% delle donne target consenzienti hanno avuto la visita domiciliare in puerperio  Fonte dati: registro Accoglienza Mamma-Bambino 31.12.2019	100
21. Sanità penitenziaria	Realizzazione di percorsi formativi congiunti tra	Almeno 1 corso entro 31.12.2019	100

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
Migliorare la comunicazione nella gestione dei detenuti con bisogni sanitari complessi	personale sanitario e penitenziario	Formare almeno 100 persone	
<p>22. 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>1. 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.</p>	<p>1. Formalizzazione implementazione di 2 istruzioni operative (entro settembre 2019)</p> <p>2. Audit relativo ai percorsi assistenziali definiti (entro ottobre 2019)</p> <p>3.</p>	<p><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	Assicurare percorsi di presa in carico conformi alle istruzioni operative	Presenza in carico secondo le istruzioni operative del 100% a partire da novembre 2019, dei detenuti che necessitano	
23. Effettuazione dei controlli a campione sulle autocertificazioni rilasciate dai cittadini nell'ambito delle attività amministrative distrettuali a diretto contatto con l'utenza.	1. Individuazione delle autocertificazioni acquisite in Distretto ai fini dei controlli sulla veridicità di quanto dichiarato; 2. Controlli e verifiche, nel periodo dal 01.03.19 al 31.12.19, per almeno il 20% delle autocertificazioni individuate; 3. Predisposizione di un report dei controlli svolti nel periodo 01.03.19-31.12.19.	Presenza di un report distrettuale che rilevi il numero dei controlli svolti, nel periodo 01.03.19-31.12.19, sulle autocertificazioni individuate.	
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	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'A.A.S. 2, che tenga conto delle esigenze del territorio e di eventuali specifiche situazioni, nel	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. Applicazione dello stesso per le nuove convenzioni predisposte nel corso del 2019.	100



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente.		
25. 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	Valutazione dei rischi della SO effettuata e registro implementato entro il 30/06/2019. Documentazione sottoscritta dal RPC e dal Responsabile di SO	100

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<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>Proseguimento delle progettualità di lavoro integrate ospedale – territorio (2017-2018):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Polifarmacoterapia/ appropriatezza prescrittiva</li> <li>b) Nutrizione artificiale</li> <li>c) Rete delle cure palliative</li> </ul>	<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><b>100</b></p>
<p>2. 3.2.1.2 Attività distrettuali a supporto delle cure di lungo termine</p>	<p>1. segnalazione delle persone dimesse dai reparti di</p>	<p>1. Valutazione del 100% dei casi segnalati come da azione (a; b; c)</p>	<p><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
3.5.7. Erogazione dei livelli di assistenza <u>Servizio di Continuità</u> <u>Assistenziale Ospedale-Territorio.</u>	medicina e rientranti nelle seguenti categorie: a) Persone con età > di 75 anni e con più di 8 principi attivi in 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	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	<b>100</b>
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	1. Sviluppo del servizio di continuità assistenziale h-t 2. analisi dei punti critici e programmazione delle azioni correttive 3.	1. Almeno 10 incontri/audit tra responsabili infermieristici h-t 2. Piano di miglioramento che tenga conto delle criticità individuate	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<p>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>).</p> <p>3.2.1 ASSISTENZA DISTRETTUALE</p> <p>3.2.1.1 Assistenza primaria</p> <p>3.2.1.2 Attività distrettuali a supporto delle cure di lungo termine</p> <p>3.2.1.2.2 Scompenso cardiaco</p> <p>3.2.1.2.3 BPCO</p> <p>Progetti attinenti le attività clinico assistenziali;</p> <p>Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale.</p> <p>Rafforzamento del raccordo tra ospedale e territorio</p>	<p>Analisi dei risultati delle azioni correttive e report conclusivo</p>	<p>3.</p> <p>Relazione con evidenza delle azioni correttive</p>	
<p>5.</p> <p>3.2 ASSISTENZA DISTRETTUALE E ASSISTENZA SOCIOSANITARIA</p> <p>3.2.1.2 Attività distrettuali a supporto delle cure di lungo termine (<i>“Chronic Care Model”</i>)</p> <p>Ricomposizione della frammentarietà dell’offerta assistenziale, attraverso <u>una revisione dei percorsi</u> per tutte quelle situazioni di</p>	<p>1.</p> <p>Censimento dei servizi/attività/PDPA/reti in essere presso ASUITs al 31.12.2018</p> <p>2.</p> <p>Rilettura ed aggiornamento dei percorsi assistenziali ritenuti strategici per il miglioramento delle situazioni legate a comorbidità e polipatologia</p>	<p>1.</p> <p>Al 30/9/2019</p> <p>Evidenza elenco dei documenti reperiti</p> <p>2.</p> <p>Entro 31.12.2019 almeno 1 percorso assistenziale di miglioramento applicato</p> <p>Report conclusivo</p>	<p><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<p>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>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>1. Mantenimento dei gruppi esistenti e 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</p>	<p><b>100</b></p>
<p>7. 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</p>	<p>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>	<p>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>	<p><b>100</b></p>
<p>8. Linea 3.2.1.2. Attività distrettuali a supporto delle cure di lungo termine</p>	<p>1. Analisi della documentazione sanitaria disponibile nel 100% dei casi segnalati dalla continuità assistenziale del 4°</p>	<p>1. Documentazione sanitaria disponibile valutata nel 100% dei casi segnalati dalla continuità assistenziale del 4°</p>	<p><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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>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;</p> <p>2. condivisione con il Medico di Medicina Generale e/o con lo specialista in tutti i casi in cui si riscontrano prescrizioni difforme rispetto a quanto indicato dalle linee guida sulle principali patologie cronico-degenerative;</p> <p>3. stesura di report dell'attività svolta nel primo trimestre al 30/6/19;</p> <p>4. Stesura di report conclusivo sull'attività svolta entro il 31/12/2019</p>	<p>Distretto (persone over 75 anni in polifarmacoterapia con almeno 9 principi attivi);</p> <p>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> <p>Report dell'attività svolta nel primo semestre redatto entro il 30/6/19 Report conclusivo redatto entro il 31/12/19</p>	
<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</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</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>	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<p>Nazionale della Cronicita' 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>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 checklists, 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 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.</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>	
10.	1.	1.	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani.	<p>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.</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 nelle 3 strutture (Casa Bartoli, Gregoretti, San Domenico).</p>	<p>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;</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) nelle 3 strutture convenzionate (Casa Bartoli, Gregoretti, San Domenico) 31/12/19</p>	
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)	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. Report al 31/12/2019	<b>100</b>
12. 3.2.1.2.1 Diabete mellito Miglioramento della Gestione integrata del diabete in	1. Organizzazione di una giornata di formazione per MMG dedicata alla Gestione integrata della malattia	1. Corso di formazione realizzato entro dicembre 2019 2.	<b>100</b>



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
coerenza con DGR 1676/2015	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.	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	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	<b>100</b>
14. 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	Disponibilità del fascicolo entro il 31/10/2019 e utilizzo dello stesso a partire dal 4/11/2019	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	trattate chirurgicamente ed afferenti alle strutture riabilitative ospedaliere e territoriali di ASUITs		
15. 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	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	<b>100</b>
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	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	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)	<b>100</b>
17. Linee di gestione 2019.	1. Definizione delle procedure di monitoraggio e revisione	1. Nel primo semestre vengono definite le procedure e	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<p>3.2.2.3 Minori.</p> <p>Contrasto all'istituzionalizzazione dei minori .</p> <p>Accompagnamento all'attuazione delle linee di indirizzo per la presa in carico dei minori in strutture residenziali e semiresidenziali</p> <p>Rivalutazione dei progetti a favore dei minori istituzionalizzati.</p>	<p>dei progetti a favore di minori in carico alla SCBADoF inseriti in comunità (educative, psicoeducative e terapeutiche intra ed extraregionali ).</p> <p>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>	<p>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.</p> <p>2. Dal 1/7/19 al 31/12/19 tutti i minori in comunità in carico al servizio vengono monitorati secondo le procedure definite.</p> <p>Report esiti applicazione procedure entro il 31/12/19.</p>	
<p>18.</p> <p>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.</p> <p>Registrazione e monitoraggio delle situazioni in carico alla SSTSBA con problematiche di DCA.</p>	<p>Viene tenuta registrazione delle situazioni in carico con problematica DCA ed evidenza monitoraggio</p>	<b>100</b>
<p>19.</p> <p>Adeguamento standard qualità come da Accreditation Canada</p> <p>Piani di miglioramento</p>	<p>Piani di miglioramento</p> <p>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)</p> <p>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 Elaborazione di un documento che descriva il piano di miglioramento relativo alle procedure di accoglienza entro il 31/10/2019.</p> <p>2. Elaborazione di un documento che descriva i piano di miglioramento relativo ai percorsi di valutazione entro il 31/10/2019.</p> <p>3</p>	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	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	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 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	100% dei percorsi adottivi nella fase di inserimento in famiglia monitorati e valutati 31.12.2019  Fonte dati: cartelle utenza, registro casi target	<b>100</b>
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	Ostetrica presente nella gestione di almeno 12 nuove gravidanze fisiologiche 31.12.2019 Fonte dati: sistema informativo Gestione Consultori familiari, cartelle utenza	<b>100</b>
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	Preparazione e proposta del regolamento entro il 31/12/2019	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	strutturata la procedura per l'ottenimento dei rimborsi		
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 socio-sanitaria di persone dializzate	1. Continuità degli incontri multiprofessionali già in atto nell'anno recedente 2. Partecipazione alle riunioni operative presso la sede della Nefrologia	Presenza in carico di tutte le richieste pervenute entro il 31/12/2019	<b>100</b>
24. Effettuazione dei controlli a campione sulle autocertificazioni rilasciate dai cittadini nell'ambito delle attività amministrative distrettuali.	1 Individuazione delle autocertificazioni acquisite in Distretto ai fini dei controlli sulla veridicità di quanto dichiarato; 2 Controlli e verifiche nel periodo dal 01.03.19 al 31.12.19, per almeno il 20% delle autocertificazioni individuate; 3 Predisposizione di un report dei controlli svolti nel periodo 01.03.19-31.12.19.	Presenza di un report distrettuale che rilevi il numero dei controlli svolti, nel periodo 01.03.19-31.12.19, sulle autocertificazioni individuate.	<b>100</b>
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	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	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. Applicazione dello stesso per le nuove convenzioni predisposte nel corso del 2019.	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
predisposte nel corso del 2019.	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.		
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.	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)	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)  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	<b>100</b>
27. Facilitare il percorso di perfezionamento della residenza e dell'iscrizione al Servizio Sanitario nei paesi UE, SEE e Svizzera, degli	1. Presa in carico e registrazione (in entrata) delle richieste pervenute dal 01.03.19 al 30.11.19 da parte degli assicurati e relativa	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	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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.	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 registrazione (in uscita).	della richiesta su almeno il 90% dei casi in carico. Fonte: report riepilogativo agli atti dell'Ufficio	
28. 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	Valutazione dei rischi della SO effettuata e registro implementato entro il 30/06/2019. Documentazione sottoscritta dal RPC e dal Responsabile di SO	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<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. Report con sintesi proposte operative condivise, in ottica ASUGI  2. Preparazione percorso formativo DSM/SPDC – DAI  31/12/2019</p>	<p><b>100</b></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</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>	<p><b>100</b></p>



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	personale del Servizio DCA di Trieste 3. Programmare e implementare gli interventi rivolti ai familiari	3. Aumento degli interventi rivolti ai familiari rispetto all'anno precedente 31.12.2019	

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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. 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	<b>100</b>
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>	1. Report delle conferenza 1.1 Produzione di una mappa delle risorse abitative e delle	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	2. Organizzazione e definizione procedure di accoglienza / segreteria condivisa con le associazioni convenzionate	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 dei CSM e sul territorio	1. Coinvolgimento e partecipazione utenza nei servizi e sul territorio – Attività “Fuoric'entro 2” 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. 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> ) 2. Progetto “Convivium”: avvio della riconversione pasti CSM e attivazione alternative sul territorio	1. Identificazione operatori dedicati, e bozza progetto con temi e materiali (entro 30/04/19); Almeno n. 10 utenti per CSM coinvolti nel progetto (entro 31/12/19); 1.1 Report incontri sui temi prefissati in csm 1.2 Almeno n. 1 incontro in sede esterna al CSM per le riunioni tematiche (entro 31/12/19) 2. In ogni CSM, almeno n.1 sede identificata e attivata per pasti socializzanti per almeno 3 persone (entro 31/12/19)	100
6. Iniziative per l'integrazione tra cure primarie e specialistiche: Migliorare la continuità assistenziale in raccordo con i Distretti Sanitari delle persone in	1. Identificare all'interno di ogni CSM i referenti per la continuità assistenziale con i distretti 2. Accogliere e rispondere entro 72 ore alle segnalazioni via	100% delle richieste sono state gestite; report di sintesi delle situazioni gestite 31/12/2019	100

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
carico ai Centri di Salute Mentale	mail arrivate dalla continuità assistenziale dei Distretti		
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"	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	100
8. Riorganizzazione gestionale dell'attività amministrativa finalizzata a garantire la qualità della documentazione clinica e a quantificare l'impegno di risorse delle persone in contatto con le strutture del DSM	1. Revisione degli archivi cartacei Aggiornamento informazioni socio demografiche relative all'utenza in contatto con le strutture del DSM in pSM/POINT 2. Registrazione delle "presenze" (partecipazioni ad attività) in pSM/POINT 3. Inserimento della documentazione clinica relativa ai PTRP/Relazioni/BIS etc. in pSM/POINT	1. Relazione illustrativa dell'attività svolta, bozza di procedura relativa al sistema di archiviazione delle cartelle cliniche 2. Aggiornamento delle anagrafiche inserite in pSM/POINT 3. La documentazione prodotta è inserita in pSM/POINT; Report finale riepilogativo impegno delle risorse 31/12/2019	100
9. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	100
10. 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	Valutazione dei rischi del Dipartimento effettuata e registro implementato entro il 31/12/2019. Documentazione sottoscritta dal RPC e dal Direttore di Dipartimento	100

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	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		

Obiettivo generale	azione	Indicatore/ risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<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>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><b>100</b></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"> <li>- censire l'utenza ai fini dell'HCV ed assicurare lo screening ed il monitoraggio sierologico</li> <li>- programmare l'approfondimento diagnostico ai soggetti con HCV+ con le strutture ospedaliere coinvolte nel protocollo di cura specifico</li> <li>- monitorare l'accesso ai protocolli di cura e l'esito delle terapie con DAAS</li> <li>- verificare la regolare programmazione del follow-up e le eventuali reinfezioni</li> </ul> <p>2. Aumentare il numero di utenti HCV+ in carico al DDD</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</p>	<p><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore/ risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	che hanno accesso ai programmi di cura con farmaci DAAS in collaborazione con SC Malattie Infettive e Clinica Patologie del Fegato di ASUITS	congiunto (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	1. Attivare un confronto operativo fra le 3 équipes operanti presso la sede dipartimentale di Androna degli Orti 4 finalizzato all'elaborazione di una proposta condivisa per: - Realizzare sinergie operative - Massimizzare l'utilizzo degli spazi - Implementare protocolli di lavoro condivisi - Ampliare l'offerta e la fruibilità del servizio all'utenza 2. Sperimentare la proposta di riorganizzazione di cui al punto precedente con valutazione finale, secondo indicatori predeterminati ed implementazione di eventuali interventi correttivi	1. Presentazione del documento di riorganizzazione al Direttore del DDD Entro il 30/06/2019  2. Presentazione del documento di valutazione degli interventi riorganizzativi al Direttore del DDD Entro il 31/12/2019	<b>100</b>
4. Miglioramento dei percorsi di formazione e reinserimento sociale e lavorativo degli utenti del DDD con riferimento alle "Modalità	1. Definire una procedura dipartimentale al fine di condividere le modalità operative per lo svolgimento dei tirocini inclusivi (borse di	1. Formalizzazione della procedura  <i>Entro 31/12/2019</i>	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore/ risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<p><i>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 Decreto regionale n.89 del 16/01/2019</i></p>	<p>formazione lavoro) in tutte le articolazioni organizzative del DDD  2. Attivare un sistema di monitoraggio e valutazione dell'andamento dei tirocini 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</p>	<p>2. Valutazione degli esiti dei tirocini inclusivi attivati nel corso del 2019 utilizzando almeno 3 indicatori previsti dal regolamento regionale con stesura di un report annuale   Entro 31/12/2019</p>	
<p>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</p>	<p>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</p>	<p>1. Il 100% degli utenti in misura alternativa vengono presi in carico secondo procedura  Entro il 31/12/2019   2. Presentazione al Direttore del DDD di un report annuale di monitoraggio   Entro 31/12/2019</p>	<p><b>100</b></p>
<p>6. Implementare un percorso di presa in carico congiunta di pazienti ad alto rischio di</p>	<p>1. Incontro di formazione con il personale della SC Malattie infettive sul tema della PrEP</p>	<p>1. Formazione congiunta (Entro il 30/06/2019)  2.</p>	<p><b>100</b></p>



Obiettivo generale	azione	Indicatore/ risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
esposizione all'infezione da HIV con SC Malattie Infettive	(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	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)	
7. Attivazione di interventi propedeutici alla fusione dei servizi per le dipendenze tra l'area triestina e isontina	1. Definire il sistema dell'offerta del Dipartimento delle Dipendenze di ASUITS con dati confrontabili rispetto: - Modalità organizzative - Tipologie di percorsi - Allocazione delle risorse - Volumi prestazionali 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	1. Presentazione di un documento complessivo sul sistema dell'offerta del DDD  <i>Entro il 30/06/2019</i>  2. Formalizzazione del documento di confronto fra i servizi delle dipendenze dell'area triestina-isontina  <i>Entro il 31/12/2019</i>	<b>100</b>
8. Miglioramento dell'assetto organizzativo e procedurale inerente i protocolli diagnostici in collaborazione	1. Condurre uno studio di fattibilità sull'introduzioni di metodiche di accertamento tossicologico su matrici	1. Presentazione dell'ipotesi operativa alla Direzione Strategica <i>Entro il 30/6/2019</i>	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore/ risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	biologiche diversificate (cheratinica e salivare) con evidenza dell'impatto sull'appropriatezza, sui costi e sull'impiego di risorse umane 2. Avviare una sperimentazione operativa con valutazione d'impatto delle nuove metodiche sull'organizzazione esistente	2. Presentazione del report di valutazione alla Direzione Strategica Entro il 31/12/2019	
9. Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-21	Premessa di contesto: 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. Azioni: Valutazione dei rischi dei procedimenti/procedure mappati dal DDD	Valutazione dei rischi effettuata e registro implementato entro 31/12/2019 Documentazione sottoscritta dal RPC e Responsabile di S.O.	100
10. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	100

## Dipartimento di Assistenza Ospedaliera (DAO)

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	Relazione sull’attività svolta al fine del trasferimento dell’RSA entro il 31.12.2019	<b>100</b>
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	1. Entro 1 luglio: effettuazione di incontri AAS2 – ASUITs con presenza di verbali; 2. Entro 30 settembre: presenza di un documento unico condiviso	<b>100</b>
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)	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	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	Presenza report mensili e invio alle SSCC	<b>100</b>
2 Tempi attesa per ricovero programmato	<p>1. Monitoraggio dei tempi di attesa con integrazione della reportistica come da nuovo Piano Tempi Attesa</p> <p>2. Incontri diversificati con le SSCC chirurgiche e rilevazione criticità percorso paziente in lista di attesa</p>	<p>1. Presenza report trimestrale, integrato con le nuove procedure oggetto di monitoraggio, e invio alle SSCC;</p> <p>2. Presenza verbali incontri e predisposizione documento di analisi delle criticità rilevate</p>	<b>100</b>
3 Movimenti SSCC di Medicina Interna	<p>1. Predisposizione di uno strumento per il monitoraggio dei movimenti da e per le Medicine</p> <p>2. Monitoraggio settimanale degli entrati e usciti dalle SSCC Medicina Interna, Clinica Medica e Medicina Clinica e invio ai Direttori di SC</p>	<p>1. Presenza della reportistica specifica di monitoraggio a partire dall’1.5.2019</p> <p>2. Presenza report settimanali (almeno 28) e invio ai Direttori delle SSCC Medicina Interna</p>	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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; 3. Diffusione presso i Reparti	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 pubblicazione su sito Intranet	<b>100</b>
5 3.5 Assistenza ospedaliera: Corretta compilazione della SDO	Produzione di un libretto con indicazioni alla corretta compilazione della SDO; pubblicazione sul sito intranet	Produzione del documento entro 30 giugno 2019 e pubblicazione sul sito intranet aziendale	<b>100</b>
6 3.5 Assistenza ospedaliera: Polmone: PDTA BPCO (corretta codifica in SDO della BPCO)	Monitoraggio delle SDO con diagnosi principale di BPCO	Presenza di 3 report/anno con analisi clinica della correttezza di codifica	<b>100</b>
7 Assistenza Farmaceutica	Audit con le strutture che utilizzano farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriata	Presenza dei verbali quadrimestrali degli audit effettuati con le SSCC interessate	<b>100</b>
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	1. Elaborazione/pubblicazione Procedura disinfezione e sterilizzazione in stomatologia 2. Elaborazione/pubblicazione Procedura operativa per la gestione del generatore	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	-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)	termico/circolazione extracorporea e controllo microbiologico	
9 Qualità delle Cure: la prevenzione delle Infezioni correlate all'assistenza OC OM	Effettuazione di 2 survey sull'igiene mani presso i reparti	Predisposizione di due report semestrali da trasmettere ai reparti: Primo report: 30 giugno 2019 Secondo report: 30 Dicembre 2019	<b>100</b>
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	1. Integrazione del regolamento di CO, entro aprile 2019  2. Monitoraggio sull'adesione del personale all'applicazione dei flussi prestabiliti, entro ottobre 2019	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	operatori dei blocchi operatori Osservazione diretta sul campo		
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	1. Elaborazione/pubblicazione Procedura Operativa gestione esternalizzata dei documenti sanitari prodotti dall'ASUITS; 2. Elaborazione/pubblicazione Regolamento di archiviazione della documentazione sanitaria sul sito intranet	<b>100</b>
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	1. Presenza modulo di rilevazione posti letto e confronto sistema ADT; 2. % SSCC che applicano il percorso >= 80%	<b>100</b>
13 Psicologia clinica	1.	1.	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	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	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	Presenza del documento che illustra attività e modalità di partecipazione della psicologa alle unit oncologiche entro 1.11.2019	<b>100</b>
15 Dispositivi medici	Istituzione della Commissione Dispositivi Medici di ASUITs e regolamentazione del processo di valutazione dei dispositivi medici	1. Presenza Decreto di istituzione della Commissione  2. Presenza del regolamento di funzionamento	<b>100</b>
16. 3.6 Rete Cure Sicure Controllo Infezioni Correlate all’assistenza	Prevalenza puntuale sulle ICA e sulla prescrizione antibiotica (II Semestre)	Effettuazione PPS e invio dati rilevazione al tavolo rete cure sicure, alla Direzione Sanitaria, alla DMP e ai Direttori delle SSCC	<b>100</b>



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
17. Aggiornamento Piano per la gestione delle maxiemergenze	Aggiornamento del Piano sulla base delle risultanze della simulazione Exersissa (ottobre 2018)	Pubblicazione in intranet del piano aggiornato entro 31/12/2019	<b>100</b>
18. 3.2.2.10 - Dipendenze percorso di accreditamento istituzionale della residenza alcologia specialistica (RAS) del DDD	Predisposizione ed attuazione della fase propedeutica all'accREDITAMENTO Residenza alcologia specialistica	AccREDITAMENTO della Struttura	<b>100</b>
19. Prevenzione e Sorveglianza rischio infettivo	Verifiche sui sistemi di lavaggio e disinfezione degli endoscopi in ospedale e sul territorio, miglioramento del percorso sporco/pulito nell'ambulatorio della cistoscopia, revisione dei protocolli in atto	4 controlli/anno con il gruppo endoscopisti e pubblicazione dei protocolli mancanti	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	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	<b>100</b>
2. Formare il personale relativamente alla corretta compilazione e tenuta della documentazione sanitaria in aderenza alle normative vigenti ed alle procedure Aziendali	Audit di reparto/ Corsi Aziendali	Organizzazione di almeno 10 audit di reparto e 2 corsi aziendali con le SSCC ospedaliere con produzione di report finale sull'attività svolta	<b>100</b>
3. Audit sulle cartelle cliniche chiuse	Utilizzo sistema di misurazione corretta compilazione	Verifica ed analisi delle cartelle cliniche chiuse in aderenza agli standard aziendali/regionali ed inserimento dei dati nel data base preposto. Validazione di un report conclusivo relativamente alle SSCC valutate	<b>100</b>
4.	Attività di monitoraggio delle cartelle cliniche aperte nelle Strutture Complesse come	Valutazione del grado di conformità della documentazione clinica	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
Riduzione delle criticità nella redazione delle Cartelle Cliniche	metodo proattivo per ridurre la probabilità di errori (valutazione di almeno 3 cartelle cliniche per ciascuna Struttura Complessa).	mediante analisi di almeno 60 cartelle cliniche aperte. Relazione dettagliata con evidenza delle non conformità ed eventuali proposte di miglioramento.	

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<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>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><b>100</b></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>Numero di sedute operatorie attivate nei due Complessi mantenendo lo standard 8 ottobre 31 dicembre 2018</p>	<p><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	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	<b>100</b>
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	1. Elaborazione del nuovo Protocollo condiviso 2. Sua attivazione entro 01.06.2019	<b>100</b>
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	1. Produzione del protocollo entro l'1.10.2019 2. Avvio dell'utilizzo del protocollo entro il 30.10.2019	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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)	Mettere in atto le procedure condivise nel 100% dei casi	<b>100</b>
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)	1. Tutti i dirigenti medici formati in ACLS ed ATLS 2. Tutti i dirigenti medici formati nella NIV	<b>85</b>
6. Creazione di un protocollo condiviso multidisciplinare per la diagnosi di delirio	Revisione della letteratura Stesura protocollo	Presentazione protocollo condiviso alla DS entro Settembre 2019	<b>100</b>
7. Miglioramento percorso assistenziale del paziente dimesso dal Pronto Soccorso	Prosecuzione percorso per la presa in carico dei pazienti al SC Centro Cardiovascolare	Archiviazione fax inviati al CCV: percorso attivato per il 90% dei pazienti eleggibili	<b>100</b>
8. Prosecuzione dell'inserimento nella scorta farmaci del Pronto Soccorso di Cattinara di una quota di	Custodia e carico/scarico sul registro in tempo reale, come da normativa sui farmaci stupefacenti	Riduzione chiamate al farmacista reperibile	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
Metadone per i pazienti in terapia cronica che necessitano di osservazione prolungata in OBI			
9. Riorganizzazione attività PS Cattinara	Definizione del progetto di revisione strutturale e funzionale del PS di Cattinara	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	100
10. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	50

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	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	<b>Obiettivo non valutabile</b>
2. 3.1.3. Emergenza urgenza Governo 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	Almeno il 95% delle tematiche che necessitano di revisione e/o implementazione devono essere revisionate e condivise con SORES entro il 31/12/2019	<b>100</b>
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.	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	<b>100</b>



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
4. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<p>1. Aggiornamento della procedura di sanificazione e sanitizzazione delle sale operatorie per interventi con positività infettiva accertata</p>	<p>Revisione della letteratura; Redigere e condividere la nuova procedura</p>	<p>Redazione della procedura entro novembre e la sua applicazione sistematica in tutti i casi previsti da dicembre 2019</p>	<p><b>100</b></p>
<p>2. Revisione dei percorsi degli Dispositivi Medici riutilizzabili /strumenti chirurgici all'interno del Complesso operatorio del Presidio Ospedaliero OC</p>	<p>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>	<p>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</p>	<p><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
3. 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	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	<b>100</b>
4. Trattamento delle urgenze traumatologiche diverse dal femore, rispetto target regionale	Programmazione dell'attività relativa agli interventi chirurgici urgenti per fratture diverse dal femore	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)	<b>Obiettivo stralciato</b>
5. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	80% dei pazienti preparati e operati nella tempistica data/concordata con l'utenza Produzione di report entro dicembre 2019	<b>100</b>
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	Operato il 30% del totale dei pazienti ASA 3 – 4, reputati inizialmente non idonei all'intervento chirurgico in DaySurgery entro 31/12/2019	<b>100</b>
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	Da 1 marzo al 31 dicembre 2019	<b>100</b>
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	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%	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	entro 14 giorni ad effettuare una biopsia linfonodale.		
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	Evidenza e applicazione del percorso. Dal 1 aprile 2019	<b>100</b>
6. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	Compilazione corretta come da azione del 100% della documentazione	<b>100</b>
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.	Almeno tre incontri nel corso dell'anno.	<b>100</b>
3. Eliminazione consulenze pneumologiche per intubazioni difficili in fibrobroncoscopia.	Formazione di tutti i dirigenti medici della SSD nella procedura di intubazione con fibrobroncoscopio.	Riduzione del 90% delle richieste di consulenza pneumologica per intubazione in fibrobroncoscopia rispetto al 2018. (Registro interno delle consulenze).	<b>100</b>
4. Attività di ricerca.	Produzione attività scientifica di ricerca.	Presentazione di almeno un poster a incontro/congresso e pubblicazione di almeno un lavoro.	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>0</b>
5. Ottimizzazione tempi anestesiologicali di utilizzo sala operatoria cardiochirurgica e cardiologica..	Ottimizzazione procedure anestesiologicalhe tra entrata paziente in SO e inizio intervento.	Riduzione rispetto 2018 del tempo medio (desumibile da G2) tra entrata paziente e inizio intervento.	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<p>1. Migliorare l'assistenza al paziente in tutte le fasi del percorso chirurgico. Creazione di un pull clinico – assistenziale esperto in medicina perioperatoria multispecialistica</p>	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgia generale</li> <li>- Neurochirurgia</li> <li>- Chirurgia plastica</li> <li>- Chirurgia toracica</li> <li>- Chirurgia vascolare</li> </ul>	<p>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</p>	<p><b>100</b></p>
<p>2. Creazione di un protocollo condiviso multidisciplinare per le urgenze neurochirurgiche</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meetings</li> <li>2. Revisione della letteratura</li> <li>3. Stesura protocollo</li> <li>4. Sperimentazione operativa protocollo</li> <li>5. Audit di verifica ed eventuale modifica e/o integrazione</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presentazione protocollo condiviso alla ds entro settembre 2019</li> <li>2. Audit formale di verifica sulla sua applicazione ed adesione a quanto stabilito: eventuali modifiche e integrazioni</li> </ol>	<p><b>100</b></p>
<p>3. Introduzione nuova documentazione infermieristica per snellire l'accoglimento burocratico e migliorare i criteri di valutazione in ingresso e il passaggio di informazioni in uscita</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Creazione di uno strumento di pianificazione infermieristica strutturato sulla tipologia di paziente afferente presso la TIPO.</li> <li>2. Dismissione della precedente documentazione non adatta alle esigenze che si sono evidenziate in seguito</li> </ol>	<p>Inizio utilizzo nuova scheda DAL 1 GIUGNO 2019</p>	<p><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	all'attivazione della nuova struttura		
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.	1. Ideazione di un protocollo operativo di inserimento presso la S.C. Anestesia Rianimazione e T.I.P.O.	Prima stesura protocollo entro 1 giugno 2019. Utilizzo del protocollo entro 31/12/2019	100
5. Validazione informatizzata della rilevazione dei parametri vitali con stampa diretta del report fornito dal monitor	1. Incontri con la S.C. Medicina Legale per verificare le modalità di applicazione del monitoraggio (validazione della stampa, inserimento in cartella; fascicolo elettronico) 2. Utilizzo delle funzioni di monitoraggio e stampa dei parametri vitali proprie dei monitor in utilizzo presso la struttura	Validazione procedura entro 31/12/2019	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>  0
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)	1. Raccolta dati previa consulenza con la S.C. Informatica e Telecomunicazioni per l'attuazione del database 2. Verifica degli indicatori di performance	Database pronto entro 31/12/2019	100
7.	1.	Inserimento dei dati relativi all'insorgenza di nuove	100



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	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	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 Chirurgia e presentazioni agli incontri del Comitato Ospedaliero per il Buon Uso del Sangue (COBUS)	<b>100</b>
9. Trattamento delle urgenze traumatologiche diverse dal femore, rispetto target regionale	Programmazione dell'attività relativa agli interventi chirurgici urgenti per fratture diverse dal femore	1. Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti (indicatore Bersaglio C5.18.1 <=1,5 gg)	<b>Obiettivo stralciato</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		2. Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti (indicatore Bersaglio C5.18.2 < =8 gg)	
10. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	100

#### SC Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva Postoperatoria HM

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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.	Razionalizzazione dei costi	<b>Obiettivo stralciato in quanto da settembre 2018 tutta le atricolazioni della Struttura Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva Postoperatoria sono armonicamente inserite nella gestione unificata. La sede di degenza del Maggiore è stata chiusa</b>
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.	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	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.	<b>Obiettivo stralciato in quanto da settembre 2018 tutta le atricolazioni della Struttura Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva Postoperatoria sono armonicamente inserite nella gestione unificata. La sede di degenza del Maggiore è stata chiusa</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
Agevolazione del carico di lavoro infermieristico . Riadattamento di beneficio per il paziente ( inizio precoce della terapia, riduzione della necessità di multiple venipunture, riduzione di flebiti e stravasi di farmaci ).	<p>3. Garantire il posizionamento tempestivo dei cateteri sia per pazienti ricoverati che ambulatoriali.</p> <p>4. Collaborazione / sinergia con il territorio per il supporto nel trattamento a medio-lungo termine dei pazienti indicati.</p> <p>1. Organizzazione di un PICC team interdivisionale dedicato ai pazienti ematologici.</p> <p>Riadattamento di beneficio per il paziente ( inizio precoce della terapia, riduzione della necessità di multiple venipunture, riduzione di flebiti e stravasi di farmaci ).</p>	Agevolazione del carico di lavoro infermieristico.	
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.	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.	<b>100</b>
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.	Riduzione delle liste di attesa in particolare dei pazienti afferenti alla Clinica Oculistica in attesa di intervento vs 2018.	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	2. Visita anestesiologicala preoperatoria, eventuali controlli, consulenze anestesiologicalhe per pazienti ricoverati in attesa di intervento chirurgico., con particolare riferimento all'oculistica,		
5. Soddisfare le richieste dell'utenza diminuendo i tempi di attesa per accedere all'Ambulatorio del Dolore . 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).	1. Organizzazione di un Ambulatorio di Terapia del Dolore ,isorisorse, negli spazi precedentemente occupati dalla 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 anestesiologicalhe programmate per quella giornata. Consulenza dei pazienti ricoverati c/o i reparti O.M. 2. Monitoraggio delle terapie impostate. Terapie mini-invasive quali: posizionamento di catetere peridurale , infiltrazioni, mesoterapia. 3.	1. Diminuzione dei tempi di attesa per accedere all'Ambulatorio del Dolore vs 2018 . 2. Presenza di Ambulatorio della Terapia del dolore come da azione per supporto del trattamento del dolore cronico nel paziente oncologico. 3. Garantire la consulenza per i pazienti ricoverati nelle altre strutture dell'O.M. ( Riabilitazione, Geriatria, Ematologia, M.Infettive).	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	Integrazione dell'Ospedale Maggiore nella rete regionale per la Terapia del Dolore secondo la legge 38.2010.		
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.	Creazione di una cartella clinica dedicata	Realizzazione di uno strumento clinico e di follow-up di diagnosi e terapia del paziente oncologico affetto da dolore cronico.	100
7. Integrazione tra area Triestina ed Isontina. Miglioramento dell'organizzazione della presa in carico del paziente urgente/emergente per la sua centralizzazione nella struttura HUB.	1. Stesura di procedure operative/protocolli condivisi. 2. Organizzazione di incontri per la discussione di casi.	Produzione di un protocollo condiviso con l'area isontina e con SORES per la presa in carico del paziente urgente/emergente per la sua centralizzazione nella struttura HUB.	Obiettivo non valutabile
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.	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%	100

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	Operato il 30% del totale dei pazienti ASA 3 – 4, reputati inizialmente non idonei all'intervento chirurgico in DaySurgery entro 31/12/2019	<b>100</b>
10. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
1. Verifica della casistica autoptica secondo il metodo Goldman	Valutazione di adeguatezza della diagnosi del decesso in relazione al riscontro autoptico.	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)	<b>100</b>
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.	1. Produzione di un report di monitoraggio e analisi critica dei dati raccolti. 2. Proposta di un piano di miglioramento	<b>100</b>
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	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	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	simulazione e periodo di tutoraggio.		
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 modalità di visita e sulle norme di sicurezza, secondo le linee dell'accREDITAMENTO Canada	Produzione di cartellonistica esplicativa delle modalità di visita e materiale informativo per i care givers, con particolare attenzione alle procedure di sicurezza, come da raccomandazioni Accreditation Canada	<b>100</b>
5. Indagine qualità percepita in camera Iperbarica (obiettivo condiviso con CNR-CREOUS)	Somministrazione questionari anonimi sulla qualità del servizio a pazienti e ad eventuali care givers.	Elaborazione dei dati ricavati dai questionari somministrati	<b>100</b>
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	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	<b>100</b>
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	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	<b>100</b>



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		presentazioni agli incontri del Comitato Ospedaliero per il Buon Uso del Sangue (COBUS)	
8. 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 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) 3. Estensione di un protocollo condiviso di gestione (chi fa cosa) Rianimatori, Comparto, Nefrologi.	Due corsi di formazione entro l'anno 2019 Avvio dell'attività della CRRT con Citrato entro dicembre (almeno un caso trattato)	<b>100</b>
9. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	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)	<b>100</b>
3. Adesione agli standard dell’accreditamento da parte di tutto il personale operante presso le strutture del DAI Cardioracovascolare, superamento delle criticità presenti.	1. Stesura di un documento riassuntivo degli standard dell’accreditamento Canada peculiari del dipartimento Cardioracovascolare (entro aprile) 2. Incontri di reparto per permettere al 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	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)	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	dipartimento secondo uno schema prestabilito.		
4. Promozione della salute degli operatori negli ospedali e nei servizi sanitari	<p>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.</p> <p>2. Relazione che riporta le problematiche più diffuse nelle singole unità operative</p> <p>3. Incontri terapeutici con i gruppi per supportare il superamento delle criticità emerse</p> <p>4. Possibilità di incontro con piccoli gruppi o singole persone per problematiche particolari</p> <p>5)relazione finale sui risultati raggiunti(questionario di verifica compilato e consegnato dagli operatori)</p>	<p>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</p> <p>Incontri con piccoli gruppi o singole persone (numero non quantificabile ora)</p> <p>Risultati di un minimo di 180 questionari entro dicembre</p> <p>Relazione finale sui risultati</p>	<b>100</b>
5. PAL 2019 Ridefinire il percorso di inserimento del neo assunto in linea con i criteri definiti dalla nuova società di	1. Costituire un gruppo di lavoro per individuare un insieme di competenze base trasversale a tutti i contesti di cura e un insieme di	<p>1. Entro marzo 2019 istituzione del gruppo di lavoro e avvio dell'attività</p> <p>2. Entro dicembre 2019 produzione dello strumento</p>	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
accreditamento (AC) Accreditation Canada	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	per almeno 1 SC afferente a ciascun DAI	

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	Almeno 2 incontri con stesura di almeno 1 documento su un percorso di cura relativo a patologie tempo-dipendenti o ad aspetti clinico-organizzativi	<b>100</b>
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 riperfusione 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;	1. Stesura di una scheda di valutazione del paziente con storm aritmico, percorso ECMO e reportistica tempi di riperfusione STEMI 2. Compilare le schede STEMI con percentuale >90%	<b>100</b>
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	1. Presenza del documento (giugno 2019) 2. Presenza database campioni regolarmente compilato (dicembre 2019) 3. Compliance al documento 75%	<b>100</b>
4. Modelli organizzativi e gestionali	1. Riorganizzare le attività di Sala Emodinamica , Cardiologia Invasiva ed Elettrofisiologia, con	1. Ricognizione dei tempi 2018 e produzione di un documento operativo e di reportistica	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	l'obiettivo di migliorare la performance, contrarre i tempi intermedi e migliorare il buon uso del debito orario	2. Riduzione del 20% dei tempi di ristoro 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.	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.	<b>100</b>
6. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Ridurre il valore di DDD complessivo di <b>CARBAPENEMI</b> del 10%	<b>100</b>
7. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	Almeno di 2 incontri e stesura di almeno 1 documento su un percorso di cura condiviso su aspetti clinico-organizzativi	100
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.	Allineamento di almeno l'80% degli ecocardiogrammi eseguiti dai Cardiologi della S.C. al 31/12/2019	100
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.	Produzione di report a fine anno sull'incidenza del delirio post-operatorio	100
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	Produzione di un'analisi grafica dei consumi di sangue ed emoderivati degli ultimi 8 aa ripartiti per procedura cardiochirurgica.	100
5. Obiettivo educativo-relazionale:	1. Presa in carico della persona che si sottopone ad	1. Almeno l'80% delle persone ricoverate in cardiochirurgia e sottoposte ad intervento ,	100

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
l'operato vivrà il periodo di degenza in TIPO in modo meno traumatico	<p>intervento chirurgico in Cardiocirurgia;            Informare in modo semplice il percorso di risveglio nel post-operatorio presso la Terapia Intensiva;</p> <p>2.            Favorire un rapporto di fiducia al fine di diminuire l'ansia da risveglio ed una degenza più confortevole</p>	<p>riceveranno informazioni adeguate sul percorso post operatorio. (dal 01.03.19 al 31.12.19);</p> <p>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;</p> <p>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;;</p> <p>Alla fine del periodo di riferimento verrà stilata una relazione contenente i dati raccolti.</p>	
6. Revisione scheda accessi vascolari	<p>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.</p>	<p>1.            Creazione della scheda entro il 30/06/19;</p> <p>2.            Diffusione dello strumento a tutto il personale;</p> <p>3.            Il 100% dei ricoverati in Cardiocirurgia avranno nella cartella l'apposita scheda;</p>	<b>100</b>



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		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	Mantenere il valore di DDD complessivo di <b>CARBAPENEMI</b> (+/- 5%)	<b>100</b>
8. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	Ricerca per la creazione del documento, stesura del documento e avvio della consegna del documento ai malati amputati.	<b>100</b>
2. PAL 2019 Attività clinico assistenziale Prevenzione dell'ictus ischemico	Esecuzione di intervento di elezione di endarterectomia carotidea con monitoraggio elettroencefalografico	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	<b>100</b>
3. PAL 2019 Attività clinico assistenziale sicurezza del malato	Presenza attiva di un chirurgo vascolare nella fascia pomeridiana (14-20)	Presenza di un Chirurgo Vascolare nella fascia pomeridiana almeno per il 60% delle giornate lavorative dell'anno 2019	<b>100</b>
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	1. Almeno 2 incontri 2. Stesura di almeno 1 documento su un percorso di cura condiviso su aspetti clinico-organizzativi	<b>100</b>
5. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Ridurre il valore di DDD complessivo di carbapenemi del 10%	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
6. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
1. Processi di integrazione interaziendale ASUITS-ASS2	Promuovere un processo di integrazione per attività e percorsi condivisi con la S.C. Cardiologia ASS2	Almeno 2 incontri con stesura di almeno 1 documento su un percorso di cura condiviso	<b>100</b>
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	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	<b>100</b>
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	1 – 2 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	<b>100</b>
4. PAL 3.1.7 Promozione dell'attività fisica. Prosecuzione dei progetti di attività fisica rivolti alla	1. Attività fisica adattata: prosecuzione dei due progetti di attività fisica	1. Inizio attività gennaio e febbraio 2019 2. Organizzazione di almeno 2 incontri educativi sui	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
popolazione adulta iniziati nel 2018	<p>adattata per adulti sia in palestra sia in piscina. 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>	<p>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	Relatori ad almeno 1 evento formativo congiunto al 31/12/2019	<b>100</b>
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 afferisce al Laboratorio di</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</p>	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	Ecocardiografia con acquisizione delle immagini ecocardiografiche secondo standard di riferimento	dei valori di normalità del Laboratorio di Ecocardiografia SC Cardiovascolare	
7. PAL 3.8.2 Innovazione nella gestione delle terapie.	<p>1. Presa in carico delle persone con Fibrillazione Atriale (FA) segnalati alla dimissione ospedaliera per stabilizzazione, puntualizzazione diagnostica e CVE.</p> <p>2. Supporto dell'ambulatorio infermieristico per la continuità assistenziale, presa in carico e terapia educativa (anticoagulanti tradizionali/ nuovi anticoagulanti orali)</p> <p>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.</p> <p>4. Valutazione del tempo di attesa tra inizio della TAO/NAO e procedura di CVE.</p>	<p>1. N° assistiti con FA trattati con NAO 2019&gt;2018. Trattamento &gt;50% assistiti avviati a CVE in NAO da 1/3/2019 al 31/12/2019.</p> <p>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</p> <p>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.</p> <p>4. 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>	<b>100</b>
8. PAL 2019 3.2.1.2.2 Creazione di una rete aziendale per la presa in	1. Messa a regime di un PDTA per la presa in carico del paziente con	1. Aggiornamento PTDA entro il 31/03/2019 e condivisione del PDTA con	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
carico e la gestione dello scompenso cardiaco	<p>scompenso cronico in dimissione dalle Medicine.</p> <p>3. Identificazione dei pazienti ‘ad alto rischio’ attraverso degli score di rischio inseriti nel PDTA (severità scompenso, comorbidità, fragilità) per la presa in carico entro 30 giorni presso la SC Cardiovascolare.</p> <p>4. Messa a regime di un percorso educativo infermieristico per il paziente preso in carico dalla SC Cardiovascolare.</p>	<p>le Medicine dell’ASUI-Ts con una riunione organizzativa entro il 31/05/2019.</p> <p>2. Presa 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 segnalati al 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.</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>	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	Presa in carico dai fisioterapisti per avvio a percorso di riabilitazione motoria		
10. Riabilitazione motoria nei pazienti affetti da arteriopatia obliterante agli arti inferiori (AOAI) mediante sessioni di training sotto supervisione medico/infermiere	<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 AOAI mediante diagnostica strumentale ecografica, questionari generali di qualità della vita e specifici per deficit motorio</p> <p>2. Stesura di un protocollo operativo di riabilitazione per pazienti con arteriopatia obliterante agli arti inferiori (AOAI)</p> <p>3. Organizzazione degli ambienti di lavoro per le procedure di riabilitazione</p> <p>4. Inizio presa in carico assistiti con arteriopatia obliterante agli arti inferiori (AOAI).</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 attività riabilitativa dei pazienti con arteriopatia obliterante agli arti inferiori (AOAI) da 1/3/2019 a 30/6/2019</p> <p>4. Inserimento nel programma riabilitativo di almeno 2 pazienti con AOAI da 1/7/2019 a 31/12/19.</p>	<b>100</b>
11. (PAL 2018) Linea 3.6.3. Reti di patologia	1. Definizione di un percorso di lavoro condiviso per la cura	1.	<b>100</b>



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
Malattie rare. Malattie del metabolismo	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	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	
12. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<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>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 ferite, 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>	<b>100</b>
<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>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>	<b>100</b>
<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>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>	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
4. 3.6. Rete Cure Sicure Fvg Cconoscenza da parte del comparto degli elementi teorici chiave per la prevenzione delle infezioni.	2 Medici individuati dal Direttore praticano almeno 2 riunioni d'istruzione per il personale del comparto. In esse propongono e discutono le azioni per la tempestiva individuazione e trattamento del sito d'infezione	Partecipazione del 100% del personale del comparto alle riunioni d'istruzione Entro il 30/06/2019 tutti gli operatori sono formati sulla conoscenza delle 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	100
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	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	100
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.	Reparto : reclutamento e coinvolgimento del percorso wellness dei care givers (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.	100

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		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	Ridurre il valore di DDD complessivo di carbapenemi del 20%	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>  <b>0</b>
8. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	<b>Obiettivo non valutabile</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	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	<b>100</b>
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 degenti 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	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.	<b>100</b>
3. Consegne integrate multi professionali/multidisciplinari	Compresenza di diverse professionalità nel momento del passaggio delle consegne		<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
nel 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	in reparto di Pneumologia e 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.	Attivazione percorsi clinici e formalizzazione del percorso e degli incontri multidisciplinari	<b>100</b>
5. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Ridurre il valore di DDD complessivo di carbapenemi del 10%	<b>100</b>
6. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	Programma di guardie internistiche notturne e festive condiviso con i Direttori di SC di Medicina entro maggio	100
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	Ridistribuzione della presenza degli specializzandi all'interno del DAI di Medicina (evidenza report alla DS entro fine aprile)	Obiettivo non valutabile
3. Omogeneizzazione dell'attività di dimissione	Condividere a livello dipartimentale la pianificazione programmata delle dimissioni (anche in riferimento al Decreto sulla continuità assistenziale)	1. Produzione condivisa di protocollo organizzativo/gestionale sulla pianificazione delle dimissioni (entro agosto)  2. Applicazione protocollo da agosto	100
4. Analisi dei modelli organizzativi/assistenziali delle due Aziende in vista della realizzazione della riforma del SSR	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.	1. Entro settembre realizzazione di due incontri conoscitivi tra i RID e i Coordinatori dei due Dipartimenti.	100

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		<p>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.</p>	
<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 indagli i punti di forza e di fragilità del servizio e dell'assistenza.</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 durante due mesi campione e viene raccolto dopo la compilazione (questionari distribuiti ad almeno il 70% dei degenti).</p>	<p>100</p>



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		<p>3. A dicembre 2019 analisi dei risultati dei questionari raccolti.</p>	
<p>6. 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. 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.</p>	<p>1. Entro marzo predisposizione del progetto e diffusione a tutto il comparto</p> <p>2. Da aprile 2019 a agosto 2019 attivazione del progetto e monitoraggio dei seguenti esiti: Alla dimissione Valutazione Norton Stotts &gt; 10% rispetto al valutazione dell'accoglimento.</p> <p>3.</p>	<p><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		<p>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 &gt; 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>	
7. 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.	<p>1. Entro marzo sarà progettato e proposto il corso di FSC, avviate le pratiche per l'accREDITAMENTO.</p> <p>2. Entro Dicembre 2019 realizzazione del corso di FSC come da progettazione.</p>	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		3. <b>L'80%</b> del personale afferente al Dipartimento avrà partecipato al corso di FSC.	
PAL 2019  Ridefinire il percorso di inserimento del neo assunto in linea con i criteri definiti dalla nuova società di accreditamento (AC) Accreditation Canada	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 evidenzia l'acquisizione nel tempo delle competenze attese nel neoassunto per il raggiungimento dell'autonomia	1. Entro marzo 2019 istituzione del gruppo di lavoro e avvio dell'attività  2. Entro dicembre 2019 produzione dello strumento per almeno 1 SC afferente a ciascun DAI	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<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. 2. Segnalazione all'infermiere di continuità del Distretto di appartenenza della persona che ri-accede al ricovero. 3. Attuazione di incontri periodici di confronto tra S.C. Medicina Interna e Distretto di appartenenza per monitoraggio delle criticità.</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. 2. Da aprile segnalazione di almeno l'80% della persona con ri-ricovero all'infermiere distrettuale prima della dimissione. 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><b>100</b></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>1. Entro aprile 2019 sarà formulato un 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 o ai caregiver e viene raccolto dopo la compilazione durante due mesi campione (tra</p>	<p><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		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.	
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.	Migliorare la presa in carico degli assistiti, garantendo la visualizzazione e/o invio del 100% delle lettere di dimissioni ai medici di medicina generale	<b>100</b>
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.	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.	<b>100</b>
5. Reti di patologia Miglioramento dei percorsi di presa in carico della paziente	1.Prevenzione e/o trattamento dell'osteoporosi indotta dalle terapie antitumorali 2.	1. Revisione della letteratura e delle principali linee guida nazionali e internazionali (entro 30 aprile 2019)	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
in trattamento per carcinoma mammario	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	2. Produzione di un documento condiviso ed elaborazione di un percorso aziendale di presa in carico (entro giugno 2019) 3. 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	Proseguimento delle progettualità di lavoro integrate ospedale – territorio (2017-2018): <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Polifarmacoterapia/ appropriatezza prescrittiva</li> <li>b. Nutrizione artificiale</li> <li>c. Rete delle cure palliative</li> </ul>	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.	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		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.	
7. Riorganizzazione delle attività di degenza	Programmare le attività diagnostiche e terapeutiche al fine di evitare il protrarsi delle degenze	La degenza media della Struttura nel secondo semestre deve mostrare valori inferiori o uguali a 8	<b>50</b>
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	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	<b>50</b>
9. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Ridurre il valore di DDD complessivo carbapenemi del 10%	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b> <b>0</b>
10. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
1. Integrazione Ospedale-Territorio	1. Gestione integrata della presa in carico dei pazienti in terapia Dialitica peritoneale a domicilio, in RSA e nelle Case di riposo. 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. 3. Audit circa mensili di analisi della casistica trattata e dei bisogni dei pazienti in trattamento sostitutivo dialitico domiciliare e organizzazione degli ulteriori interventi.	Prosecuzione e mantenimento dell'attività in atto con tutti i Distretti con numero pazienti valutati nell' anno $\geq$ al 2018. Mantenimento (tra 50 e 60) del numero di pazienti in Dialisi peritoneale a domicilio e nelle case di Riposo.	<b>100</b>
2. Promozione attività fisica: Percorso Salute nel paziente nefropatico	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 2.	Attivazione del percorso come da azione	<b>100</b>



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	Costruzione e diffusione capillare di una scheda informativa ad hoc sulla salute ed attività fisica nel nefropatico 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.	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	100
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.	Mantenere o migliorare il livello raggiunto nel 2018 (almeno 3 pazienti trapiantati da vivente nel anno) <b>VEDI MONITORAGGIO al 31 Agosto 2019</b>	100

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	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.	Il mantenere un numero di trapianti di almeno 3 non dipende solo dalla nostra intensità e capacità di lavoro , ma anche da variabili relative al centro trapianto di riferimento.  Il nuovo indicatore sarà almeno 3 coppie preparate e inviate al centro trapianto di riferimento	
5. Avvio di un programma di CRRT con anticoagulazione loco-regionale con Citrato in ARTA	1. 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.	Due corsi di formazione entro l'anno 2019 Avvio dell'attività della CRRT con Citrato entro dicembre (almeno un caso trattato)	100
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	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.	100

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	condizione di grave ritenzione urinaria.		
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,	I pazienti conoscono il nome del medico di riferimento.	<b>100</b>
8. DIALISI: Mantenimento della competenza acquisita nelle metodiche di dialisi peritoneale manuale. Apprendimento della metodica nella gestione della peritonite in corso di dialisi peritoneale	1. Creazione di un piano di formazione teorico-pratico 2. Formulazione di procedure condivise per la gestione delle diverse situazioni peritoneali e di un protocollo per la gestione della peritonite	80% del personale formato; - esecuzione di 1 scambio di dialisi peritoneale manuale sul paziente; - 2 refresh a testa nel periodo considerato	<b>100</b>
9 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.	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	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	Calcolare il tasso di incidenza degli assistiti che sviluppano una o più LdP durante la degenza		
10. 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	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 operatori socio sanitari di Nefrologia e Dialisi ha partecipato al corso di formazione. 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.	<b>100</b>
11. NEFROLOGIA E DIALISI: Percorso conoscitivo tra Nefrologia e Dialisi ASUITS con Nefrologia e Dialisi Gorizia/Monfalcone	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. 2. Per una giornata (6 Ore) , in maniera condivisa, i Responsabili Infermieristici	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.	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	delle Strutture di Nefrologia e Dialisi delle due Aziende visiteranno reciprocamente le Strutture dell'altra Azienda.		
12 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	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	1. Entro marzo 2019 istituzione del gruppo di lavoro e avvio dell'attività 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	<b>100</b>
13 Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	<b>100</b>

Obiettivo generale	Azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
1. Miglioramento della gestione del paziente con insufficienza respiratoria acuta e cronica	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.	1. Partecipazione di tutto il personale medico e infermieristico all'aggiornamento sull'utilizzo della CPAP. 2. Presenza incarico, per trasferimento da Medicina d'Urgenza e Pneumologia, di almeno un paziente al mese in trattamento con CPAP	<b>100</b>
2. Miglioramento delle modalità di richiesta di visite endocrinologiche da parte dei medici di medicina generale	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	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).	<b>100</b>
3.	1.	1.	<b>100</b>

Obiettivo generale	Azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
Ottimizzazione del percorso di cura per pazienti affetti da reumo-artropatie infiammatorie associate a malattie dermatologiche	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 Agenda CUP Condivisa per la prenotazione delle visite specialistiche	Stesura del protocollo entro il 31 maggio 2019; 2. Inizio inserimento pazienti nella lista CUP condivisa appena disponibile	
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.	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.	1. Entro aprile predisposizione del progetto e diffusione a tutto il comparto 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. 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 dell'accoglimento.	<b>100</b>

Obiettivo generale	Azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		5. Presenza del 70% delle schede di monitoraggio quotidiano di mobilitazione e ingesta (pranzo) nella Struttura.	
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.	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.	1. Entro aprile 2019 sarà formulato un questionario di valutazione della soddisfazione dell'assistito o del suo caregiver durante la degenza. 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). 3. A dicembre 2019 analisi dei risultati dei questionari raccolti.	100
6. Garantire una presa in carico appropriata alle persone con bisogni nutrizionali specifici durante la degenza	1. Introdurre un metodo di individuazione delle persone con bisogni nutrizionali specifici e formare il personale sull'utilizzo. 2. Attuazione del monitoraggio dalla ingesta per le persone	1. Entro agosto verranno introdotti gli strumenti di screening per identificare le persone a rischio e il personale sarà formato al loro utilizzo. 2. Da agosto la scheda di valutazione dello stato	100



Obiettivo generale	Azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	indeterminate a rischio di malnutrizione. 3. Prescrizione e monitoraggio di una dieta personalizzata.	nutrizionale è somministrata al 70% delle persone accolte in reparto. 3. Da agosto tutte le persone identificate a rischio di malnutrizione hanno la prescrizione di una dieta personalizzata. 4. Da agosto è attuato un monitoraggio giornaliero delle ingesta per le persone identificate a rischio.	
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	Prosecuzione delle progettualità di lavoro integrate ospedale – territorio (2017-2018): <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Polifarmacoterapia/ appropriatezza prescrittiva</li> <li>b. Nutrizione artificiale</li> <li>c. Rete delle cure palliative</li> </ul>	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.	<b>100</b>

Obiettivo generale	Azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		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.	
8. Riorganizzazione delle attività di degenza	Programmare le attività diagnostiche e terapeutiche al fine di evitare il protrarsi delle degenze	La degenza media della Struttura nel secondo semestre deve mostrare valori inferiori o uguali a 8	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>  <b>0</b>
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	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	<b>50</b>
10. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Ridurre il valore di DDD complessivo carbapenemici del 10%	<b>100</b>
11. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<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>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><b>100</b></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</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>	<p><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	prevenzione della malnutrizione nel malato oncologico, 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	Malattie rare metaboliche: produrre entro il 31 dicembre 2019 il percorso assistenziale di transizione bambino-adulto per una malattia rara metabolica (fenilchetonuria).	<b>100</b>
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	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	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<p>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</p>	<p>Prosecuzione delle progettualità di lavoro integrate ospedale – territorio (2017-2018):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Polifarmacoterapia/ appropriatezza prescrittiva</li> <li>b. Nutrizione artificiale</li> <li>c. Rete delle cure palliative</li> </ul>	<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.</p> <p>2. 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. 2.2. Valutazione del 100% degli assistiti segnalati per avvio percorsi di NA.</p> <p>3.</p>	<p style="text-align: center;"><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		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.	
7. Riorganizzazione delle attività di degenza	Programmare le attività diagnostiche e terapeutiche al fine di evitare il protrarsi delle degenze	La degenza media della Struttura nel secondo semestre deve mostrare valori inferiori o uguali a 8	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>  <b>0</b>
8. 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	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	<b>33,3</b>
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.	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.	1. Entro aprile predisposizione del progetto e diffusione a tutto il comparto 2. Da maggio 2019 a agosto 2019 attivazione del progetto e monitoraggio dei seguenti esiti:	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	<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>Alla dimissione Valutazione Norton Stotts &gt; 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 &gt; 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 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>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</p>	<p><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		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 corredi l'impiego del personale e il metodo di lavoro alle linee di produzione attive e agli standard professionali di riferimento.	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.	<b>In sospenso Da verificare</b>
12. Report attività didattica e di tutoraggio	Monitoraggio attività didattica frontale e di tutoraggio clinico	Report annuale	<b>100</b>
13. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Ridurre il valore di DDD complessivo di <b>CARBAPENEMI</b> del 30%	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO  0</b>
14. Promozione della ricerca clinica	Formazione del personale nella realizzazione dei trial clinici secondo i principi della "GoodClinicalPractice"	Attivazione di almeno due studi clinici approvato dal Comitato Etico Unico Regionale	<b>100</b>
15. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	<b>100</b>



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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.	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.	<b>100</b>
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.	Elaborazione e stesura di un protocollo condiviso gli ematologi per una migliore selezione dei pazienti anziani da avviare a chemioimmunoterapia.	<b>Obiettivo non valutabile</b>
3. Miglioramento dello stato di salute di 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-familiare.	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.	<b>100</b>
4. Linea regionale 3.3.1	Applicazione del protocollo sulla gestione e riduzione della polifarmacologia nell'anziano ultraottantenne con comorbidità	Segnalazione sulla lettera di dimissione del numero di farmaci tolti. Report analitico a fine anno.	<b>100</b>
5. Tendenza alla stabilizzazione o diminuzione delle polmoniti nosocomiali	Mobilizzazione quotidiana documentata dalla scheda infermieristica e corretta somministrazione	Stabilizzazione o diminuzione del numero di polmoniti nosocomiali rispetto al 2018.	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	dell'alimentazione nei pazienti disfagici.		
6. Promozione di un'assistenza sicura attraverso la prevenzione delle cadute dell'anziano e della persona fragile.	1. Introduzione di un monitoraggio degli episodi di caduta della persona durante la degenza e degli esiti delle cadute. 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. 3. Attivazione di strategie organizzative atte ad evitare la caduta o ridurne le conseguenze.	1. Entro marzo sarà identificato lo strumento di monitoraggio della caduta e dei suoi esiti. 2. Entro aprile inizio della distribuzione dell'opuscolo informativo. 3. Entro settembre attuazione di un evento formativo per tutto il comparto sulla prevenzione delle cadute. 4. Entro dicembre analisi dell'incidenza e degli esiti delle cadute monitorate nella struttura.	100
7 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.	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.	1. Entro aprile 2019 sarà formulato un 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	

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		distribuiti ad almeno il 70% dei degenti). 3. A dicembre 2019 analisi dei risultati dei questionari raccolti.	
8. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Mantenere le DDD del 2018	<b>100</b>
9. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno tre pubblicazioni (50% in più rispetto al 2018)	<b>100</b>
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.	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.	<b>100</b>
11 Analisi dei modelli organizzativi/assistenziali delle due Aziende in vista della realizzazione della	Produzione di un documento di analisi e confronto tra la realtà del DAI di Medicina dell'ASUITs e il DAI di Medicina	1. Entro settembre realizzazione di due incontri conoscitivi tra i RID e i Coordinatori dei due Dipartimenti.	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
Riforma del SSR secondo Legge regionale 17 dicembre 2018 , n. 27	dell'AAS2 Bassa Friulana Isontina.	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	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<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>Volumi attività complessivi almeno del 90% Vs 2018 (a fronte di una riduzione Vs 2018 stimata del 15%)</p>	<p><b>100</b></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>1. Pubblicazione delle Linee Guida nel portale aziendale ASUITS 2. Documentazione degli incontri con i prescrittori e valutazione dei risultati sulle prescrizioni</p>	<p><b>Obiettivo non valutabile</b></p>
<p>3. Percorsi di cura</p>	<p>1. Attivazione di incontri con i prescrittori esterni per</p>	<p>1. Documentazione degli incontri con i prescrittori e</p>	<p><b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<p>Ottimizzazione dell'offerta dell'Ambulatorio di Patologia Vascolare ed Ipertensione Arteriosa, fornendo un supporto snello di "consulting" specialistico diretto extra-ambulatoriale, al fine di:</p> <p>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.</p>	<p>definire il protocollo per l'accesso allo sportello di "consulting"</p> <p>2. Successiva attivazione dello sportello ambulatoriale informatico/telefonico a favore dei prescrittori.</p>	<p>valutazione uso del protocollo</p> <p>2. Documentazione del percorso organizzativo con la SC informatica e Telecomunicazioni. Attivazione dello sportello</p>	<p><b>0</b></p>
<p>4. Qualità e appropriatezza dell'offerta formativa in termini di didattica tutoriale passiva (primo livello didattico) e interattiva (secondo livello didattico) per rispettivamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il CdS di Medicina e Chirurgia e le Scuole di Specializzazione di UNITS, ove insiste l'insegnamento dell'Angiologia e Diagnostica Vascolare Ultrasonografica.</li> <li>- CdS interessati, con platea complessiva di oltre 200 discenti:</li> <li>- CdS Medicina e Chirurgia</li> <li>- SS Medicina Interna</li> <li>- SS Malattie dell'Apparato Cardiovascolare</li> </ul>	<p>Rimodulazione delle ore dedicate alla attività integrata di didattica tutoriale in combinazione ai volumi di prestazioni strumentali erogate.</p>	<p>Rilevazione presenze e ore tutoriali erogate tramite il registro informatico presso la SSD F&amp;R in Ultrasonografia Vascolare</p> <p>Target: &gt;200 ore tutoriali; &gt;400 giornate/discente.</p>	<p><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
Mantenimento Vs 2018, dell'attività di didattica tutoriale erogata in combinazione con minimizzazione della riduzione dei volumi di attività prevista per il 2019			
5. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<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>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 style="text-align: center;"><b>100</b></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. Riproduttivo Fem.</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 Riproduttivo 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>	<p style="text-align: center;"><b>100</b></p> <p style="text-align: center;"><b>1</b></p> <p style="text-align: center;"><b>100</b></p> <p style="text-align: center;"><b>2</b></p> <p style="text-align: center;"><b>obiettivo non valutabile</b></p>



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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.	Osservanza delle scadenze programmate in termini di attività e audit previste dal piano di accreditamento JACIE.	<b>100</b>
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.	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	<b>100</b>
3. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive mirati	1. Redazione della procedura di identificazione delle persone cui offrire le vaccinazioni.	Invito al colloquio ed alla vaccinazione delle persone a rischio (presso il Centro	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
agli utenti a rischio assistiti presso la SC Ematologia 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)	2. Invito dell'utente al colloquio informativo ed all'adesione vaccinale. 3. Registrazione in SIASI degli inviti e dell'esito degli stessi: vaccinazione, esonero, rifiuto	Vaccinale Unico della SCISP o presso la SC Ematologia	
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.	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%	<b>Obiettivo parzialmente raggiunto 75</b>
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 e 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. 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).	<b>100</b>
6. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC	Ridurre il valore di DDD complessivo di carbapenemi del 10%	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	Farmacia e SC Malattie Infettive		
7. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	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	<b>100</b>
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 )	PDTA condiviso /Attivazione di gruppo multidisciplinare di AV/ 1 anno	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
3. Gestione programmata su agende CUP di prestazioni post ricovero	1. Creare mensilmente agende CUP in 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/u rologico/ tumori testa collo/ tumori cutanei /tumori SNC/tumori distretto toracico/miscellanea di chirurgia generale)	Evidenza di agenda CUP entro luglio 2019  2. Almeno due percorsi codificati	<b>100</b>
4. Simultaneous care	Tutti i pazienti con diagnosi di neoplasia pancreatiche localmente avanzata o metastatica vengano valutati in integrazione con il personale delle Cure Palliative anche per avvio percorsi di continuità cure	Registrazione di VAS score su prima visita per questa tipologia di pazienti ed evidenza di contestuale visita terapia antalgica/Il100% 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	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
5. Monitoraggio dei pazienti con carcinoma polmonare	Determinazione mutazioni di EGFR su biopsia liquida in pazienti in trattamento per NSCLC	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	100
6. 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	Inserimento dei dati relativi all'insorgenza di nuove lesioni da pressione nel 100% dei pazienti ricoverati a partire dal 01.05.2019  Fonte: data base G2	100
7. Coordinamento attività clinico e assistenziale	Predisposizione congiunta di PDTA sulle lesioni neoplastiche cutanee maligne epiteliali, con definizione di percorsi, responsabilità e competenze	Documento PDTA redatto secondo le linee guida nazionali e/o europee formalmente sottoscritto e inizio attività coordinata	Obiettivo non valutabile
8. Coordinamento attività clinico e assistenziale	Creazione di un protocollo per la patologica neoplastica spinale attraverso gli strumenti di	Presentazione protocollo condiviso alla DS entro Settembre 2019 e audit sulla	100

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	Meetings Revisione della letteratura Stesura protocollo Sua applicazione	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	Ridurre il valore di DDD complessivo di carbapenemi del 10%	<b>Obiettivo non valutabile</b>
10. Creazione di un protocollo per la patologia neoplastica spinale	Creazione di un protocollo per la patologia neoplastica spinale attraverso gli strumenti di 1.Meetings multidisciplinari 2.Revisione della letteratura 3.Stesura protocollo 4.Sua applicazione	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	<b>100</b>
11. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
1. Informatizzazione Prosecuzione dell'attività in essere e implementazione degli applicativi regionali	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	a)Apertura cartella informatizzata per tutte le pazienti prese in carico Compilazione relativamente a campi diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con completezza > 95% b)Referti firmati digitalmente > 95% c)Prescrizione PSM piani terapeutici e PSM iter elettronico > 80% Dati rilevabili G2 , PSM, Rilevazioni centralizzate Dicembre 2019	<b>100</b>
2. 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	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)	<b>100</b>



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		Dati desumibili da G2 Clinico e Registro Breast UNIT	
3. Integrazione ospedale/territorio Individuazione donne a rischio aumentato per carcinoma mammario/ovarico da avviare a percorsi alternativi rispetto a quanto proposto dallo screening regionale	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 servizio ambulatoriali dell'IRCCS Burlo Garofolo	1. 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 identificare la popolazione a rischio (giugno 2019) e di 1 incontro formativo con il personale del Burlo (settembre 2019) per la definizione del percorso 2. Almeno 10 donne per ogni distretto identificate e avviate al percorso valutazione del rischio	100
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		1. Incontri programmati (conoscenza reciproca situazione attuale, evidenziazione di criticità, proposte di miglioramento e di condivisione) e proposta di documenti Settembre 2019 2. Approvazione dei documenti condivisi Dicembre 2019	100
5. (PAL 2018) Linea 3.1.6. Reti di patologia. Realizzare percorsi integrati	Trattamento del sovrappeso e dell'obesità nel follow up dopo trattamento del carcinoma mammario	1. Riunione operativa per la definizione del percorso entro 30 giugno 2019	100

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
attivi e da implementare nell'ambito della presa in carico del paziente Oncologico. Migliorare la gestione del paziente attraverso discussione multidisciplinare		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	
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	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	<b>100</b>
7. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
1. Controllo di qualità sui trattamenti stereotassici	Valutazione della dosimetria e del rispetto dei constraints	Numero dei casi controllati superiori al 90% dei casi trattati	<b>100</b>
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	Realizzazione IORT esclusiva nei casi eligibili come da protocollo elaborato  Base dati: G2 e Data Breast	<b>100</b>
3. Creazione di un protocollo per la patologia neoplastica spinale	1. Meetings 2. Revisione della letteratura 3. Stesura protocollo 4. Sua applicazione	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	<b>100</b>
4. Trattamento delle metastasi ossee entro 3 gg	1. Prima visita 2. Centramento 3. Conturing/ Calcolo 4. Trattamento	Trattamento del 95% dei casi entro il limite di 3 gg	<b>100</b>
5. Irradiazione Emoderivati	Irradiazione	Irradiazione > del 95% delle richieste	<b>100</b>
6. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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)	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)	<b>100</b>
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	Produzione del PDTA-HIV relativo ai pazienti dell'area giuliano-isontina entro il 31 dicembre 2019	<b>100</b>
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	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	<b>100</b>
4. RISCHIO CLINICO. AntibioticStewardship: Riduzione dei tempi di risposta delle indagini	Ampliamento dell'offerta ed introduzione di nuovi sistemi di diagnostica rapida (MALDI	1. Riduzione dei tempi di refertazione degli agenti etiologici	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
microbiologiche per favorire l'impiego di terapia antibiotica mirata	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 agenti infettivi)	delle sepsi: % di identificazioni preliminari in emocolture positive (almeno 50% dall'introduzione del 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	Organizzazione e realizzazione di 1 evento formativo (nell'ambito delle attività formative del CIOT) nel 2019	<b>100</b>
6. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Ridurre il valore di DDD complessivo di carbapenemi del 10%	<b>100</b>
7. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<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)</p> <p>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</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>87,5</p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	infiammatorie cutanee tra le due strutture		
2. 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	Documento PDTA redatto secondo le linee guida nazionali e/o europee formalmente sottoscritto e inizio attività coordinata	<b>Obiettivo non valutabile</b>
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	Creazione della disponibilità dell'ambulatorio di reparto di 1 visita al giorno da agenda CUP chirurgico	<b>100</b>
4. Ottimizzazione del percorso di cura per pazienti affetti da reumo-artropatie infiammatorie associate a malattie dermatologiche	<p>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.</p> <p>2. Creazione di una nuova agenda G2 e CUP condivisa per la prenotazione delle visite specialistiche</p> <p>3. Ottimizzazione della terapia, in quanto condivisa, semplificazione del percorso diagnostico del paziente, con riduzione del tempo di attesa</p>	<p>1. Stesura del protocollo entro il 31 maggio 2019</p> <p>2. Inizio inserimento pazienti nella lista CUP condivisa appena disponibile</p>	<b>Obiettivo non valutabile</b>
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	<p>1. Documentazione del colloquio erogato e degli argomenti trattati (Diario)</p> <p>2.</p>	<b>75</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	posto di lavoro nella struttura	Documentazione degli azioni/interventi avviati 3. Misurazione della valutazione organizzativa pre-post colloquio dopo 6-12 mesi	
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	Evidenza e applicazione del percorso. Dal 1 aprile 2019	<b>100</b>
7. Public relation ed educazione	Incontri informativi alle scuole elementare	Elaborazione di materiale didattico ed educativo sui danni causati dall'esposizione al sole almeno 3 incontri presso le scuole elementari di Trieste nel 2019	<b>Obiettivo non valutabile</b>
8. Miglioramento dell'assistenza	Organizzazione di un percorso assistenziale infermieristico e medici di Struttura integrati:	Riunioni mensili con formazione certificata di almeno 4 infermieri per l'attività per la terapia fotodinamica Formalizzazione del percorso in terapia fotodinamica	<b>100</b>
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	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	Almeno 4 incontri presso 2/3 Istituti Scolastici della Provincia di Trieste nel 2019	<b>100</b>



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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 sua biologia, si affronta anche la tematica sul cosa fare in caso di morso di zecca il tutto rapportato al target selezionato	materiale didattico da noi realizzato		
10. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Mantenere il valore di DDD complessivo di carbapenemi (+/- 5%)	<b>100</b>
11. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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)	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 dal neoassunto per il raggiungimento dell'autonomia 3. I dirigenti medici neoassunti sono inquadrati e affidati a un collega tutor per 6 mesi	1. Entro marzo 2019 istituzione del gruppo di lavoro e avvio dell'attività  2. Entro dicembre 2019 produzione dello strumento per almeno 1 SC afferente a ciascun DAI  3. Produzione di un breve report sull'integrazione del nuovo assunto	<b>100</b>
2. Ottimizzazione ricoveri	I pazienti del DAI fuori reparto devono essere prevalentemente ricoverati nel DAI	90% dei fuori reparto del DAI sono ricoverati in letti del DAI	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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. 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	<b>1 100</b> <b>2 100</b> <b>3 100 per dirigenza e comparto 14 piano</b> <b>3 OBIETTIVO NON RAGGIUNTO dirigenze e comparto 15 piano</b>
2. Migliorare soddisfazione dell'utenza	Aggiunta alle schede di richiamata telefonica di un questionario di soddisfazione dell'utenza	Report e verifica a campione su 100 casi	<b>100</b>
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. 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	<b>Obiettivo 1</b> <b>100: Casagranda, Cosola, Danek, Eramo, Pozzetto,Tarchi, Turolfo</b> <b>50: Casagranda, Cosola, Danek, Eramo, Pozzetto,Tarchi, Turolfo</b> <b>2 =100</b> <b>3=100</b> <b>4=100</b> <b>5=100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	Continuazione terapia laser fistole anali  5. Riduzione degenza melanomi/linfonodo sentinella	4. 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	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	<b>100</b>
5. Report attività didattica e di tutoraggio	1. Monitoraggio attività didattica frontale e di tutoraggio 2. Monitoraggio attività di ricerca	1. Report annuale 2. Report annuale	<b>100</b>
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.	1. Evidenza del percorso 2. Valutazione fattibilità ed identificazione casistica	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	Valutazione fattibilità ed eventuale identificazione di una piccola casistica per inizio attività		
7. 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.	1. Numero di pazienti che effettuano la biopsia linfonodale entro 14 giorni: 80% 2. Creazione di un protocollo operativo entro 1.6.2019	100
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. Produzione del protocollo entro il 1.10.2019 2. Avvio dell'utilizzo del protocollo entro il 30.10.2019: report casi trattati	100
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	1. Produzione protocollo entro 1.6.2019 2. Avvio del protocollo entro tale data : report sui pazienti trasferiti	100
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	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	100

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	applicare modalità operative comuni, implementare protocolli e procedure aziendali.	avranno potuto 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.	Pubblicare la brochure entro il 31 dicembre 2019.	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	1 Stesura del protocollo 30.6.19 2 Report dei pazienti di Gorizia e Monfalcone trasferiti a Trieste 70% 31.12.19	<b>100</b>
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	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	<b>100</b>
3. Esecuzione delle endoscopie biliopancreatiche (ERCP) di Gorizia e Monfalcone a Trieste	Attivazione di una seduta settimanale aggiuntiva dedicata all'ERCP	Esecuzione delle ERCP di Gorizia e Monfalcone dal 1 Luglio	<b>100</b>
4. Accreditamento professionale società scientifica (SIED società)	Azioni di miglioramento sulla base delle rilevazioni e suggerimenti indicati dal team di valutazione	Certificazione al 31.12.2019	<b>Obiettivo non valutabile</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
italiana di endoscopia digestiva)			
5. 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 aziendali.	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/ <i>meeting</i> .	100
6. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	100



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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.	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	<b>100</b>
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	Tutti i pazienti con le caratteristiche descritte, verranno sottoposti all'intervento chirurgico entro 15 giorni dalla richiesta e dopo valutazione urologica motivata	<b>100</b>
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.	Entro il 31 dicembre 2019 verranno eseguiti 80 esami studi uro-dinamici invasivi	<b>100</b>
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	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	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	strutture, condividere e applicare modalità operative comuni, implementare protocolli e procedure aziendali.	forma sintetica a quanti non avranno potuto 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.	Pubblicare la brochure entro il 31 dicembre 2019.	<b>100</b>
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.	Stampare la scheda entro il 30 settembre 2019, utilizzarla su tutti gli assistiti dal 1 ottobre 2019.	<b>100</b>
7. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	<b>100</b>
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.	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.	<b>100</b>
9. Promuovere l'ampliamento dell'attività di litotrissia extracorporea	1. Organizzare delle riunioni interaziendali coinvolgendo la realtà Isontina per favorire la massima sinergia tra le	Relazioni contenenti le informazioni espresse durante ciascun incontro dove saranno affrontate le problematiche, e proposte	<b>Obiettivo non valutabile</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
ambulatoriale coinvolgendo l'urologia dell'AAS2	due urologie della futura Azienda Unica.	soluzioni al fine di realizzare concretamente l'ampliamento dell'attività di litotrissia	

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	Produzione di documento condiviso di programmazione dell'attività	<b>100</b>
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	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	<b>100</b>
3. insufficienze d'organo e trapianti	Diffusione delle linee di indirizzo alterazione enzimi epatici	1. Almeno 1 evento formativo ASUITS 2. 100% di pazienti/utenti visitati eleggibili e complianti soinvitati con scheda di consulenza al dip sost legali 3. Il 100% degli invii da parte del MMG è valutato per appropriatezza e	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		completezza degli esami ematochimici	
4. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	<b>100</b>
5. 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 aziendali.	Gli incontri si concluderanno entro il 31 dicembre 2019. 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/ <i>meeting</i> .	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<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. 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><b>100</b></p>
	<p>Garanzia dell'adeguatezza del trattamento chirurgico della patologia benigna e maligna della mammella pianificato e</p>	<p>Mantenimento attività chirurgica 2018 Base dati: data breast e referti consulti</p>	<p><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	condiviso nell'ambito dei meeting multidisciplinari settimanali	multidisciplinari preoperatori e postoperatori visualizzabili in sistema G2	
3. 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)	Applicazione del protocollo elaborato nel 2017 e mantenimento di tale attività	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	100
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	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	100
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	Realizzazione IORT esclusiva nei casi eligibili come da protocollo elaborato  Base dati: G2 e Data Breast	100
6. Promozione dell'engagement applicando il modello PHEinAction nel sostenere le donne nel periodo perioperatorio	Somministrazione della scheda PHE ed organizzazione di incontri strutturati	Somministrazione e valutazione di 50 schede PHE entro il 31 dicembre 20198 per analisi – numeri accessi e contatti	100

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		- 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	Report di attività' ed analisi dei bisogni espressi con miglioramenti implementabili	<b>Obiettivo stralciato</b>
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	Elaborazione scheda: 30 giugno 2019 Somministrazione scheda e sua valutazione: 31 dicembre 2019	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>  <b>0</b>
9. Attivazione di una collaborazione tra Breast Unit e gruppo senologico AAS2	Produzione di un protocollo condiviso attraverso incontri tra le parti	1. Verbale di incontri per definizione protocollo: 30 giugno 2019 2. Stesura del protocollo: 31 ottobre 2019	<b>100</b>
10. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	<b>100</b>



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	1. Entro marzo 2019 istituzione del gruppo di lavoro e avvio dell'attività  2. Entro dicembre 2019 produzione dello strumento per almeno 1 SC afferente a ciascun DAI	<b>100</b>
Promuovere strategie di benessere del personale afferente al DAI	Rotazione didattica del personale Iniziative di valorizzazione del personale (incontri individuali, giornate di formazione) Incontri per discussioni di casi	Relazione finale sulle iniziative intraprese per la promozione del benessere del personale in forza al DAI – entro 31 dicembre 2019 Riunioni per la discussione di singoli casi (>5)	<b>100</b>
Rilevare la soddisfazione della qualità percepita dai pazienti attraverso un'indagine di <i>customer satisfaction</i>	Progettazione dell'indagine di <i>customer satisfaction</i>	Evidenza del progetto entro 31 dicembre 2019	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
1. Organizzazione strutturale della funzione di day surgery	Studio di fattibilità organizzazione e afferenza Day Surgery	Sperimentazione 6 mesi. Report analitico di analisi e verifica	<b>100</b>
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 evidenzia l'acquisizione nel tempo delle competenze attese nel neoassunto per il raggiungimento dell'autonomia	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	<b>100</b>
3. Promuovere strategie di benessere del personale afferente al DAI	1. Rotazione didattica del personale Iniziativa 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	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.	<b>100</b>
4. Rilevare la soddisfazione della qualità percepita dai pazienti attraverso	Progettazione dell'indagine di <i>customersatisfaction</i>	Evidenza del progetto entro 31 dicembre 2019	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
un'indagine di <i>customersatisfaction</i>			

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	Numero di infermieri e (medici) che hanno conseguito la certificazione di base nelle manovre di BLS/D Pediatrico nel 2019 $\geq$ al 70%	100
2. Implementare l'appropriatezza e l'efficacia dell'assistenza nei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico di odontostomatologia e chirurgia maxillofacciale e bisognosi 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	Strutturazione della scheda <i>ad hoc</i> integrativa e sua evidenza in cartella clinica Dal 1 marzo	100
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	Evidenza del progetto di riorganizzazione	100
4. Riduzione liste attese per prestazioni LEA post-prima visita	Contenere il numero di i pazienti in lista di attesa	Mantenere o diminuire i pazienti in lista di attesa rispetto al 2018	Obiettivo non valutabile
5. Attivazione di un centro per i disturbi respiratori nel sonno	Attivazione ed organizzazione di un gruppo multidisciplinare con SC Pneumologia	Attivazione percorsi clinici e formalizzazione del percorso e degli incontri multidisciplinari	Obiettivo non valutabile
6. Attivazione operativa protocollo gestione maxillo facciale pazienti pediatrici	A valle della sottoscrizione dell'accordo già predisposto, attivazione dello stesso	3 o più interventi di chirurgia maxillo-facciale al Burlo in equipe mista	100

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
con Burlo Garofolo e ASUIUD			
7. Uniformazione protocolli operativi, materiali e strumentazione in ambito odontoiatrico e maxillo facciale con AAS2	Condivisione protocolli, consensi, percorsi clinici ed amministrativi	Entro 31.12.2019 modulistica, protocolli, modalità gestionale unificati	<b>100 per quanto di competenza</b>
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	Visita entro 31.12.2019 a < 90% ospiti case di accoglienza che aderiscono al progetto entro 30.9.2019	<b>100</b>
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	100% dei pazienti inviati sottoposti a visita odontoiatrica nel 2019	<b>100</b>
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	Trasferimento del personale competente al Complesso Operatorio del Presidio di Cattinara (evidenza in una relazione finale)	<b>100</b>
11. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno dieci pubblicazioni	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	1. Ricostruzione immediata post-mastectomia > 45% e mastect. nipple sparing >10%; 2. sostituzione espansore mammario con protesi entro 6 mesi dal termine delle terapie oncologiche > 85% Base dati: G2 e data brast3. 3. Convenzione ed introduzione di ricostruzione mammaria presso l'Ospedale di Gorizia	<b>100</b>
2. Completamento iter ricostruttivo mammario	Completamento dell'iter ricostruttivo mammario mediante intervento di dermopigmentazione del complesso areola-capezzolo	Incremento del 20% dei tattoo su pazienti in lista d'attesa	<b>100</b>
3. Mantenimento accreditamento EUSOMA della BREAST UNIT	Partecipazione incontri settimanali di casistica (MdM) monitoraggio dell'andamento degli indicatori nel tempo	Superamento della visita annuale: rispetto degli indicatori previsti per l'accREDITamento	<b>100</b>
4. Creazione nuove agende digitali	Creazione nuove agende G2 per l'attività chirurgica ambulatoriale e per l'ambulatorio medicazioni di reparto pazienti esterni	Inserimento superiore al 50%	<b>100</b>
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	Creazione della disponibilità dell'ambulatorio di reparto di 1 visita al giorno da agenda CUP chirurgico condivisa tra	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	da sottoporre a valutazione per chirurgia	SC Chirurgia Plastica e SC Clinica Dermatologica	
6. Coordinamento attività clinico e assistenziale	Predisposizione congiunta di PDTA sulle lesioni neoplastiche cutanee maligne, con definizione di percorsi, responsabilità e competenze	Documento PDTA redatto secondo le linee guida nazionali e/o europee formalmente sottoscritto e inizio attività coordinata	<b>Obiettivo non valutabile</b>
7. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	<b>100</b>
8. Attività assistenziale di chirurgia plastica Gorizia e Monfalcone	Introduzione delle prestazioni di chirurgia plastica	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	<b>100</b>
9. Migliorare i dati di performance riferiti alla valutazione del dolore: Rivalutazione dolore ogni 24 ore	Rivalutazione del dolore ogni 24 ore	Aumento della percentuale di dati conformi rispetto al 2018 Dal 1 marzo (evidenza nei report aziendali)	<b>100</b>
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	Evidenza della scheda dedicata Numero consulenze effettuate Dal 1 marzo	<b>100 per quanto di competenza</b>
11.	1.	Evidenza del progetto	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
Implementare i processi di <i>governance</i> attraverso la progettazione di una nuova cartella infermieristica utile alla valutazione degli esiti assistenziali	Creare un gruppo di lavoro per la ricerca della letteratura e la 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	Mantenere il valore di DDD complessivo di carbapenemi (+/- 5%)	<b>100</b>



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	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.	<b>100</b>
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	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	<b>100</b>
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	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	<b>100</b>
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.	Messa in atto del programma di telemedicina  <i>Questo obiettivo sarà subordinato all'acquisizione</i>	<b>Obiettivo non valutabile</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	<p>Invio delle retinografie per via telematica alla Clinica Oculistica</p> <p>Refertazione delle retinografie e invio delle stesse per via telematica al diabetologo del territorio</p>	<p><i>di un retinografo, alla presenza presso il centro diabetologico di personale in grado di eseguire le 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></p>	
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.	<p>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.</p> <p>2. Adesione ai tempi di attesa per i trattamenti retinici come stabilito dal PDTA regionale</p>	<p>Mantenimento dei tempi di attesa per le prestazioni nei soggetti affetti da maculopatia (come da PDTA regionale).</p> <p><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></p>	<b>100</b>
6. Refertazione degli esami fluorangiografici	Consegna al paziente del referto fluorangiografico nello stessa giornata di esecuzione dell'esame	Percentuale di referti consegnati nella stessa giornata di esecuzione dell'esame pari al 90%	<b>100</b>
7. Incremento del numero degli interventi di cataratta	Incrementare il numero di interventi di cataratta Aumentando il numero delle sedute operatorie dedicate	<p>Numero di interventi chirurgici di cataratta maggiore che nel 2018</p> <p><i>Nota: l'obiettivo sarà subordinato alla possibilità di incrementare il numero di sedute operatorie da destinarsi agli interventi di</i></p>	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		<i>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 livello	Ottimizzazione della collaborazione con gli specialisti ambulatoriali del territorio ASUITS in particolare riguardo alla identificazione di indicazioni chirurgiche e alla gestione 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.	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 disponibilità e alla collaborazione da parte degli oculisti territoriali</i>	<b>100 per quanto di competenza</b>
9. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	<b>100</b>
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	Aumento della percentuale di dati conformi rispetto al 2018 Da 1 marzo al 31 dicembre 2019 (evidenza nei report aziendali)	<b>100</b>
11. Implementazione della sicurezza del paziente	Partecipare al corso specifico di BLS/D Pediatrico	Conseguimento della certificazione di base nelle manovre di BLS/D Pediatrico	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
pediatrico attraverso l'acquisizione di competenze specifiche nell'ambito dell'emergenza pediatrica di base		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	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	100
13. Produrre una semplificazione organizzativa a garanzia della maggiore correttezza della prenotazione ed esecuzione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in Oculistica	1. 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 2. Elaborazione di procedura finalizzata alla corretta prenotazione dell'esame specialistico prescritto	Formalizzazione della procedura entro il 31 dicembre 2019	100
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)	Mantenimento dell'attività di Front Office e Accettazione agli sportelli (con meccanismo di rotazione del personale)	100

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	Numero di interventi di tonsillectomia eseguiti nelle varie sedi entro i tempi di attesa superiore all'80%	<b>Obiettivo non valutabile</b>
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.	Numero di pazienti che effettuano la biopsia linfonodale entro 14 giorni: 80%	<b>100</b>
3. Tempi di attesa per intervento chirurgico ORL	Ridurre il tempo di attesa per intervento chirurgico priorità B come conseguenza della 5° seduta operatoria	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)	<b>100</b>
4. Studio epidemiologico HPV	Rilevazione HPV mediante esame citologico agoaspirato	Rilevazione HPV virus in almeno 50% delle metastasi laterocervicali	<b>100</b>
5. Attività di ricerca	Valutazione delle pubblicazioni ORL	Numero maggiore di 3 pubblicazioni scientifiche/anno	<b>100</b>
6. Coordinamento attività clinica e assistenziale	Predisposizione congiunta di PDTA su epitelomi cutanei con definizione di percorsi, responsabilità e competenze	Documento PDTA redatto secondo le linee guida internazionali formalmente sottoscritto e inizio attività coordinata	<b>Obiettivo non valutabile in quanto PDTA prodotto ma non condiviso</b>
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	% di prime visite specialistiche erogate secondo criteri UBDP > 80% sul tot delle prime visite erogate (valutazione	<b>100 per quanto di competenza</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		dell'appropriatezza clinica e prescrittiva	
8. Migliorare i dati di performance riferiti alla valutazione del dolore	Rivalutazione del dolore ogni 24 ore	Aumento della percentuale di dati conformi rispetto al 2018 Da 1 marzo al 31 dicembre 2019 (evidenza nei report aziendali)	<b>Obiettivo non valutabile</b>
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	Acquisizione di certificazione di base nelle manovre di BLS D Pediatrico nel 2019 nel $\geq 70\%$ del personale	<b>100</b>
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)	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)	<b>100</b>
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	Aumento dei volumi dell'attività chirurgica e conseguente riduzione delle liste di attesa rispetto al 2018	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<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>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>	<p style="text-align: center;"><b>100</b></p>
<p>2. PAL 2019</p>	<p>1.</p>	<p>1.</p>	<p style="text-align: center;"><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
Ridefinire il percorso di inserimento del neo assunto in linea con i criteri definiti dalla nuova società di accreditamento (AC) Accreditation Canada	<p>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>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>	
3. 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. 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>	<b>100</b>



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
1. Realizzazione di un HUB Stroke Unit (emergenza)	Mantenimento trombectomie – trombolisi Riunioni regionali di coordinamento rete Stroke-formazione	Trombolisi e trombectomie Aggiornamento PDTA regionale Garantire la trombolisi e/o la trombectomia in tutti i casi eleggibili. Almeno 1 Evento PDTA	<b>100</b>
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	Rete formativa attivata con Gorizia-Monfalcone (rotazione) tre nuovi specializzandi per due mese ciascuno	<b>100</b>
3. Progetti di ricerca	Papers scientifici e progetti CE	Almeno 5 Papers scientifici su rivista con IF	<b>100</b>
4. Mantenimento dell'attività di Trombolisi endovenosa (Urgenza Linee Regione)	1 Formazione continua 2 Attenzione all'urgenza 3 Operativita'Stroke Unit	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	<b>100</b>
5. Mantenimento dell'attività di Trombectomia (Urgenza Linee Regione)	1 Formazione continua 2 Attenzione all'urgenza 3	1. Garantire la trombectomia in tutti i casi eleggibili. 31.12.2018 database di Neurologia e radiologia database regionale 2.	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	Operatività stroke unit-radiologia creazione di file con outcome pazienti e riunioni congiunte neurologia – radiologia	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	Risultato atteso inter-tempo < di 60 min: Misura intertempi cartella clinica Database e Progetto regionale Database e progetto nazionale e internazionale	<b>100</b>
7. Monitoraggio NCH e Riunione discussione casi clinici	Esecuzione monitoraggi specialistici	N di monitoraggi complessi in NCH superiore a 2018 (referti su G2)	<b>100</b>
8. Monitoraggio Chirurgia vascolare (cod 8919 )	Esecuzione monitoraggi specialistici	Database del numero dei monitoraggi Codice 8919 sulla cartella superiore a 2018 Referti su G2	<b>100</b>
9 Creazione gruppo GIN Malattie neuromuscolari (sinergia Ospedale e Territorio)	Realizzazione operatività di gruppo di analisi e discussione	GIN a Gorizia congiunto approvato Un evento a Gorizia Operativo (se approvato Direzione sanitaria) Presente Database pazienti neuromuscolari	<b>100</b>
10. Continuita' Riabilitativa Neurologia-	Percorso e tempi Continuita' in corso con la riabilitazione Sia per Stroke ( progetto MEMORINET) che per Sclerosi Multipla	Presente Database pazienti e dei tempi di ricovero con evidenza raccolta outcome	<b>100</b>
11.	Ideare un opuscolo informativo/ scheda	Consegna di opuscolo/scheda educativa al 100% dei	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
Rapporto con i cittadini; agevolare l'adesione alle cure post dimissione	educativa rivolta al paziente ambulatoriale in terapia con i nuovi farmaci per la sclerosi multipla	pazienti con SM in carico all'ambulatorio della clinica neurologica 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	Avvio di riunioni informative Tutti i pazienti vedono i parenti informati (nota su cartella: evidenza della eventuale impossibilità)	<b>100</b>
13. Esami di neurofisiologia in emergenza	Richiesta dal PS	Esami refertati su G2 100% richieste e referti in G2 (in urgenza dal PS)	<b>100</b>
14. Monitoraggio Idratazione dei pazienti con Stroke	Misure di elettroliti NIH score	Elettroliti – Outcome Neurologica Esecuzione nel 100% dei pazienti stroke	<b>100</b>
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	Apertura agenda entro il 31.10.2019	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	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)	100
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)	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	1. <b>Obiettivo non valutabile</b> 2. <b>100 (% del 39.9)</b>  100
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	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.	50

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	presso l' ospedale di gorizia e di uno presso l' ospedale di monfalcone	Inizio ambulatorio di monfalcone entro la fine di ottobre. 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	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	<b>100</b>
5. Creazione di un protocollo per la patologia neoplastica spinale	1. Meetings 2. Revisione della letteratura 3. Stesura protocollo 4. Sua applicazione	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	<b>100</b>
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.	1. Creazione di almeno 5 schede dei principali interventi chirurgici entro la fine di agosto 2.	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		Loro applicazione, revisione e stesura finale entro la fine del 2019	
7. Monitoraggio NCH e Riunione discussione casi clinici	Esecuzione monitoraggi specialistici	N di monitoraggi complessi in NCH superiore a 2018 (referti su G2)	<b>100</b>
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"	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	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	<b>100</b>
9. Rapporti con i cittadini agevolare l'adesione alle cure post dimissione	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	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	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	stata prescritta eparina a basso peso molecolare		

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<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>	<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.  Fonte: database interno alla SC Riabilitazione –G2- Cartella Clinica</p>	<p><b>100</b></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>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><b>100</b></p>



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<p>3. Rapporto con i cittadini Agevolare l'adesione alle cure post dimissione: addestramento all'autocateterismo</p>	<p>1. Predisposizione di una scheda informativa/esplicativa da fornire alla 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>1. Produzione della scheda entro 31.05.19</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>	<p style="text-align: center;"><b>100</b></p>
<p>4. 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. 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>	<p style="text-align: center;"><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
5. Revisione/aggiornamento di procedure datate/obsolete	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 SC Riabilitazione 2. Identificazione degli strumenti più idonei e stesura di un elenco aggiornato degli strumenti identificati	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 Fonte: G2	<b>100</b>
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	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	<b>100</b>
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	Evidenza del progetto entro 31/12/2019 (invio alla Direzione Sanitaria)	<b>100</b>
8. 3.2.1.3 Riabilitazione	Elaborazione di una cartella riabilitativa condivisa atta alla	1.	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	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	Disponibilità della cartella entro il 31/10/2019 2. Utilizzo della stessa a partire dal 4/11/2019  Fonte: G2	
9. 3.5. Assistenza Ospedaliera Presa in carico riabilitativa presso i reparti per acuti attraverso l'individuazione di equipe di riferimento	1. 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	Avvio della sperimentazione entro il 1° febbraio 2019 Attivazione definitiva entro 01.10.19	<b>100</b>
10. Continuità Riabilitativa Neurologia-	Percorso e tempi Continuità' in corso con la riabilitazione Sia per Stroke ( progetto MEMORINET) che per Sclerosi Multipla	Presente Database pazienti e dei tempi di ricovero con evidenza raccolta outcome	<b>100</b>
10. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	Elaborazione del nuovo protocollo condiviso e sua attivazione entro 1 giugno	<b>100</b>
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%	Indicatore come da azione Fonte: registro interno Dati Regione FVG.	<b>100</b>
3. Trattamento delle urgenze traumatologiche diverse dal femore, rispetto target regionale	Programmazione dell'attività relativa agli interventi chirurgici urgenti per fratture diverse dal femore	1. Degenza media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti (indicatore Bersaglio C5.18.1 migliore che nel 2018) 2. Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – ricoveri urgenti (indicatore Bersaglio C5.18.2 < =8 gg)	<b>Obiettivo stralciato</b>
4.	1. Creazione di un format di documento giornaliero che	1. Disponibilità del documento entro giugno 2019	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
Miglioramento documentazione clinica di ricovero (buone pratiche cliniche)	include foglio unico di terapia, diario medico, diario infermieristico (per pronta evidenza di tutti gli operatori sanitari) 2. Introduzione nell'attività di reparto del nuovo strumento di lavoro	2. Utilizzo del documento nel 100% delle cartelle cliniche da luglio 2019 (fonte 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	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	<b>100</b>
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	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)	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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 stata prescritta la profilassi con eparina a basso peso molecolare	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.	<b>100</b>
8. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<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>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 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 style="text-align: center;"><b>100</b></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</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</p>	<p style="text-align: center;"><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	morbillo, parotite, rosolia, varicella e/o 2. valutare la risposta sierologica nei confronti di morbillo, parotite, rosolia, varicella 3. valutare la risposta ai test per la TBC come da protocollo aziendale (ove previsto)	sottoposti a sorveglianza sanitaria nel corso dell'anno. Base dati: registro UCO Medicina del Lavoro	
3. Percorso Socio-Sanitario Assistenziale del soggetto esposto o ex-esposto ad Amianto nella Regione FVG di cui al DGR 250/2016.	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	1. Mantenimento dell'attività dell'ambulatorio delle malattie respiratorie degli ex-esposti ad amianto nell'anno 2019 Base dati: registro UCO Medicina del Lavoro 2. Mantenimento dei tempi di attesa in 15 giorni (UCO di Medicina del Lavoro), o 30 giorni (CRUA) 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.	<b>100</b>
4. Collaborazione con Prostate Unit di SC(UCO) Clinica Urologica	Implementazione di questionario con item dedicati ai fattori di rischio occupazionali per tumore della prostata	Predisposizione del questionario Seminario sui dati epidemiologici per l'associazione tra rischi	<b>100</b>



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		occupazionali e tumore della prostata	
5. Sorveglianza sanitaria degli studenti dei CdLM di Medicina-Chirurgia e Odontoiatria e Protesi Dentaria, dei CdL triennali delle Professioni Sanitarie e delle Scuole di Specializzazione di Area Medica, afferenti al I anno di corso	Mantenimento dei programmi e protocolli sanitari già implementati negli anni accademici precedenti.	Garantire il 100% dell'esecuzione degli accertamenti sanitari inseriti nei protocolli e preparatori alla visita medica del Medico Competente Base dati: registro UCO Medicina del lavoro	<b>100</b>
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)	Relazione al Convegno (Udine) sugli esiti del programma di ricerca congiunto tra ASUITS, ASUIUD e INAIL-Roma	<b>100</b>
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.	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.	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	Verifica della produzione scientifica nel database Scopus con valutazione del numero di pubblicazioni scientifiche.	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
Intervento preventivo per il rischio cardiovascolare negli operatori sanitari.	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Valutazione del rischio cardiovascolare SCORE nei dipendenti per sensibilizzare alla modifica dei fattori di rischio</li><li>2. Raccolta dei parametri previsti e calcolo del punteggio Score</li><li>3. Counseling per gli interventi di miglioramento dei fattori modificabili (fumo, dieta, attività fisica)</li></ol>	Analisi dei risultati relativi al rischio cardiovascolare negli operatori sanitari Report dicembre 2019	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<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 piattaforma, 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>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><b>100</b></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>Attuazione del modello organizzativo predisposto <i>Fonte:</i> relazione e documentazione prodotta.</p>	<p><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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. 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)	<b>100</b>  <b>1. Obiettivo stralciato</b> <b>2. 100</b>
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	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.	<b>100</b>
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	Documento di revisione della letteratura e delle linee guida per il trattamento con immunoterapia dei pazienti con espressione positiva della neoplasia per PDL-1	<b>100</b>
4. Studio epidemiologico HPV	Rilevazione HPV mediante esame citologico agoaspirato	Rilevazione HPV virus in almeno 50% delle metastasi laterocervicali	<b>100</b>
5. Monitoraggio dei pazienti con carcinoma polmonare	Determinazione mutazioni di EGFR su biopsia liquida in	1. 80% dei pazienti con diagnosi di NSCC del polmone	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	pazienti in trattamento per NSCC	vengono sottoposti a prelievo per biopsia liquida al tempo 0 (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	Tempistica: giugno 2019 Rispetto degli indicatori previsti	<b>100</b>
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'	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	<b>100</b>
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	Documento PDTA redatto secondo le linee guida nazionali e/o europee formalmente sottoscritto e inizio attività coordinata	<b>Obiettivo non valutabile</b>
9. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni su riviste impattanti.	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	Progetto di riorganizzazione dell'attività e ampliamento della copertura oraria (entro giugno). Nuovo orario di attività in funzione delle risorse di personale assegnate (dicembre)	<b>100</b> <b>(secondo obiettivo non valutabile)</b>
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)	Protocollo condiviso sulle colture di sorveglianza in Terapia Intensiva (Trieste-Gorizia - Monfalcone)	<b>100</b>
3. Antimicrobial stewardship: sorveglianza delle antibiotico resistenze in ospedale e territorio	Monitoraggio, elaborazione e diffusione di reportistica sulle antibiotico resistenze in ospedale e territorio	Report disponibile e presentato ai prescrittori	<b>100</b>
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	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	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	4. Valutazione dell' idoneità dei campioni		
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)	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%)	<b>100</b>
6. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni su riviste impattante.	<b>100</b>



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% Raggiungimento obiettivo
1. Razionalizzazione delle richieste per indagini molecolari complesse (virus neurotropi, patogeni pneumotropi), finalizzate al miglioramento dell'appropriatezza delle stesse e al contenimento dei costi.	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	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.	<b>100</b>
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 .	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)	1. Produzione di un report settimanale/bisettimanale nel periodo di sorveglianza della stagione epidemica 2019/20 2. Documentazione invio mail con report settimanale	<b>100</b>
3.	1.	1.	<b>NON VALUTABILE</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% Raggiungimento obiettivo
<p>Realizzazione di piattaforma analitica 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>Stesura dei protocolli operativi per la gestione della piattaforma condivisa. 2. Acquisizione, posizionamento in spazi dedicati della tecnologia, collaudo e attivazione della stessa.</p>	<p>Riduzione degli attuali costi per 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>Almeno due pubblicazioni su riviste impattanti.</p>	<p><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	Diffusione della check-list a tutti centri prelievo ospedalieri e territoriali Entro il 31.12.2019	<b>100</b>
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.	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: sistema informatico della rilevazione presenza</i>	<b>100</b>
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.	Presenza di protocollo operativo del CQI e VEQ Adesione del 100% ai protocolli in tutte le sedi del Laboratorio Unico. <i>Fonte. Produzione di report delle attività.</i>	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	Tracciatura e valutazione dei report prodotti. 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.	Esecuzione presso il Laboratorio di ASUITs di esami inviati in altra sede. Attivazione di almeno 3 nuovi test Evidenza da LIS <i>Fonte: LIS di Laboratorio</i>	<b>100</b>
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	Numero pazienti valutati secondo nuovo programma: valutazione di almeno il 80% dei nuovi casi di piastrinopenia immune	<b>100</b>
6. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni su riviste impattanti.	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	Presentazione alla Direzione Sanitaria dell'AAS2 del nuovo protocollo operativo e del pannello analitico proposto <i>Fonte: relazione</i>	0
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	1. Presentazione dell'ipotesi operativa alla Direzione Strategica <i>Fonte: relazione</i> 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: registro strumentale</i> Entro il 31/12/2019	0
3. Trasferimento tecnologico di processi e di personale per consolidare l'attività di	1. Predisporre la logistica 2.	Evidenza del trasferimento <i>Fonte: relazione</i> Entro il 31/12/2019	0

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
Tossicologia Forense e Clinica in un'unica sede nell'appropriatezza della gestione delle risorse	Istruire il trasferimento della tecnologia 3. Riorganizzare i flussi e i processi analitici		

## SC Medicina Trasfusionale

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<p>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)</p>	<p>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</p>	<p>1. Pubblicazione di almeno 2 procedure condivise 2. Almeno 80 unità di emocomponenti topici complessivi (siero collirio, fibrina ricca di piastrine, plasma ricco di piastrine) prodotti e utilizzati nel 2019 in ASUITS e AAS. 2</p>	<b>100</b>
<p>2. Ampliamento e consolidamento dei programmi di Patient Blood Management (PBM)</p>	<p>1. Incontri con i dirigenti medici sul PBM 2. Condivisione protocollo per il PBM 3. Analisi dei dati di consumo emocomponenti ed emoderivati</p>	<p>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)</p>	<b>100</b>
<p>3. Mantenimento del sistema di gestione della qualità integrato: accreditamento</p>	<p>1. Predisporre le CAPAS (Corrective Actions Preventive Actions) che derivano dalle</p>	<p>1. CAPAS inviate alla CSL Behring entro la data prevista 2.</p>	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
regionale Dlgs 2528/2011, Accreditation Canada, Plasma Master File CSL Behring, JACIE, EFI ed ISO 9001:2015	<p>osservazioni fatte nel corso dell'ultimo Audit della CSL Behring del 22-23 gennaio 2019</p> <p>2. Predisporre un piano di miglioramento in seguito ai rilievi di Accreditation Canada</p> <p>3. Attuare il programma delle verifiche ispettive interne</p> <p>4. Mantenimento dell'accreditamento EFI</p> <p>5. Piano azioni correttive secondo quanto evidenziato nel corso della verifica ispettiva JACIE</p> <p>6. Mantenimento del sistema gestione qualità con superamento della verifica di sorveglianza da parte dell'ente di certificazione Bureau Veritas programmata per dicembre 2019</p>	<p>Inviare piano di miglioramento Accreditation Canada</p> <p>3. N. verifiche ispettive interne effettivamente svolte/N. totale verifiche ispettive programmate: almeno 70 %</p> <p>4. Inviare la domanda e la documentazione per il rinnovo dell'accreditamento EFI del laboratorio di Tipizzazione HLA</p> <p>5. Inviare a JACIE le azioni correttive</p> <p>6. Superamento visita di sorveglianza ISO 9001:2015 programmata per dicembre 2019</p> <p>7. Mantenimento dell'Accreditamento Regionale Dlgs 2528/2011 per ASUITS e per quanto di competenza, AAS 2 e IRCCS Burlo Garofolo.</p>	
4. Predisposizione di un programma di verifica periodica delle competenze del personale medico, biologo, tecnico, infermieristico, in ottemperanza al DL 19/2018	<p>1. Incontro con tutto il personale sul mantenimento delle competenze</p> <p>2. Redazione di una procedura sulla verifica del mantenimento delle competenze (dirigenti e</p>	<p>Schede di valutazione delle competenze compilate per tutto il personale e evidenza di eventuali programmi di re-training</p>	<b>100</b>



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	comparto) e attuazione del programma 3. Svolgimento dei retraining (qualora fossero ritenuti necessari)		
5. Istituzione di una pre-selezione infermieristica per l'accettazione del donatore di sangue ed emocomponenti	1. Formazione del personale infermieristico 2. Aggiornamento procedura operativa, in accordo con DIMT di Udine e Pordenone 3. Applicazione della procedura	Procedura accettazione infermieristica aggiornata	<b>100</b>
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. Modifica procedura trasporto vs. CURPE 3. Formazione personale 4. Monitoraggio temperature trasporto provette vs. CURPE	1. Documento di convalida trasporto provette 2. Modifica procedura trasporti 3. Report trasporti (dal Riesame della Direzione)	<b>100</b>
7. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Presentazione di almeno due lavori/abstract a Convegni Nazionali o Internazionali e/o pubblicazione di un articolo su rivista peer-review	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	Produzione di documento entro il 01.07.2019 con evidenza delle eventuali criticità	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	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)	<b>Obiettivo stralciato</b>
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	Evidenza delle eventuali differenze e proposta di modelli omogenei	<b>100</b>
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	Evidenza delle eventuali differenze nei protocolli d'esame TC e RM impiegati e proposta di protocolli omogenei	<b>100</b>
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	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	<b>Obiettivo non valutabile</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	interventistico	discussi tra i professionisti delle SC Radiologie di Trieste e la SC Radiologia Gorizia-Monfalcone grazie alla trasmissione delle immagini nel periodo 01.05.2019-31.12.201	
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"> <li>1. Rotazione con finalità anche didattica delle senologhe tra le due S.C. Radiologia del DAI</li> <li>2. Partecipazione delle senologhe delle 2 S.C. Radiologia agli incontri della Breast Unit</li> <li>3. Partecipazione delle senologhe delle 2 S.C. Radiologia a incontri periodici di radiologia senologica con discussione di casi clinici complessi</li> <li>4. Refertazione senologica secondo criteri BIRADS</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>2. Almeno l'80%di incontri della Breast Unit seguiti da ciascuna senologa nel periodo 1.5.2019 – 31.12.2019</li> <li>3. Almeno l'80%di incontri di radiologia senologica seguiti da ciascuna senologa nel periodo 1.5.2019-31.12.2019</li> <li>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</li> </ol>	<b>100</b>
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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Produzione del protocollo entro l'1.10.2019</li> <li>2.</li> </ol>	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		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 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	1. Attivazione del sistema di trasmissione WIRELESS-protetto entro l'1.5.2019 2. 3. 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	<b>100</b>
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	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	<b>100</b>
9. Creazione di un protocollo per la patologia neoplastica spinale	1. Meetings 2. Revisione della letteratura 3. Stesura protocollo	1. Presentazione protocollo condiviso alla DS entro settembre 2019 2.	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	4. Sua applicazione	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 attività'	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	<b>100</b>
10. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	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)	<b>Obiettivo stralciato</b>
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	Evidenza delle eventuali differenze e proposta di modelli omogenei	<b>100</b>
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	Evidenza delle eventuali differenze nei protocolli d'esame TC e RM impiegati e proposta di protocolli omogenei	<b>100</b>
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	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	<b>Obiettivo non valutabile</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	interventistico	Radiologia Gorizia-Monfalcone grazie alla trasmissione delle immagini nel periodo 01.05.2019-31.12.2019 (almeno 80% dei casi)	
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"> <li>1. Rotazione con finalità anche didattica delle senologhe tra le due S.C. Radiologia del DAI</li> <li>2. Partecipazione delle senologhe delle 2 S.C. Radiologia agli incontri della Breast Unit</li> <li>3. Partecipazione delle senologhe delle 2 S.C. Radiologia a incontri periodici di radiologia senologica con discussione di casi clinici complessi</li> <li>4. Refertazione senologica secondo criteri BIRADS</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>2. Almeno l'80% di incontri della Breast Unit seguiti da ciascuna senologa nel periodo 1.5.2019 – 31.12.2019</li> <li>3. Almeno l'80% di incontri di radiologia senologica seguiti da ciascuna senologa nel periodo 1.5.2019-31.12.2019</li> <li>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</li> </ol>	<b>100</b>
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.	Apertura agenda entro il 31.10.2019	<b>100</b>



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	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		
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	N. esami PET-TAC con mdc refertati congiuntamente da medico nucleare e radiologo (almeno il 90%)	<b>100</b>
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. Produzione del protocollo entro l'1.10.2019 2. Avvio dell'utilizzo del protocollo entro il 30.10.2019	<b>100</b>
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.	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	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	Refertazione da parte del medico radiologo		
10 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	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	<b>100</b>
11. Creazione di un protocollo per la patologia neoplastica spinale	1. Meetings 2. Revisione della letteratura 3. Stesura protocollo 4. Sua applicazione	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	<b>100</b>
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	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	<b>100</b>
13. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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)	Produzione di documento finale di analisi e attivazione del percorso a partire da dicembre 2019	<b>100</b>
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	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)	<b>100</b>
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	Almeno 8 procedure/operatori di "crioablazioni" e "termoablazioni" eseguite dai radiologi interventisti in formazione	<b>100</b>
4.. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	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 .	<b>100</b>
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.	Pubblicazione documenti sito internet e intranet entro 30 maggio 2019	<b>100</b>
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	N° esami PET-TAC con mdc refertati congiuntamente da medico nucleare e radiologo (almeno il 90%)	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	nei casi che richiedono la somministrazione di MDC		
4. Miglioramento del percorso clinico-assistenziale e della finalità delle cure	Percorso preferenziale per pazienti con pneumopatia al fine di ridurre i tempi di inquadramento diagnostico : agenda informatizzata dedicata per prenotazione scintigrafia polmonare perfusione .	Avvio del percorso . >60% Scintigrafie polmonari perfusionali prenotate al 31/12/2019.	<b>Obiettivo non valutabile</b>
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	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	<b>100</b>
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	1. 3 TSRM istruiti entro giugno 2019 e Avvio attività ed effettuazione di almeno 100 operazioni 2.	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		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 prevenzione di possibili contaminazioni della cute del paziente e dell'ambiente con il sangue radioattivo 3. Osservazione di 20 minuti	1. % pazienti che sanguinano inferiore al 10%	<b>Obiettivo non valutabile</b>
8. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Almeno due pubblicazioni	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<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:  <u>Sicurezza del lavoratore</u>            1. D.Lgs. 230/95 – Radioprotezione: sorveglianza fisica del lavoratore esposto alle radiazioni ionizzanti            2. D.Lgs. 81/08 – Agenti Fisici: protezione dalle radiazioni non ionizzanti, laser, campi magnetici            3. D.M. 2/8/91 – Risonanza Magnetica (RM): protezione dai campi magnetici, attività di esperto per la sicurezza in RM  <u>Sicurezza del paziente</u>            1. D.Lgs. 187/00 – Radioprotezione: radioprotezione del paziente sottoposto ad esami diagnostici in Radiologia</p>	<p>Studio di fattibilità che valuti le azioni e le risorse necessarie per ottemperare agli obblighi.            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>.  <b>L'azione è subordinata all'incontro promosso dalle Direzioni Aziendali con i responsabili del settore dell'Area Isontina</b></p>	<p>100</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:            1. Formazione teorico-pratica con lo specialista di prodotto            2.</p>	<p>1. Prodotto un report sul risultato dei test NEMA al termine della prova di accettazione            2. Stilare nuove procedure.</p>	<p>100</p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	Preparazione degli oggetti test da riempire con soluzione radioattiva 3. Acquisizione alla PET delle immagini 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: - gestione del kit - inserimento nel database - denuncia alle autorità - scarico dal deposito di stoccaggio	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.	<b>87,5</b>
4. Gestione delle pellicole radiocromiche impiegate per la dosimetria	La gestione delle pellicole autosviluppanti radiocromiche per dosimetria prevede i seguenti step: - 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	1. Aggiornamento e condivisione delle istruzioni operative già esistenti. 2. Calibrazione, esposizione e lettura di un set di pellicole radiocromiche	<b>100</b>



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	- lettura mediante scanner della pellicola		
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	Realizzazione IORT esclusiva nei casi eligibili come da protocollo elaborato  Base dati: G2 e Data Breast	<b>100</b>
6. Report attività didattica e di tutoraggio	Monitoraggio attività didattica frontale e di tutoraggio clinico	Report annuale	<b>100</b>
7. Valutazione attività di ricerca	Monitoraggio attività di ricerca	Report annuale con almeno due pubblicazioni	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	Entro il 31-12-2019 vi e'evidenza del Vademecum e della relativa trasmissione alla DSS e al Coordinamento dei Distretti	<b>100</b>
2. Disciplinare l'intero percorso dei tirocini/stage curriculari e formativi	Predisposizione del Regolamento per la gestione dei tirocini/stage curriculari e formativi	Entro il 31-12-2019 vi e' evidenza del Regolamento per la gestione dei tirocini/stage curriculari e formativi	<b>100</b>
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	Entro il 31-12-2019 vi è evidenza della relazione sulle attività di formazione/informazione realizzate c/o le scuole aderenti all'azione progettuale.	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	da realizzarsi in ambito scolastico ed extrascolastico		
4. Coordinamento del servizio di "Mediazione culturale" in raccordo con il DEC del capitolato.	<p>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.</p> <p>2. Monitoraggio e verifica dell'attività dei mediatori linguistici culturali attraverso riunioni periodiche.</p> <p>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</p>	Entro il 31-12-2019 vi e' 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.	<b>100</b>
5. Potenziare l'offerta sanitaria e socio-sanitaria a livello territoriale	<p>1. Predisposizione del progetto di riorganizzazione dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito distrettuale dell'ASUITS</p> <p>2. Avvio della sperimentazione progettuale in un'area distrettuale dedicata</p>	<p>1. Entro il 31-10-2019 vi e' evidenza del progetto di riorganizzazione dell'offerta socio-sanitaria nell'ambito distrettuale dell'ASUITS</p> <p>2. Entro il 31-12-2019 vi e' evidenza dell'avvio della sperimentazione in un'area distrettuale dedicata</p>	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
6. Promuovere il miglioramento della continuita' assistenziale ospedaliero territoriale attraverso il potenziamento dell'offerta delle cure intermedie	Predisposizione del progetto di una struttura intermedia in ASUITs in base al modello "Nursing Home Facilities"	Entro il 31-12-2019 vi e' evidenza del progetto di una struttura intermedia in base al modello "Nursing Home Facilities"	<b>100</b>
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	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	<b>100</b>
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	Entro il 31-12-2019 vi e' evidenza dell'applicazione del progetto Prisma 7 a tutti i distretti dell'ASUITs	<b>100</b>
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	Entro il 31-12-2019 vi e'evidenza del decreto di istituzione della commissione e del decreto di approvazione dell'attribuzione dei pl aggiuntivi	<b>100</b>
10.	Predisposizione di un protocollo per la gestione del	Entro il 31-12-2019 vi e'evidenza del decreto di	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
Gestione del processo di farmacoterapia nelle strutture residenziali, semiresidenziali e nei centri diurni per disabili	processo di somministrazione della terapia farmacologica nelle strutture residenziali, semiresidenziali e nei centri diurni per disabili	approvazione del protocollo per la gestione del processo di somministrazione della terapia farmacologica nelle strutture 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	11. Entro il 31-12-2019 vi è evidenza dei report trimestrali	100
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	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 è evidenza di un report dei risultati dell'indagine	100
13. Accredito aziendale all'Albo degli enti di servizio universale	Assicurare gli adempimenti inerenti l'accredito 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	13. Entro il 31-12-2019 vi è evidenza di un report delle attività svolte e dei relativi esiti	100
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	1. Invio materiali e relativo incontro di presentazione entro 30/10 2. Nuovi progetti elaborati entro 31/12/2019	100

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	<p>progetti/programmi di intervento di Servizio civile universale</p> <p>2. Garantire la massima diffusione e condivisione delle nuove modalità/opportunità con le figure aziendali coinvolte nella progettazione 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>	<p>(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)</p>	

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
1. Nuovo sistema VPN	Acquisto e messa in servizio nuovo concentratore VPN previo acquisto e messa in servizio linea internet dedicata	Nuova VPN in uso entro il 31.12	100
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	Nuovo core funzionante in alta affidabilità entro 31.12	100
3. Avviamento screening regionale HPV	Messa in rete analizzatori; valutazione con insiel interfaccianti analizzatori e software ed evoluzione sistema Apsys; predisposizione strumenti IT centri prelievo; analisi necessità sistemi centrali; formazione; supporto all'avvio	Sistemi IT come da azione a supporto dello Screening regionale HPV routinariamente in uso al 31.12	100
4. Schedoni	A seguito della pubblicazione del nuovo catalogo prestazioni, analisi di tutti gli schedoni prestazioni esistenti	Schedoni corretti e controlli effettuati con cadenza mensile	100

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	al fine di verificarne la correttezza ed implementazione di un sistema di controllo periodico per mantenerli 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.	Sistemi IT come da azione routinariamente in uso al 31.12	<b>100</b>
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	Sistemi IT come da azione routinariamente in uso al 31.12	<b>100</b>
7. Cure Palliative	Avvio utilizzo sistemi informatici clinici nella SSD Gestione rete cure palliative (analisi, configurazione, formazione)	Sistemi IT come da azione routinariamente in uso al 31.12	<b>100</b>
8. ASUGI	Redazione di un documento di analisi di quanto necessario / opportuno per l'unificazione con l'isontino	Documento di analisi consegnato alla direzione strategica entro il 30.09	<b>100</b>



Obiettivo generale	Azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	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	<b>100</b>
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	Quantificazione degli spazi necessari e individuazione delle possibili alternative, entro il 30/6/2019. Completamento dell'analisi e individuazione di un unico punto dedicato aziendale, entro il 31/12/2019	<b>100</b>
3. Riorganizzazione aziendale	In relazione alle attività di ristrutturazione dei presidi ospedalieri, in particolare nel 2019 presso l'Ospedale Maggiore, i Servizi Economici 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	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	<b>100</b>

Obiettivo generale	Azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	ricollocazioni delle Strutture e Servizi aziendali, all'aggiornamento dei propri flussi operativi		
4. Monitoraggio adempimenti regionali/ministeriali	In relazione alle progettualità regionali, 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	Verifica dell'aggiornamento, attestata 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	100
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.	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.	100
6.	Istituzione della Commissione Dispositivi Medici di ASUITs e	Al 31/12/2019:	100

Obiettivo generale	Azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
Riorganizzazione aziendale Razionalizzazione attività Dispositivi medici	regolamentazione del processo di valutazione dei dispositivi medici La SCAGS collabora con la Direzione Medica di Presidio per la realizzazione dell'obiettivo	- 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 Monitoraggio delle attività mediante rilevazione trimestrale di numero procedure, pratiche, linee ordini, numerosità atti, per rivalutazione periodica dei carichi di lavoro.	Evidenza trimestrale dei monitoraggi al 31/3, 30/6, 30/9 Consequente rivalutazione dei carichi di lavoro, attestata dal Direttore di SC con una relazione entro il 31/12/2019	<b>100</b>
8. Riorganizzazione aziendale	Attività di supporto al progetto regionale NOEMIX. Partecipazione e collaborazione al gruppo di lavoro che supporta il progetto regionale	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	<b>100</b>
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	Analisi entro il 30/6/2019 Predisposizione dei testi regolamentari e trasmissione alla Direzione Strategica entro il 31/12/2019	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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)	Relazione su possibili riorganizzazioni della struttura entro il 31.12.2019 anche tenuto conto della prossima fusione aziendale con definizione di possibili assetti di SS e incarichi dirigenzial	<b>100</b>
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	Trasmissione di una proposta di suddivisione delle attività e identificazione delle specifiche responsabilità entro il 31.12.2019	<b>100</b>
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	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 31.10.2019	<b>100</b>
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	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 31.10.2019	<b>100</b>
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	Bozza di relazione trasmessa alla Direttore di SC entro il 30.06.2019	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	valutazioni da parte del Direttore della SC		
6. Riorganizzazione del patrimonio ASUITS	Documento a supporto della Direzione strategica per valutare il patrimonio da mettere in disponibilità e quello da riqualificare con priorità	Trasmissione dello stato di consistenza degli immobili, attraverso una tabella sinottica, e stima dell'importo di riqualificazione entro il 31.12.2019	100
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	Trasmissione di un documento di sintesi con comparazione di procedure e regolamenti, con allegate proposte di aggiornamento	100
8. Nuove responsabilità	Supporto al progetto regionale Noemix nell'ambito delle funzioni Mobility Manager. Coordinamento del gruppo di lavoro che supporta il progetto regionale.	Evidenza della trasmissione di dati organici e documenti come da richieste della Regione entro le scadenze	100
9. Riorganizzazione della SC	Riorganizzazione del personale del servizio ambiente anche in attuazione del sistema di gestione ambientale di prossima adozione	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	100
10. Attuazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-21	Valutazione dei rischi dei procedimenti/procedure mappati dal DDD	Valutazione dei rischi effettuata e registro implementato entro 31/12/2019	100

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	Redazione proposta operativa entro l'anno	<b>100</b>
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	Tomografo PET collaudato e funzionante entro l'anno	<b>100</b>
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	Sistema collaudato e funzionante entro giugno 2019	<b>100</b>
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	Disponibilità elenchi, etichettatura attrezzature ed organizzazione della manutenzione entro l'anno	<b>100</b>
5.	Creazione data base contenente le informazioni necessarie per la gestione	Redazione procedura , creazione e implementazione	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
Miglioramento gestione ordini e verifica fatture per apparecchiature in service	degli ordini e fatture relativi alle apparecchiature in service; definizione procedura di inserimento e gestione di tali informazioni	data base informativo entro l'anno	

## SC Economico Finanziario

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
1. Avvio fatturazione elettronica attiva verso privati	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)	1,2. Predisposizione elenco amministratori/condomini entro 31/12/20019 3. Implementazione con tutti i recapiti per fatturazione elettronica ricevuti	<b>100</b>
2. Gestione incassi delle sanzioni prescritte dal Dipartimento di Prevenzione tramite la modalità "PAGOPA"	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.	Produzione documento di valutazione sullo studio di fattibilità. entro il 31/12/20019	<b>100</b>



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	Analisi relativa alla possibilità di creare un canale dedicato nel sistema 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.)	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	<b>100</b>
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.	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.	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	Gestione delle criticità emerse dall'eventuale mancata quadratura		
5. Gestione fatture estere alla luce del nuovo adempimento "Esterometro"	1. Analisi normativa alla luce del nuovo adempimento "Esterometro" 2. 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	Impiego dello schema riassuntivo delle tipologie di fatture estere (Esterometro, Intrastat, Comunicazione Iva e Dichiarazione Iva) Evidenza del corretto invio degli adempimenti collegati a partire dal 30/09/2019	<b>100</b>
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	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.	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
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	Linee guida su dimissioni e preavviso; definizione di criteri aziendali per l'applicazione al fine di evitare discrezionalità nell'applicazione	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	<b>100</b>
2. Collaborazione/sinergia con l'Area Isontina	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	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	<b>100</b>
3. Collaborazione/sinergia con l'Area Isontina	1. Confronto dei regolamenti esistenti in tema di valutazioni annuali del personale della COMPARTO 2. Predisposizione di una proposta di regolamento per	1. Effettuazione della ricognizione dei documenti esistenti nelle due aziende e produzione di un report derivante dal loro confronto entro il 30/6; 2.	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	il personale del comparto di ASUGI.	Predisposizione di una proposta di regolamento per il personale del comparto di ASUGI; da inviare entro il 30/10 alla Direzione Strategica	
4. Collaborazione/sinergia con l'Area Isontina	Confronto e unificazione regolamenti sugli incarichi extraistituzionali (ex art. 53 D.Lvo 165/2001)	1. Effettuazione della ricognizione dei documenti esistenti nelle due aziende e produzione di un report derivante dal loro confronto entro il 30/6; 1. Predisposizione di una proposta di regolamento unico di ASUGI che consideri le misure anticorruzione; da inviare entro il 30/10 alla Direzione Strategica	<b>100</b>
5. Riordino istituzionale	Creazione Database unico scadenze aspettative e comandi	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)	<b>100</b>
6. Riordino istituzionale	Evidenza della fruizione dei congedi per studio	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.	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
7. Gestione giuridica del personale	Creazione Database periodo di prova	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. Relazione e Controllo finale 31/12	<b>100</b>
8. Gestione giuridica del personale	Vademecum Infortuni	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 .	<b>100</b>
9. Ottimale archiviazione dei fascicoli personali	Estrazione fascicoli personali dei cessati ex AAS e IRCSS Burlo anni dal 2014 al 2018	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	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		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	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.	<b>OBIETTIVO NON RAGGIUNTO</b>  <b>0</b>
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. 28.12.2018).	Controlli a campione al fine di evitare liquidazioni di competenze non dovute o attribuzione di vantaggi economici non dovuti.	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 entro il 31/12/2019.	<b>100</b>
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	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	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	dei budget e degli accordi aziendali.	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	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.	<b>100</b>
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 per i dipendenti di incorrere nella prescrizione contributiva.	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	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	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
15. Collaborazione / sinergia con Area isontina	Confronto con AAS2 del Regolamento Trattenute al personale dipendente	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.	100
16. Riordino istituzionale	<p>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</p> <p>2. Creazione di un gruppo di lavoro con alcuni coordinatori individuati dalla Direzione Infermieristica</p>	<p>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</p> <p>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</p>	100



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
17. Riordino istituzionale	Analisi sugli accessi mensa in conseguenza della nuova apertura della mensa dell'Ospedale Maggiore. Conseguente redazione di un Regolamento sulla Mensa e modalità sostitutive.	Presentazione del Regolamento entro il 30/06/2019 al Responsabile tramite mail	<b>100</b>
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.	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	<b>100</b>
19. Definizione delle nuove regole per la liquidazione della retribuzione di risultato/produzione collettiva, da applicare per gli esercizi 2019 e seguenti	Analisi della normativa di riferimento e delle vigenti regole esistenti in AAS 2.	Predisposizione di idonea relazione illustrativa ed inoltro tramite nota al responsabile SC Gestione del Personale entro 30/04/2019	<b>100</b>
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	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	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
	dal CCNQ 04/12/2017 e dal CCNL 21.05.2018.	relazioni e delle prerogative sindacali, entro il 30.11.2019.	
21. Definizione dei valori di risparmio, per l'esercizio 2018, derivanti dalla prima applicazione dell'Atto Aziendale di ASUI TS.	Elaborazione di una relazione per la definizione del contesto normativo di riferimento e per la determinazione delle quote di risparmio.	Presentazione, tramite nota, al Responsabile SC Gestione del Personale, della proposta di relazione entro il 30.04.2019.	<b>100</b>
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.	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	<b>100</b>
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.	Inoltro al Direttore della SC Gestione del Personale della bozza di Accordo Attuativo Aziendale, entro il 30 settembre 2019.	<b>100</b>
24. Introduzione di misure connesse alla prevenzione della corruzione e alla valutazione e al trattamento del rischio di corruzione a	Predisposizione dell'elenco dei componenti delle Commissioni per le procedure di concorso e avviso pubblico e per l'affidamento degli incarichi	Predisposizione di una relazione schematica delle normative di riferimento che disciplinano l'individuazione dei componenti delle commissioni, da inviarsi	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<p>seguito della mappatura dei processi e procedimenti effettuata con il RPCT (Nota SCSISOF n. 520-P dd. 28.12.2018).</p>	<p>del Comparto e della Dirigenza dal 01.01.2018, ai fini del monitoraggio della rotazione degli incarichi.</p>	<p>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 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.</p>	
<p>25. Riordino istituzionale di cui alla L.R. 27/2018.</p>	<p>Aggiornamento del vigente Regolamento per la disciplina del conferimento degli incarichi dirigenziali</p>	<p>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</p>	<p><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		<p>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.</p> <p>Elaborazione di una proposta di nuovo regolamento, da inviarsi mediante mail al responsabile della SC Gestione del Personale, entro il 31/12/2019.</p>	
26. Aggiornamento Normativo	<p>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.</p>	<p>Sintesi</p> <p>n. 2 riunioni entro 30.06.19</p> <p>n. 2 riunioni entro 31.12.19</p> <p>da inviare ai dipendenti della SC Gestione del Personale</p>	<b>100</b>
27. Organizzazione della medicina convenzionata	<p>Predisposizione di regolamenti o procedure comuni con AAS2 inerenti i medici di medicina generale convenzionati ed i pediatri di libera scelta</p>	<p>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);</p> <p>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</p>	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		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	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 AAS2.	100
29. Organizzazione della medicina convenzionata	Analisi applicativi e procedure informatiche inerenti i medici di medicina generale convenzionati ed i pediatri di libera scelta	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	100

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		<p>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.</p>	
<p>30. Organizzazione della medicina convenzionata</p>	<p>Analisi applicativi e procedure informatiche inerenti i medici specialisti ambulatoriali interni ed altri professionisti convenzionati</p>	<p>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</p>	<p><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
		disamina della relazione. Produzione di una proposta per implementazione di nuovi applicativi/procedure.	

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
1. Ricognizione dell'attività di recupero crediti tra AsuiTS ed Ass2 Isontina . Analisi ai fini dell'unificazione.	1. Ricognizione attività svolte 2. Analisi attività	Relazione al DA entro il 31.12.2019	<b>100</b>
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	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	<b>100</b>
3. Predisposizione del Codice disciplinare aggiornato	Predisposizione del codice Predisposizione della circolare informativa	Pubblicazione del codice nel sito intranet e invio circolare entro il 31.12.2019	<b>100</b>
4. Predisposizione del Regolamento per l'affidamento di incarichi a legali esterni. (Costituzione dell'Albo di legali esterni ) Obiettivo rimandato come da scheda obiettivi budget 2019 dd. 09/09/2019	1. Predisposizione regolamento per l'affidamento degli incarichi a legali esterni 2. Predisposizione del relativo bando 3. Costituzione dell'albo di legali esterni	Approvazione del Regolamento e dell'Albo di legali esterni entro il 31.12.2019	<b>100</b>



Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
5. Creazione di un database delle Convenzioni di competenza SCAGLA approvate negli ultimi 8 anni.	1. Ricognizione delle Convenzioni approvate negli ultimi 8 anni, complete delle principali informazioni che le caratterizzano 2. Riordino archivio	Predisposizione del database delle Convenzioni di competenza SCAGLA approvate negli ultimi 8 anni ed invio del file al DA entro il 31.12.2019	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<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>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><b>100</b></p>
<p>2. Valorizzazione dell'apporto del Terzo Settore a supporto</p>	<p>1.</p>	<p>Redazione di proposta di revisione/semplificazione ed integrazione del testo</p>	<p><b>Obiettivo non valutabile</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
<p>delle attività istituzionali dell'A.S.U.I.Ts. Disciplina aziendale dei rapporti con le associazioni di volontariato e di promozione sociale. Semplificazione delle procedure amministrative e disciplina per l'eventuale messa a disposizione di spazi aziendali. (obiettivo dirigenziale)</p>	<p>Verifica della attuale regolamentazione aziendale ex provv. n. 1112/2018, anche con riferimento alla disciplina 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.</p>	<p>regolamentare dell'A.S.U.I.Ts sui rapporti con le associazioni di volontariato e di promozione sociale. Entro il 31.12.2019.</p>	
<p>3. Gestione dei rapporti con le associazioni di volontariato, ai fini della concessione dei contributi aziendali.</p>	<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p><b>100</b></p>
<p>4.</p>	<p>1.</p>	<p>Redazione di un file dei rapporti convenzionali con il</p>	<p><b>100</b></p>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
Ricognizione dei rapporti convenzionali vigenti con il Terzo Settore, non soggetti alla disciplina del Codice dei Contratti e non attribuiti ad altra articolazione aziendale	Verifica delle tipologie convenzionali in atto con il Terzo Settore, sulla base alla normativa vigente nazionale e regionale. 2. Monitoraggio e controllo 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.	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.	
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	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	<b>100</b>
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	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	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	<b>100</b>

Obiettivo generale	azione	Indicatore / risultato atteso/tempo	% raggiungimento obiettivo
Codice dei Contratti e non attribuito ad altra articolazione aziendale	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.	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: EUGENIO POSSAMAI

CODICE FISCALE: PSSGNE59M27C957L

DATA FIRMA: 17/07/2020 12:00:03

IMPRONTA: 5D978036D9B32F1CFA1C4D923558E879D2201472A808DAA552882B384D42531E  
D2201472A808DAA552882B384D42531EB7857B5AA1AA1D0275BBCF13FC5AFAD7  
B7857B5AA1AA1D0275BBCF13FC5AFAD701E36E7F4879CC7CA38BD7D58AF452EA  
01E36E7F4879CC7CA38BD7D58AF452EA9B41B9EA438350AA85EDC8F55A289E85

NOME: ADELE MAGGIORE

CODICE FISCALE: MGGDLA54D55B428P

DATA FIRMA: 17/07/2020 12:04:55

IMPRONTA: 02ED6A88A3C4FE6D2B39A4186605DC3CDF2A83E43922766E4C24D6CBAD113117  
DF2A83E43922766E4C24D6CBAD1131178FC8B102B8C8CE894A71FFDF3D7DAADE  
8FC8B102B8C8CE894A71FFDF3D7DAADE787EB087ED976C368EEFC58A279C4825  
787EB087ED976C368EEFC58A279C482549AA0A6C088D7736737044E27CE84498

NOME: MARIA-CHIARA CORTI

CODICE FISCALE: CRTMCH60H68H223I

DATA FIRMA: 17/07/2020 12:17:03

IMPRONTA: 245E885EF29372D0CC1B1D39FBABA13BA9FD32ACEFA09595EF1F1ABA50E1257A  
A9FD32ACEFA09595EF1F1ABA50E1257A6B32C00C76E534DB7E90E74D148A2E84  
6B32C00C76E534DB7E90E74D148A2E8411E911BB1D99714DB1FA5F5484B65CDE  
11E911BB1D99714DB1FA5F5484B65CDE85DC9193F0AEBD5290069C256D7DC445

COD.	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	BUDGET	% raggiungimento obiettivo
C1	ASUITS - Comparto - SC APPROVVIGIONAMENTI E GESTIONE SERVIZI	Mantenimento attività Servizi: Portierato Unificato - Centralino Interaziendale - Trasporti Esterni Autisti	Garantire, nel periodo estivo 2019, il godimento delle ferie del personale ed assicurare il mantenimento dei livelli di attività dei Servizi di Portierato Aziendale, Centralino Interaziendale e Trasporti esterni/Autisti, mediante il ricorso ai turni aggiuntivi. La valorizzazione aggiuntiva di prestazioni, come misura eccezionale e non complementare al piano ferie, serve a fronteggiare situazioni di evidente criticità come assenze improvvise e/o non programmabili ed altre situazioni contingenti di urgenza/emergenza. 1 - sostenere il mantenimento dei livelli di attività e criticità attraverso una valutazione costante della programmazione dei turni di servizio settimanali del personale del comparto ad opera della Direzione competente, per una valutazione delle unità giornalmente presenti; 2 - garantire il riposo settimanale contrattualmente previsto per gli operatori del servizio e, in generale, nel rispetto dei vincoli posti dal D. Lgs. 66/2003 e s.m. e i.; 3 - assicurare una costante valutazione ed il monitoraggio delle richieste di turni aggiuntivi e la loro congruenza con i criteri progettuali	1 - copertura dei turni programmati, nelle strutture coinvolte, mediante evidenza delle effettuazioni dei turni di servizio del personale del comparto delle Strutture e dei Servizi interessati, nel rispetto dei vincoli posti dal D. Lgs. 66/2003; 2 - documentazione delle autorizzazioni richieste e concesse; 3 - report di monitoraggio mensile delle richieste di liquidazione e corrispondenza con le autorizzazioni date.	25.000,00	100%
C2	ASUITS - Comparto gestione in capo alla SC DIREZIONE INFERMIERISTICA ED OSTETRICA	Mantenimento LEA	Obiettivo strategico: Assicurare il mantenimento dei LEA nel periodo estivo 2019 contestualmente allo svolgimento delle ferie del personale mediante il ricorso a turni aggiuntivi. La valorizzazione aggiuntiva di prestazioni, come misura eccezionale e non complementare al piano ferie, serve a fronteggiare situazioni di evidente criticità, come le assenze improvvise e/o non programmabili e altre situazioni contingenti di urgenza emergenza. L'obiettivo è declinato nei seguenti punti:  1) <input type="checkbox"/> sostenere il mantenimento dei livelli di assistenza ed intervenire sulle eventuali criticità attraverso una valutazione costante della programmazione dei turni di servizio del personale del comparto – mensile – settimanale – quindicinale – ad opera della Direzione infermieristica o delle Direzioni competenti, per una valutazione delle unità giornalmente presenti; garantire il riposo settimanale contrattualmente previsto per gli operatori in servizio, e in generale il rispetto dei vincoli posti dal D. Lgs 66/2003 e s.m. e i.; 2) <input type="checkbox"/> assicurare una costante valutazione e monitoraggio delle richieste di turni aggiuntivi e la loro congruenza con i criteri progettuali.	1) <input type="checkbox"/> copertura dei turni programmati, nelle strutture coinvolte, mediante evidenza della effettuazione dei turni di servizio del personale del comparto delle strutture e dei servizi interessati, nel rispetto dei vincoli di cui al D. Lgs 66/2003; presenza aggiornata nella Direzione Infermieristica della programmazione dei turni di lavoro e delle assenze; 2) <input type="checkbox"/> evidenza delle validazioni della Direzione Infermieristica delle richieste motivate di prestazioni aggiuntive da parte dei responsabili di riferimento, congruenti con la programmazione dell'attività; documentazione delle approvazioni per il pagamento delle prestazioni, nei limiti delle autorizzazioni effettivamente richieste e concesse.	450.835,00	100%
C3	ASUITS - Comparto gestione in capo alla SC DIREZIONE INFERMIERISTICA ED OSTETRICA in collaborazione con il DAO - Centro Servizi Interni	Interventi organizzativi per mantenimento della continuità assistenziale	Obiettivo strategico: Assicurare l'accompagnamento dei malati dell'Ospedale di Cattinara, da lunedì a venerdì, in fascia oraria diurna, per garantire la continuità degli interventi diagnostici, terapeutici, il percorso di accoglienza e dimissione, in relazione all'emergente cambiamento organizzativo del sistema trasporto degenti; supportare nei reparti di degenza situazioni di specifica complessità assistenziale per evitare la contenzione, assicurando la vigilanza con un operatore dedicato.	Report dell'attività sostenuta con evidenza dei turni aggiuntivi e del numero di accompagnamenti degenti effettuati e turni di supporto per casi complessi specifici che richiedono una vigilanza dedicata. Si stima l'impegno medio di 6 operatori al giorno nel primo obiettivo e di alcuni turni per il secondo. Periodo Progettuale: mese di aprile e maggio 2019	9.536,00	100%
C4	ASUITS Comparto SSD PREVENZIONE E PROTEZIONE AMBIENTI DI LAVORO - codice entità FUOCHI	Mantenimento dei livelli di attività riguardanti la vigilanza antincendio	Assicurare il mantenimento dei livelli di attività relativi alla vigilanza antincendio nel periodo estivo 2019 contestualmente allo svolgimento delle ferie del personale mediante ricorso a turni aggiuntivi. La valorizzazione aggiuntiva di prestazioni, come misura eccezionale e non complementare al piano ferie, serve a fronteggiare situazioni di evidente criticità, come le assenze improvvise e/o non programmabili e altre situazioni contingenti di urgenza emergenza. L'obiettivo è declinato nei seguenti punti: 1. sostenere il mantenimento dei livelli di attività e criticità attraverso una valutazione costante delle programmazione dei turni di servizio del personale del comparto - mensile - settimanale - quindiciane - ad opera della Direzione competente, per una valutazione delle unità giornalmente presenti; 2. garantire il riposo settimanale contrattualmente previsto per gli operatori in servizio, e in generale il rispetto dei vincoli posti dal D.Lgs. 66/2003 s.m.e i. 3. assicurare una costante valutazione e monitoraggio delle richieste di turni aggiuntivi e la loro congruenza con i criteri progettuali.	1. copertura dei turni programmati, nelle strutture coinvolte, mediante evidenza della effettuazione dei turni di servizio del personale del comparto delle strutture e dei servizi interessati, nel rispetto del vincolo di cui al D.Lgs. 66/2003; 2. evidenza presso la direzione di afferenza dei piani di ferie delle strutture e dei servizi aziendali, definiti in modo da garantire le giornate di ferie a tuttoil personale, secondo i criteri aziendali; 3. documentazione delle autorizzazioni richieste e concesse; e report di monitoraggio delle richieste di liquidazione e loro corrispondenza con le autorizzazioni date.	28.000,00	100%

COD.	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	BUDGET	% raggiungimento obiettivo
C5	ASUITS Comparto SSD PREVENZIONE E PROTEZIONE AMBIENTI DI LAVORO - codice entità PREPRO; ASUITs Comparto SC MANUTENZIONE E SVILUPPO DEL PATRIMONIO	Processo di riorganizzazione: promozione e diffusione del SGSL e SGSA nell'Azienda in previsione della creazione di ASUGI	Obiettivo strategico Linea A: predisposizione delle bozze armonizzate del Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio e del Regolamento sul divieto di fumo, in previsione della costituzione di ASUGI. L'attività verrà svolta dal personale SSD PPAL e SC MSP in collaborazione con il personale preposto di ASS2. Linea B: sulla base del modello isontino, predisposizione di bozze di deleghe di funzione in linea con le disposizioni del Regolamento Aziendale sulla Sicurezza e sulla base di quanto previsto dall'art. 16 del D.lgs. 81/08 da sottoporre all'approvazione del datore di lavoro	Linea A: predisposizione, entro il 31/12/2019, di una bozza del Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio ottenuta dall'armonizzazione dei Sistemi applicati in ASUITS e ASS2, da sottoporre all'inizio del 2020 alla nuova Direzione Generale; predisposizione, entro il 31/12/2019, di una bozza del nuovo Regolamento Aziendale sul Divieto di Fumo, ottenuta dall'armonizzazione dei Sistemi applicati in ASUITS e ASS2, da sottoporre all'inizio del 2020 alla nuova Direzione Generale. Linea B: predisposizione di almeno 4 modelli di delega entro il 30/06/2019 e di ulteriori 4 entro il 31/12/2019.	8.575,00	100%
C6	Complesso operatorio cattinara complesso operatorio maggiore complesso operatorio di cardiocirurgia	Obiettivo strategico regionale riduzioneliste di attesa e aumentare l'attività delle sale operatorie	Assicurare nel tempo il funzionamento h 12 delle sale operatorie con una regia unitaria e a tal fine valorizzare il personale del comparto in particolare quello infermieristico e con una dotazione complessiva stabiole e utile a tale scopo nell'arco di un triennio 2018/2020 (ART. 35 della LR 17/14): 1. incrementare l'attrazione dei professionisti attraverso la valorizzazione del personale infermieristico di tutte le sale operatorie aziendali; sostenere l'impegno per la formazione del personale neo-inserito al fine di permettere il consolidamento della programmazione chirurgica; 2. aumentare l'offerta di sedute operatorie rispetto la programmazione standard, privilegiando la traumatologia ( PAL 2019); 3. sostenere le progettualità strategiche aziendali: - assicurare il numero di interventi chirurgici effettuati con la chirurgia robotica - garantire l'obiettivo regionale relativo ai tempi d'attesa per le fratture di femore;	1. dal 1 gennaio al 31 dicembre formare 7 infermieri di sala operatoria 2. garantire: a. per il periodo di valenza progettuale almeno 400 sedute di cardiocirurgia, anche in carenza temporanea di personale strumentista; b. dal 1 gennaio al 31 dicembre, 3 sedute mensili supplementari, oltre alla programmazione standard, per gli interventi di cataratta presso l'Ospedale Maggiore; c. dal 1 gennaio al 31 dicembre n.2 sedute supplementari di elezione al giorno, oltre le 46,5 settimanali, presso il Complesso di Cattinara escluso il periodo estivo (giugno- settembre) e con una variazione accettabile del 5%; 3. garantire: a. il consolidamento delle procedure di chirurgia robotica a fronte dell'acquisizione della nuova tecnologia e pertanto il mantenimento di almeno 45 sedute entro l'anno da rendicontare attraverso la produzione di un report; b. che il 70% delle fratture di femore siano operate entro le 48 ore, per la popolazione over-65enne. <u>Resp.li progettuali e organizzativi:</u> dott.ssa Maila Mislej, dott.ssa Consuelo Consales, dott.ssa Mara Bagagiolo, dott. Alba Michele, Coord. Inf.co Moreno Cannarella, Coord. Inf.co Tiziana Fonda, Coord. Infer.co Valentina Giurissevich, Coord. Inf.co Giovanni Molfetta, Coord. Inf.co Marina Prelaz.	129.510,00	100%
C7	Complesso operatrio cattinara complesso operatorio maggiore complesso operatorio di cardiocirurgia	Obiettivo strategico regionale riduzioneliste di attesa e aumentare l'attività delle sale operatorie	Assicurare nel tempo il funzionamento h 12 delle sale operatorie con una regia unitaria e a tal fine valorizzare il personale del comparto in particolare quello infermieristico e con una dotazione complessiva stabiole e utile a tale scopo nell'arco di un triennio 2018/2020 (ART. 35 della LR 17/14): 1. incrementare l'attrazione dei professionisti attraverso la valorizzazione del personale infermieristico di tutte le sale operatorie aziendali; sostenere l'impegno per la formazione del personale neo-inserito al fine di permettere il consolidamento della programmazione chirurgica; 2. mantenere l'offerta di sedute operatorie raggiunta in ottobre 2018 escluso il periodo delle ferie estive privilegiando la traumatologia ( PAL 2019 - ) e ridurre le liste di attesa ; 3. sostenere le progettualità strategiche aziendali: - assicurare il numero di interventi chirurgici effettuati con la chirurgia robotica - garantire l'obiettivo regionale relativo ai tempi d'attesa per le fratture di femore;	1. dal 1 gennaio al 31 dicembre formare 7 infermieri di sala operatoria 2. garantire: a. per il periodo di valenza progettuale almeno 400 sedute di cardiocirurgia, anche in carenza temporanea di personale strumentista; b. dal 1 gennaio al 31 dicembre, 3 sedute mensili supplementari, oltre alla programmazione standard, per gli interventi di cataratta presso l'Ospedale Maggiore; c. dal 1 gennaio al 31 dicembre n.2 sedute supplementari di elezione al giorno, oltre le 46,5 settimanali, presso il Complesso di Cattinara escluso il periodo estivo (giugno- settembre) e con una variazione accettabile del 5%; 3. garantire: a. il consolidamento delle procedure di chirurgia robotica a fronte dell'acquisizione della nuova tecnologia e pertanto il mantenimento di almeno 45 sedute entro l'anno da rendicontare attraverso la produzione di un report; b. che il 70% delle fratture di femore siano operate entro le 48 ore, per la popolazione over-65enne. <u>Resp.li progettuali e organizzativi:</u> dott.ssa Maila Mislej, dott.ssa Consuelo Consales, dott.ssa Mara Bagagiolo, dott. Alba Michele, Coord. Inf.co Moreno Cannarella, Coord. Inf.co Tiziana Fonda, Coord. Infer.co Valentina Giurissevich, Coord. Inf.co Giovanni Molfetta, Coord. Inf.co Marina Prelaz.	170.815,06	100%
C8	Comunicazione relazioni esterne aziendali ufficio stampa	Processi di riorganizzazione e/o accorpamento anche interaziendali	Definizione di una procedura condivisa tra ASUITS e AAS2 per la comunicazione esterna nell'ottica dell'integrazione in ASUGI	Redazione di una procedura condivisa tra ASUITS e AAS2 per la comunicazione esterna effettuata dall'ufficio stampa di ASUITS tramite comunicati stampa, pubblicazione sui canali aziendali e sui social media; analisi dei bisogni di comunicazione degli eventi delle due aziende; predisposizione di una mailing list dei media locali per l'area Giuliano-Isontina e aggiornamento della mailing list dei media di area triestina	2.331,00	100%



COD.	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	BUDGET	% raggiungimento obiettivo
C9	DAI MEDSER - SC Laboratorio	Integrazione ospedale /territorio Sviluppo di percorsi assistenziali	realizzazione di una piattaforma decentrata di POCT su tutta l'area giuliana/isontina per un totale di 31 postazioni su 5 ospedali e 4 sedi territoriali	evidenza della messa a regime delle 31 postazioni di POCT con report del RTD	11.988,00	100%
C10	DAI MEDSER - SS.CC. Igiene	Percorsi <i>hub &amp; spoke</i>	completare il trasferimento della UCO di Igiene del Burlo nei locali di Cattinara senza interruzione delle attività	evidenza estratta dal sistema gestionale dei dati di attività nel periodo dedicato al trasferimento report del RTD	1.380,00	100%
C11	DAI MEDSER - SS.CC. Laboratorio, Microbiologia, Igiene, Anatomia	Percorsi <i>hub &amp; spoke</i>	implementazione del modello organizzativo a matrice per migliorare la razionalizzazione e la produttività delle risorse tecniche ed equilibrare l'eccessiva specializzazione e frammentazione imposte dalle diverse sedi operative del dipartimento e dalla specializzazione indotta dalle tecnologie di ultima generazione e dai sistemi gestionali sempre più complessi	orari del personale che evidenzino l'utilizzo delle risorse umane coinvolte nell'innovazione con report finale del RTD	20.018,00	100%
C12	DAT SCGPSPAS	3.2.3	Revisione, aggiornamento e diffusione fra tutti gli operatori compresi privati accreditati e farmacie di tutte le procedure di prenotazione e incasso per gli sportellisti CUP e della manutenzione dell'anagrafe sanitaria unica	Predisposizione, aggiornamento e diffusione delle procedure entro 31.12.2019	5.601,00	100%
C13	DDD	Obiettivo aziendale	Garantire le prestazioni sanitarie e amministrative previste nei percorsi accertativi di tipo medico-legale presso le due SC del Dipartimento (SCDSI e SCDCSL)	copertura del 100% dei turni di personale nei due poli dipartimentali: SC dipendenze comportamentali e da sostanze legali (1 unità), SC dipendenze da sostanze illegali (2 unità)	32.028,00	100%
C14	DDD	Obiettivo aziendale	Realizzazione Progetto "Overnight" anno 2019	assicurare la presenza dell'équipe infermieristica in orario notturno e festivo in almeno 20 uscite progettuali (periodo 1/1/2019-31/12/2019)	11.100,00	100%
C15	DDD-CMST	Obiettivo aziendale	Assicurare l'esecuzione dei tamponi per ricerche microbiologiche degli utenti che accedono ai CUP	il 100% delle richieste provenienti dal CUP vengono evase secondo agenda condivisa (periodo dal 1/1/2019 al 31/12/2019)	845,00	100%
C16	Dipartimento di Medicina Trasfusionale	Processi di riorganizzazione delle cure emocomponenti	Qualità Sangue ed elaborazione dei dati del questionario di gradimento dell'utenza presso le diverse sedi del DIMT	stesura del report riguardante l'elaborazione e interpretazione dei dati	8.568,00	100%
C17	Dipartimento di Medicina Trasfusionale	Processi di riorganizzazione delle cure	Qualità revisione della procedura di audit nell'ambito della produzione di emocomponenti topici	revisione della check list e relazione del RTD	15.392,00	100%
C18	Dipartimento di Prevenzione - Direzione - S.C. Igiene Sanità Pubblica	Qualità delle cure	Aggiornamento dell'offerta vaccinale per infanzia e adolescenza nella regione Friuli Venezia Giulia. Delibera n. 2425 del 21.12.18.	Chiamata attiva per il Recupero 1000 vaccinazioni raccomandate relative alla coorte 2001 (DTPPA) entro il 31.12.19. Chiamata attiva per il Recupero 1000 vaccinazioni raccomandate relative alla coorte 2006 (HPV9 e MENTC) entro il 31.12.19. Attività amministrativa di supporto (inviti, raccomandate, protocollo, monitoraggio iter sanzioni amministrative).	5.620,00	60%
C19	Direzione dei Servizi Sociosanitari	Interventi sociosanitari	Implementazione e messa a regime del percorso di sorveglianza sanitaria rivolto ai tirocinanti e alle frequenze istituzionali che a vario titolo accedono presso le strutture aziendali, in tema di organizzazione e tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro	Perfezionamento del percorso di vigilanza sanitaria al fine di verificare la correttezza dell'accesso e le vaccinazioni	1.521,00	100%
C20	Direzione dei Servizi Sociosanitari	Interventi sociosanitari	Elaborazione della proposta di protocollo regionale finalizzato all'accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati	Entro il 31-12-2019 stesura del protocollo condiviso e della procedura per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei Minori Stranieri non Accompagnati condiviso con l'IRCCS BURLO.	259,00	100%
C21	Direzione dei Servizi Sociosanitari	Interventi sociosanitari	Implementare l'accordo tra ASUITs e il Comune denominato "Patto per la lettura" attraverso la predisposizione di un progetto inerente un laboratorio di lettura nel setting residenziale (RSA) dell'ASUITs	Entro il 31-12-2019 vi è evidenza della predisposizione del progetto e dell'applicazione sperimentale in almeno 1 struttura residenziale (RSA) dell'ASUITs	518,00	100%
C22	Direzione dei Servizi Sociosanitari DDD	Interventi sociosanitari	Miglioramento della presa in carico socio-sanitaria degli utenti del DDD attraverso azioni di orientamento, sostegno ed accompagnamento nel percorso di riconoscimento dell'invalidità civile handicap e disabilità ai sensi della L 68/99 e fruizione dei relativi benefici	Entro il 31-12-2019 vi è evidenza di: a) Monitoraggio dei programmi e applicazione delle procedure dipartimentali finalizzate al supporto dell'utenza target nei percorsi di riconoscimento dell'invalidità civile e fruizione dei relativi benefici b) Implementazione/aggiornamento di un data base per la mappatura degli utenti con riconoscimento di invalidità civile, handicap e disabilità ai sensi della L 68/99	1.813,00	100%

COD.	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	BUDGET	% raggiungimento obiettivo
C23	Direzione dei Servizi Sociosanitari DISTRETTI 1-2-3-4 S.S.Consultorio Familiare	Interventi sociosanitari	L'obiettivo è intervenire nelle Microaree con azioni coerenti ed organiche nei settori dell'integrazione socio-sanitaria, perseguendo obiettivi generali di promozione e tutela della salute della donna, prevenzione del disagio sociale e sviluppo di comunità. Si intende realizzare il progetto sperimentale "Un Consultorio per vicino" che, attraverso il ruolo proattivo dell'assistente sociale del Consultorio Familiare, prevede di: a) promuovere in MA iniziative di promozione della salute su tematiche di tutela della salute della donna coinvolgendo i residenti. b) promuovere e facilitare l'accesso dell'utenza residente in MA al Consultorio, in particolare quella fragile, in rete con i servizi sociali e sanitari Valutatore di prima istanza: Responsabile del consultorio	a) almeno 1 iniziativa realizzata su tematiche di promozione e tutela della salute della donna b) l'100% delle richieste relative alle tematiche consultoriali emerse direttamente in MA sono presi in carico dal CF del Distretto di riferimento, se consenzienti  Fonte dati: Registro richieste effettuate direttamente in MA  Report attività svolte	2.331,00	100%
C24	Direzione Medica di Presidio - Accettazione amministrativa	Aziendale	Controllo della completezza e della correttezza SDO	1. al momento dell'accettazione, controllo e segnalazione al reparto di eventuali errori o mancato inserimento dei campi obbligatori data di prenotazione, livello di istruzione, classe di priorità, anagrafica, tipo ricovero 2. mensilmente, controllo del puntuale inserimento in ADT delle SDO e segnalazione ai reparti inadempienti	1.393,00	100%
C25	Direzione Servizi Sociosanitari	Interventi sociosanitari	Mettere a punto un sistema di valutazione per accompagnare, monitorare e valutare i progetti di servizio civile, che coinvolga volontari e fruitori	Entro dicembre 2019 è prodotto il report del sistema (piano e strumenti) per il monitoraggio e la valutazione dei progetti di Servizio Civile	1.036,00	100%
C26	DIREZIONE STRATEGICA - Ufficio di segreteria	Obiettivo aziendale	Garanzia del mantenimento dei servizi di segreteria a supporto delle attività direzionali, anche ai fini del necessario raccordo con gli uffici di AAS 2	Indicatori 1) riorganizzazione interna delle attività di segreteria a seguito della cessazione dal servizio della precedente referente e del trasferimento di un'unità di personale 2) copertura dei turni di servizio a supporto delle attività di segreteria della Direzione Generale, Sanitaria, Sociosanitaria e Amministrativa assicurando la flessibilità dell'orario di servizio in relazione alle esigenze istituzionali 3) raccordo con gli uffici di AAS 2 per l'ottimizzazione delle agende	2.114,00	100%
C27	DISTRETTO 1 SC TS Adulti Anziani, SC BADoF, SSD Servizio infermieristico distrettuale	Attuazione legge regionale di riforma sanitaria 17/2014 nel garantire la continuità assistenziale e potenziare i percorsi integrati e costruire reti tra ospedale e territorio Assistenza domiciliare nell'ambito dell'assistenza primaria Interventi socio-sanitari	A) Garantire continuità assistenziale nel territorio 7 giorni su 7, 365 giorni all'anno e potenziare i percorsi ospedale / territorio, in particolare nell'area delle medicine e chirurgie generali, della dialisi, pronto soccorso e del Burlo, in particolare per l'area materno-infantile. B) Mantenere attivo il percorso di presa in carico con l'Infermiere dedicato al pronto soccorso C) Continuità delle cure nelle persone in carico che abbisognano anche di supporto infermieristico domiciliare a sostegno alle attività domiciliari del SID. D) Valutare congiuntamente, infermiere - assistente sociale, le situazioni complesse (come da protocolli integrati con Comune)  Responsabile attività : coordinatori SCTSAA - SCTSBADF Valutatori prima istanza : dirigenti infermieristici e P.O.	A1) presa in carico SID entro 24 h dalla segnalazione >= l'80% A2) Valutazione delle persone segnalate in continuità assistenziale entro 72 h dalla segnalazione >= 80% A3) 100% delle mamme e dei bambini arrivati all'accogliamento su invio del Burlo (da protocollo) hanno avuto almeno 1 intervento  B) Valutazioni del 100% delle persone segnalate dal Pronto Soccorso. C) Almeno 15 accessi domiciliari a infermiere dedicato ad attività ambulatoriali nel periodo D) Valutazione congiunta delle situazioni complesse >= 90%	13.984,00	100%
C28	DISTRETTO 1 S.S. TSBA	Inserimento di adolescenti con disagio psicosociale sociale in carico al Distretto presso il centro diurno. Favorire la partecipazione dei ragazzi alle diverse attività di socializzazione proposte. Supporto alla gestione della crisi.	Garantire la copertura dei turni h 12 del Servizio Salute Mentale Giovani (SSMG).	Turni h 12 garantiti presso il SSMG con almeno 1 operatore del comparto che affianca l'educatore in turno	2.072,00	100%
C29	DISTRETTO 1 S.S. TSBA	Calendario Vaccinale decreto Lorenzin Aggiornamento ed estensione dell'offerta vaccinale nella Regione FVG" (dati in SIASI)	Garantire il rispetto della tempistica alla prima vaccinazione in applicazione del nuovo calendario previsto dalla Delibera "2425" del 21/12/18 Aggiornamento ed estensione dell'offerta vaccinale nella Regione FVG" (dati in SIASI)	n. prime vaccinazioni effettuate nella tempistica prevista/n. vaccinazioni previste secondo calendario (esclusi gli inadempienti) 100%	2.294,00	100%

COD.	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	BUDGET	% raggiungimento obiettivo
C30	DISTRETTO 2 SC TS Adulti Anziani, SC BADoF, SSD Servizio infermieristico distrettuale	Attuazione legge regionale di riforma sanitaria 17/2014 nel garantire la continuità assistenziale e potenziare i percorsi integrati e costruire reti tra ospedale e territorio Assistenza domiciliare nell'ambito dell'assistenza primaria Interventi socio-sanitari	A) Garantire continuità assistenziale nel territorio 7 giorni su 7, 365 giorni all'anno e potenziare i percorsi ospedale / territorio, in particolare nell'area delle medicine e chirurgie generali, della dialisi, pronto soccorso e del Burlo, in particolare per l'area materno-infantile. B) Mantenere attivo il percorso di presa in carico con l'Infermiere dedicato al pronto soccorso C) Continuità delle cure nelle persone in carico che abbisognano anche di supporto infermieristico domiciliare a sostegno alle attività domiciliari del SID. D) Valutare congiuntamente, infermiere - assistente sociale, le situazioni complesse (come da protocolli integrati con Comune) Responsabile attività : coordinatori SCTSAA - SCTSBADF Valutatori prima istanza : dirigenti infermieristici e P.O.	A1) presa in carico SID entro 24 h dalla segnalazione >= l'80% A2) Valutazione delle persone segnalate in continuità assistenziale entro 72 h dalla segnalazione >= 80% A3) 100% delle mamme e dei bambini arrivati all'accoglimento su invio del Burlo (da protocollo) hanno avuto almeno 1 intervento B) Valutazioni del 100% delle persone segnalate dal Pronto Soccorso. C) Almeno 15 accessi domiciliari a infermiere dedicato ad attività ambulatoriali nel periodo D) Valutazione congiunta delle situazioni complesse >= 90%	13.706,00	100%
C31	DISTRETTO 2 S.S. TSBA	Inserimento di adolescenti con disagio psicosociale sociale in carico al Distretto presso il centro diurno. Favorire la partecipazione dei ragazzi alle diverse attività di socializzazione proposte. Supporto alla gestione della crisi.	Garantire la copertura dei turni h 12 del Servizio Salute Mentale Giovani (SSMG).	Turni h 12 garantiti presso il SSMG con almeno 1 operatore del comparto che affianca l'educatore in turno	3.108,00	100%
C32	DISTRETTO 2 S.S. TSBA	Calendario Vaccinale decreto Lorenzin Aggiornamento ed estensione dell'offerta vaccinale nella Regione FVG" (dati in SIASI)	Garantire il rispetto della tempistica alla prima vaccinazione in applicazione del nuovo calendario previsto dalla Delibera "2425" del 21/12/18 Aggiornamento ed estensione dell'offerta vaccinale nella Regione FVG" (dati in SIASI)	n. prime vaccinazioni effettuate nella tempistica prevista/n. vaccinazioni previste secondo calendario (esclusi gli inadempienti) 100%	1.554,00	100%
C33	DISTRETTO 3 SC TS Adulti Anziani, SC BADoF, SSD Servizio infermieristico distrettuale	Attuazione legge regionale di riforma sanitaria 17/2014 nel garantire la continuità assistenziale e potenziare i percorsi integrati e costruire reti tra ospedale e territorio Assistenza domiciliare nell'ambito dell'assistenza primaria Interventi socio-sanitari	A) Garantire continuità assistenziale nel territorio 7 giorni su 7, 365 giorni all'anno e potenziare i percorsi ospedale / territorio, in particolare nell'area delle medicine e chirurgie generali, della dialisi, pronto soccorso e del Burlo, in particolare per l'area materno-infantile. B) Mantenere attivo il percorso di presa in carico con l'Infermiere dedicato al pronto soccorso C) Continuità delle cure nelle persone in carico che abbisognano anche di supporto infermieristico domiciliare a sostegno alle attività domiciliari del SID. D) Valutare congiuntamente, infermiere - assistente sociale, le situazioni complesse (come da protocolli integrati con Comune) Responsabile attività : coordinatori SCTSAA - SCTSBADF Valutatori prima istanza : dirigenti infermieristici e P.O.	A1) presa in carico SID entro 24 h dalla segnalazione >= l'80% A2) Valutazione delle persone segnalate in continuità assistenziale entro 72 h dalla segnalazione >= 80% A3) 100% delle mamme e dei bambini arrivati all'accoglimento su invio del Burlo (da protocollo) hanno avuto almeno 1 intervento B) Valutazioni del 100% delle persone segnalate dal Pronto Soccorso. C) Almeno 15 accessi domiciliari a infermiere dedicato ad attività ambulatoriali nel periodo D) Valutazione congiunta delle situazioni complesse >= 90%	14.012,36	100%
C34	DISTRETTO 3 S.S. TSBA	Calendario Vaccinale decreto Lorenzin Aggiornamento ed estensione dell'offerta vaccinale nella Regione FVG" (dati in SIASI)	Garantire il rispetto della tempistica alla prima vaccinazione in applicazione del nuovo calendario previsto dalla Delibera "2425" del 21/12/18 Aggiornamento ed estensione dell'offerta vaccinale nella Regione FVG" (dati in SIASI)	n. prime vaccinazioni effettuate nella tempistica prevista/n. vaccinazioni previste secondo calendario (esclusi gli inadempienti) 100%	2.279,20	100%
C35	DISTRETTO 4 SC TS Adulti Anziani, SC BADoF, SSD Servizio infermieristico distrettuale	Attuazione legge regionale di riforma sanitaria 17/2014 nel garantire la continuità assistenziale e potenziare i percorsi integrati e costruire reti tra ospedale e territorio Assistenza domiciliare nell'ambito dell'assistenza primaria Interventi socio-sanitari	A) Garantire continuità assistenziale nel territorio 7 giorni su 7, 365 giorni all'anno e potenziare i percorsi ospedale / territorio, in particolare nell'area delle medicine e chirurgie generali, della dialisi, pronto soccorso e del Burlo, in particolare per l'area materno-infantile. B) Mantenere attivo il percorso di presa in carico con l'Infermiere dedicato al pronto soccorso C) Continuità delle cure nelle persone in carico che abbisognano anche di supporto infermieristico domiciliare a sostegno alle attività domiciliari del SID. D) Valutare congiuntamente, infermiere - assistente sociale, le situazioni complesse (come da protocolli integrati con Comune) Responsabile attività : coordinatori SCTSAA - SCTSBADF Valutatori prima istanza : dirigenti infermieristici e P.O.	A1) presa in carico SID entro 24 h dalla segnalazione >= l'80% A2) Valutazione delle persone segnalate in continuità assistenziale entro 72 h dalla segnalazione >= 80% A3) 100% delle mamme e dei bambini arrivati all'accoglimento su invio del Burlo (da protocollo) hanno avuto almeno 1 intervento B) Valutazioni del 100% delle persone segnalate dal Pronto Soccorso. C) Almeno 15 accessi domiciliari a infermiere dedicato ad attività ambulatoriali nel periodo D) Valutazione congiunta delle situazioni complesse >= 90%	13.995,00	100%
C36	DISTRETTO 2 Consultorio familiare	c) Interventi sociosanitari	Garantire per i nuovi casi complessi individuati di Minori e Adulti (segnalazione inviate a/ricevute da/ i Servizi Sociali, con provvedimento o meno dell'AA.GG.) quanto previsto nelle Procedure Comuni per i rapporti tra Servizio Sociale e le SC TSBADOF della provincia di Trieste per l'attività socio-sanitaria integrata per bambine/i e ragazze/i nonché quelle relative all'Area adulti.	80% del casi individuati seguono le Procedure Comuni garantendo la discussione in équipe multiprofessionale e l'individuazione dell'operatore referente del caso ed uso della modulistica specifica. Modalità di valutazione: registro casi , cartella personale utenza e verbali di équipe/UVM.	259,00	0%

COD.	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	BUDGET	% raggiungimento obiettivo
C37	DISTRETTO 3 Dipartimento delle dipendenze, DSM, Pronto Soccorso Ospedale Maggiore e Gestione Delle Urgenze Territoriali	Aziendale	Apertura notturna del Centro Sanitario di Muggia per il Presidio Medico avanzato durante il periodo del Carnevale Muggesano in collaborazione con il Sistema 118 e il DDD ed evitare accessi impropri in pronto soccorso di persone con problemi legati all'abuso di sostanze alcoliche. responsabili progettuali: dott.sse Ofelia Altomare, Barbara Brajnik, Cristina Stanic, Gabriella D'Ambrosi.	Gestione in Centro Sanitario di tutte le persone che si presentano per richiesta di cure o inviate/accompagnate dagli altri servizi coinvolti nel progetto  Modalità di valutazione: Relazione del RID progettuale con evidenza dei dati inerenti i casi trattati (registro interno dedicato per gli interventi sanitari; foglio presenze del personale coinvolto)	10.590,00	100%
C38	DISTRETTO 3 Funzione sanità penitenziaria	Qualità delle cure	1.Sviluppo di sinergie per la presa in carico del detenuto , finalizzate all'implementazione delle procedure condivise tra DDD e DSM al fine di garantire continuità assistenziale con le attività territoriali specifiche. 2.Messa a punto e condivisione di procedure/modalità operative per migliorare la qualità della assistenza infermieristica delle persone con bisogni complessi e pluri patologie organizzazione di attività formative /audit	1.implementazione delle procedure in essere 2.evidenza di almeno una procedura di gestione della terapia farmacologica e una rivolta alla gestione di persone con ferite difficili - almeno 2 incontri	1.258,00	100%
C39	GESTIONE DEL PERSONALE	Applicazione dell'accordo sindacale dd. 21.12.2018, riguardante le Progressioni Economiche Orizzontali al personale del comparto per il 2019. L'attività compete alla SC del personale e coinvolge trasversalmente i vari uffici, che annualmente per tale impegno straordinario individuano una o più unità da dedicare all'applicazione di tale istituto.	Predisposizione degli elenchi degli aventi diritto; verifica dei punteggi di carriera e valutaizoni; verifica periodi a part time <= al 50%; verifica decorrenza ultima faascia; predisposizione delle graduatorie provvisorie; approvazione graduatorie definitive; Liquidazione Progressioni Economiche Orizzontali 2019  Responsabile: valutatore di I^ istranza dott.ssa Cristina TURCO	Produzione graduatorie definitive PEO 2019 entro 31.12.2019  Modalità di valutazione: La valutazione sul raggiungimento dell'obiettivo verrà effettuata in base alla relazione proposta dal responsabile di progetto e all'effettiva pubblicazione delle graduatorie nei termini previsti.	9.700,00	100%
C40	GESTIONE DEL PERSONALE	Concorso regionale per n. 545 posti di Coll. Prof. San. - Infermiere (ASUITS riveste il ruolo di azienda capofila ai sensi della convenzione dd. 26.7.2018 tra gli Enti del SSR)	Predisposizione ed espletamento delle procedure concorsuali	Predisposizione ed espletamento delle procedure concorsuali (prova selettiva, prove) - attività di segretario del concorso - entro 31.12.19	1.862,00	100%
C41	GESTIONE DEL PERSONALE	Nuove procedure regionali - HR revisione sistemi informativi	Omogeneizzazione delle codifiche regionali del nuovo sistema informativo della gestione del Personale	Produzione delle tabelle giuridico economiche propedeutiche all'introduzione dei nuovi sistemi informativi regionali della gestione del Personale e confronto con le aziende del SSR - definizione delle codifiche (gruppo di lavoro regionale) - report tabelle - entro 30.09.19	1.924,00	100%
C42	GESTIONE DEL PERSONALE	Applicazione dell'accordo sindacale regionale RAR 2019	Applicazione degli accordi regionali sull'attribuzione delle risorse aggiuntive regionali 2019 delle tre aree negoziali.	Presentazione, tramite mail, al responsabile della SC Gestione del Personale della proposta di contratto integrativo aziendale di definizione delle regole generali di attribuzione delle risorse aggiuntive regionali 2019 del personale delle tre aree negoziali, entro 3 mesi dalla data della DGR di approvazione dell'intesa regionale per il comparto ed entro 2 mesi dalla data della DGR di approvazione delle intese regionali per le dirigenze.	518,00	100%
C43	GESTIONE DEL PERSONALE	Applicazione REGOLAMENTO PER L'ESERCIZIO DEL DIRITTO DI MENSA e MODALITA' SOSTITUTIVE	Attivazione dei buoni elettronici per l'erogazione dei pasti alternativi alla mensa	Primo carico delle card entro 31.12.19 per tutto il personale avente diritto appar Regolamento	1.036,00	100%
C43 bis	GESTIONE DEL PERSONALE	Applicazione normativa firma digitale	Eccezionale procedura di consegna di circa 400 carte operatore per la firma digitale in scadenza (derivanti dal blocco della loro emissione dal 2017) e fatte pervenire all'Ufficio del Personale in data 13/06/2019	Attivazione della procedura massiva di consegna delle carte operatore mediante convocazione da inviare tramite e-mail a tutto il personale interessato entro 30/6/2019.	832,00	100%
C44	Gestione Programmazione	Sviluppo percorsi assistenziali	Cure primarie. Medicina di Iniziativa. Supporto alla Direzione Aziendale, al DAT e ai Distretti per l'elaborazione, analisi e verifica degli obiettivi e dei dati di attività dei MMG e delle loro aggregazioni	Definizione dell'epidemiologia relativa a ciascun MMG e per AFT. Produzione e distribuzione di una griglia informatizzata a ciascun MMG. Racconta e analisi dati. Monitoraggio e valutazione degli obiettivi AIR e AFT 2018. Produzione delle reportistica relativa agli obiettivi e analisi critica dei dati. Audit con MMG AFT e Distretti	2.331,00	100%
C45	Manutenzione e Sviluppo del Patrimonio	rispetto del vincolo sulle manutenzioni e spending review	Obiettivo strategico	1. miglioramento dei piani di manutenzione con schede di monitoraggio più efficienti nel rispetto dei vincoli imposti INDICATORE: redazione di nuove schede di monitoraggio, riorganizzazione delle attività e processi di customer satisfaction	5.859,00	100%
C46	Manutenzione e Sviluppo del Patrimonio	obiettivo strategico	rispetto dei tempi programmati per l'attuazione degli investimenti	1. ottimizzazione delle risorse disponibili con misura degli scostamenti dalla programmazione INDICATORE scostamento medio massimo 20%	4.003,00	100%
C47	Manutenzione e Sviluppo del Patrimonio	obiettivo strategico	attuazione del sistema di gestione ambientale	1. approvazione del sistema di gestione ambientale INDICATORE documentazione a supporto dell'applicazione del sistema	2.234,00	100%

COD.	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	BUDGET	% raggiungimento obiettivo
C48	S.C. APPROVVIGIONAMENTI E GESTIONE SERVIZI	PROCESSI DI RIORGANIZZAZIONE . in vista della Costituzione dell'ASUGI si sviluppano linee progettuali, che si integrano fra di loro per alcuni aspetti, sono finalizzate ad obiettivi coerenti con quelli strategici a livello regionale, con la programmazione aziendale e con adeguamenti procedurali resi necessari dall'evoluzione normativa. Si fa riferimento all'obiettivo strategico regionale prioritario "A) PROCESSI DI RIORGANIZZAZIONE", nel cui ambito si inquadrano a pieno titolo tutte le attività specifiche oggetto della presente progettualità sotto descritte. Le medesime attività contestualmente riguardano, in parte, l'ambito della revisione dei processi e semplificazione amministrativa (obiettivo regionale g) per area SPTA).	-Adeguamento di funzioni e processi nella SCAGS in relazione alla costituzione della ASUI e alla futura attivazione dell'ASUGI - Nuovi assetti logistici e ricollocazioni nei presidi aziendali: l'avvio i numerosi cantieri, in particolare ma non solo nell'Ospedale Maggiore, comporta elevatissime criticità operative cui si deve far fronte con attività straordinarie di trasferimento e ricollocazione di attività aziendali nei vari presidi aziendali, con coinvolgimento delle funzioni economiche e di magazzino - Attuazione dell'inserimento nell'organizzazione ASUITS della S.C. Igiene e Sanità Pubblica, afferente ad ASUITS (Dip. Medicina dei Servizi) dal 1/1/2019: i contratti di fornitura di beni, service e servizi necessari, già gestiti dall'IRCCS Burlo fino al 31/12/2018, ammontano a un valore indicativo annuo stimabile in euro 700.000. - Con riferimento ai Progetti di ricerca attivati a fine 2018 e nel corso del 2019: attivazione delle procedure di acquisto necessarie e gestione di tutti gli adempimenti connessi; si evidenziano in particolare i seguenti Progetti: - Studio preclinico della terapia miRNA nel Mesotelioma pleurico Maligno per la S.C. Medicina del Lavoro - Selfie Screening per la S.C. Anatomia Patologica - Sorveglianza dei batteri multiresistenti nell'interfaccia uomo-animale S.C. Igiene e Sanità Pubblica - Lo scompenso cardiaco quale morbo di Alzheimer del cuore. Opportunità diagnostiche e terapeutiche HEARTZHEIMER per la S.C. Cardiologia - Cardiomiciti da due cellule staminali per una cardiologia personalizzata	- Attivazione dei nuovi materiali in Magrep in conformità ai fabbisogni definiti e in collaborazione con ARCS. - Definizione e attivazione dei nuovi subcentri e delle rispettive sedi di consegna, in relazione alle riorganizzazioni aziendali, ai fini della compiuta attivazione di nuovi flussi dal Magazzino ARCS a seguito di nuove aggiudicazioni - Collaborazione all'attività informativa del personale aziendale nell'utilizzo di Magrep; gestione continua dell'attivazione di nuove anagrafiche (aperture/inserimenti per ASUITS); ridefinizione, in base all'evoluzione dei flussi, delle funzioni logistiche e di supporto - Coordinamento operativo con AAS2 nelle materie di competenza, con particolare riferimento agli appalti di servizi curati da ARCS, in vista della costituzione di ASUGI - coordinamento operativo e attuazione dei trasferimenti previsti nei presidi aziendali (Cattinara, Maggiore, Farneto, Nordio, Sai, etc...), con attività conseguenti (pulizia locali, traslochi dei reparti, etc. ) - adeguamento dinamico delle funzioni logistiche e di magazzino gestite da ASUITS, a seguito dell'unificazione dei magazzini scorte varie, realizzando l'adeguamento progressivo delle configurazioni operative. - Attivazione per la S.C. Igiene e Sanità Pubblica delle procedure di acquisto per reagenti, materiali di consumo, dispositivi medici, service, attrezzature, arredi, e gestione dei relativi contratti. - Attivazione per i Progetti indicati delle procedure di acquisto per reagenti, dispositivi medici, beni economici, beni di investimento, servizi), con conseguente attivazione centri di costo dedicati, inserimento contratti dedicati, tracciabilità mediante CUP, supporto alla rendicontazione.	23.464,00	100%
C49	S.C. Chirurgia Plastica	qualità delle cure	Monitoraggio post operatorio di tipo semintensivo dei malati sottoposti a interventi ricostruttivi con lembo/lembi liberi microchirurgici nel post operatorio immediato il malato viene monitorato da un infermiere dedicato il quale oltre a rilevare i parametri vitali monitorizza il lembo e ciò permette di intervenire precocemente in caso di complicanze.	relazione finale del RID sugli esiti e sull'utilizzo delle RAR	1.406,00	100%
C50	S.C. Controllo di Gestione	Obiettivo aziendale	Adozione nuovo sistema gestionale a servizio delle attività del controllo di gestione	Avvio nuovo sistema gestionale a servizio delle attività del controllo di gestione mediante analisi e predisposizione di almeno 2 ETL	2.331,00	100%
C51	S.C. di Clinica maxillo facciale ed odontostomatologica	Sviluppo percorsi assistenziali	consolidare un percorso clinico assistenziale condiviso fra SC di Clinica maxillo facciale ed odontostomatologica e Anestesia e Rianimazione HM dedicato a persone con gravi disabilità che necessitano di cure odontoiatriche in sala operatoria	Revisione e consolidamento della procedura condivisa tra le SSCC coinvolte nel percorso. Applicazione in almeno 12 casi di persone con grave disabilità. Elaborato finale condiviso	851,00	100%
C52	S.C. di Clinica maxillo facciale ed odontostomatologica	Sviluppo percorsi assistenziali	Fornitura protesi totali e parziali rimovibili a pazienti selezionati seguiti dal Dipartimento delle Dipendenze	Fornitura di almeno 10 manufatti protesici	1.900,00	20%
C53	S.C. Economico Finanziaria (SCEF)	obiettivo strategico	Gestione partite contabili nei confronti di AAS2 in vista della fusione. Attività: - ricognizione partite attive e passive aperte, - verifica della possibilità di chiudere contabilmente le partite aperte, eventualmente fornendo ai servizi interessati gli elementi disponibili per tentare di definire; - fornire alla direzione amministrativa gli elementi per poter valutare la situazione per quanto non risolto precedentemente.	Indicatore: 1. evidenza partite contabili attive e passive aperte all'inizio dell'attività; 2. evidenza delle partite contabili attive e passive rimaste aperte al 31/12/2019. Risultato atteso: al 31/12/2019 chiusura contabile di quanto possibile e evidenza alla direzione amministrativa di quanto rimasto aperto, fornendo gli elementi a disposizione per valutare la situazione.	12.782,00	100%
C54	S.C. Informatica e Telecomunicazioni	4. Il sistema informativo - Sicurezza informatica	Garantire la sicurezza logico/funzionale del sistema informativo, anche in attinenza ai temi relativi alla circolare n. 2/2017 del 18 aprile 2017 di AgID "misure minime di sicurezza" ed entrata in vigore del GDPR – (Regolamento UE 2016/679)	Installazione secondo procedura aziendale, coerente con le linee guida regionali conformi alle misure AGID, di almeno 200 pc nuovi con Windows 10 e Internet Explorer 11, previa valutazione di compatibilità di tutti i sw in uso nelle strutture coinvolte e relativa assistenza agli operatori	12.054,00	100%
C55	S.C. Ingegneria clinica	Processi di riorganizzazione Sicurezza personale e pazienti	Introduzione nuovo software di gestione delle apparecchiature biomediche in cui viene tracciata in modo puntuale tutta la vita dell'apparecchiatura dal suo ingresso alla dismissione. Ciò consente di ottimizzare la manutenzione aumentando la sicurezza e riducendo i tempi di fermo macchina, oltre a permettere la programmazione delle acquisizioni. Inoltre consente una maggiore accessibilità al personale sanitario che potrà in ogni istante conoscere lo stato delle apparecchiature in carico.	Trasferimento dati pregressi e utilizzo entro l'anno del nuovo software di gestione delle apparecchiature biomediche da parte del personale della struttura e inizio della formazione per l'utilizzo al personale sanitario.	5.891,00	100%
C56	S.C. Radiologia Ospedale Maggiore	Sviluppo percorsi assistenziali	La Direzione Sanitaria ha richiesto alla S.C. Radiologia OM di farsi carico dell'erogazione di esami radiologici (rx, ecografia, TC, RM) a favore della Casa Circondariale non più eseguibili presso strutture convenzionate. L'attività verrà svolta in tutto il 2019.	Effettuazione degli esami richiesti dalla Casa Circondariale e loro rendicontazione da parte del RTD	2.832,00	33%

COD.	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	BUDGET	% raggiungimento obiettivo
C57	S.C. Radiologia Ospedale Maggiore SS CC Oncologia Gastroenterologia Pneumologia UCO Anatomia Patologica 4 Distretti e SC Radiologia ospedale Maggiore e SC Radioterapia	Integrazione ospedale/territorio e sviluppo percorsi assistenziali e rispetto tempi di attesa	creazione di un percorso facilitato per i pazienti con elevato sospetto clinico di neoplasia (lesioni epatiche sospette per secondarismi all'ecografia/ lesione polmonare sospetta alla radiografia) tale progetto, noto con l'acronimo DRIN è stato attivato nel 2018 e prosegue nel 2019; sullo stesso principio si sviluppa il percorso di valutazione con RM dei pazienti da sottoporre a radioterapia stereotassica con tecnica SBRT e conformazionale con tecnica WMAT. Ottimizzazione piani di cura mediante fusione immagini RM e di centramento.	esecuzione degli esami (TAC e biopsie) presso SC Radiologia dell'H Maggiore e prenotazione diretta da parte del personale dei distretti in agende dedicate. Rendicontazione della attività con verifica dei tempi intercorsi fra prenotazioni ed erogazioni inferiori a 10 gg. almeno nel 90% dei pazienti. Report finale del coordinatore e della RTD. Evidenza della attività sostenuta relativamente ai percorsi di RM e radioterapia.	11.111,00	50%
C58	S.C. Radiologia Ospedale Maggiore Obiettivo comune con: - S.C. Radiologia OC	Sviluppo percorsi assistenziali	Il progetto di Radiologia Domiciliare prosegue come nel 2018 anche nel 2019 nelle strutture residenziali per anziani e RSA.	Effettuazione degli esami richiesti in regime domiciliare dalle residenze per anziani e dalle RSA e loro rendicontazione da parte del RTD e del Coord. Tecnico.  dal 15 gennaio al 31 dicembre 2019	17.501,00	100%
C59	S.C. Staff, Innovazione, Sviluppo organizzativo e Formazione	a) Processi di riorganizzazione i) Valorizzazione specifici ruoli e competenze	Consolidamento e condivisione con i Referenti della formazione della visione integrata del processo formativo e delle fasi che lo compongono, dall'analisi del fabbisogno formativo alla ricaduta formativa Azioni: 1) Partecipazione al progetto di formazione intervento biennale per Staff e rete dei Referenti della formazione. Annualità 2019 2) Ridefinizione del modello del Servizio Formazione 3) Revisione della procedura: analisi del fabbisogno formativo	Azioni 1) e 2) completate entro il 31/12/2019	7.896,00	100%
C60	SC Anatomia e Istologia Patologica	Percorsi <i>hub &amp; spoke</i>	implementazione della tecnologia e della tracciabilità dei percorsi, istologici, citologici e di biologia molecolare	presentazione dello studio di fattibilità e report finale	5.573,00	100%
C61	SC ASSISTENZA FARMACEUTICA - area ospedaliero	Processi di riorganizzazione e/o accorpamento anche interaziendali	1. Esaurimento delle scorte di farmaci presenti presso il magazzino Farmacia di via Travnik e riorganizzazione logistica degli spazi separati per la conservazione dei farmaci di proprietà di ASUITS (magazzino 12) presso le sedi della Farmacia di Cattinara e del Maggiore a seguito di chiusura del magazzino di via Travnik.	1. Chiusura del magazzino di via Travnik entro il 30.05.2019	2.175,00	100%
C62	SC ASSISTENZA FARMACEUTICA - area territoriale	Revisione dei processi e semplificazione amministrativa	1. RECUPERO DEGLI ADDEBITI ALLE FARMACIE A SEGUITO DELLE DIFFERENZE CONTABILI PER LE RICETTE SSN E AFIR (Anno 2017 (residuo) e 2018, 2019) FORNITE DAL CONCESSIONARIO REGIONALE PER LA LETTURA OTTICA Entro il 31.12.2019	1) TRASMISSIONE ALLE FARMACIE CONVENZIONATE DEL 100% DEGLI ADDEBITI/ACCREDITI ENTRO IL 31/12/2019 PER GLI ANNI 2017, 2018 (relativamente a quanto inviato dal concessionario regionale per la lettura ricette). Fonte dati protocollo	1.280,00	25%
C63	SC Cardiocirurgia Sala Operatoria	Qualità delle cure	Mantenimento della programmazione e dei tempi d'attesa per gli interventi di chirurgia che hanno una durata media di 6-8 ore e molto spesso sfiorano il normale orario di lavoro del personale assistenziale tanto da compromettere la regolare programmazione delle sedute operatorie. Il progetto si propone di mantenere la regolare programmazione dell'attività chirurgica settimanale, garantendo l'apporto infermieristico e tecnico perfusionista alla conclusione delle procedure chirurgiche dopo le ore 14.00, nei giorni in cui la programmazione settimanale prevede 2 sedute contemporanee la mattina e/o la programmazione della seduta pomeridiana, al fine di garantire un numero di procedure settimanali pari a 10 +/- 20%	1) Evidenza del numero di sedute operatorie garantite settimanalmente 2) Evidenza dell'attività exstraorario del personale (ore effettive in ragione delle quali saranno corrisposte le quote incentivanti) nel periodo di riferimento gennaio - dicembre 2019  Report del RID  Periodo di riferimento 1 gennaio - 31 dicembre	4.675,00	100%
C64	SC Cardiocirurgia Sala Operatoria e Terapia intensiva, SC Cardiologia Emodinamica - ARTA	Percorsi <i>hub &amp; spoke</i>	1. Mantenimento del ruolo di hub nel settore cardiovascolare e contenimento dei tempi d'attesa per le procedure di cardiologia interventistica. Supporto alla SC Cardiologia Emodinamica nell'esecuzione di procedure interventistiche di alta complessità quali impianti di TAVI, Mitraclip, correzione dei difetti del setto atriale (PFO) e ablazione a radiofrequenza della fibrillazione atriale. Garantite tutte le procedure richieste nel periodo di riferimento. Attività di assistenza infermieristico-anestesiologica e tecnico-perfusionista prestata dal personale di sala operatoria e terapia intensiva erogata in media 1 -2 giorni settimana dalle ore 8.00 alle 17.00. 2. Copertura del servizio, al di fuori della normale turnazione, nella fascia oraria dopo le ore 14.00 a fine procedura e/o a giornata intera nei periodi di criticità del personale. Responsabile progettuale: RID	1) Evidenza della partecipazione del personale della SC Cardiocirurgia -TIPO CCH -ARTA e Emodinamica, alle procedure in argomento (numero di procedure, ore effettive in ragione delle quali saranno corrisposte le quote incentivanti). periodo di riferimento gennaio - dicembre 2019. Report finale del RID.  2) Evidenza della necessità di attività al di fuori della normale turnazione in Sala di Emodinamica nella fascia oraria dopo le ore 14:00, a garanzia del completamento delle procedure ed evitare le sospensioni di lista operatoria.	18.500,00	100%

COD.	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	BUDGET	% raggiungimento obiettivo
C65	SC Cardiocirurgia Sala Operatoria e Terapia Intensiva	Percorsi hub & spoke	Garantire il supporto all'attività di ECMO in Cardiocirurgia nel trattamento di pazienti con grave insufficienza cardiaca, polmonare e/o in attesa di trapianto o prelievo d'organo. Garantite tutte le procedure richieste nel periodo di riferimento. Attività di assistenza infermieristica e tecnico-perfusionista prestata dal personale di sala operatoria e terapia intensiva. Garantire il personale infermieristico e perfusionista necessario per l'assistenza al trattamento e/o trasporto intra ed extra ospedaliero, al di fuori della normale turnazione.	1) Evidenza della necessità di attività ECMO al di fuori della normale turnazione in Terapia Intensiva e Sala Operatoria della SC Cardiocirurgia 2) Evidenza della partecipazione del personale della SC Cardiocirurgia -TI e SO alle procedure in argomento (numero di procedure, ore effettive in ragione delle quali saranno corrisposte le quote incentivanti). periodo di riferimento gennaio - dicembre 2019 Report del RID	10.360,00	100%
C66	SC Cardiologia - Sala Emodinamica SC Cardiocirurgia: - Sala Operatoria SC Gastroenterologia Complesso Operatorio Ospedale Maggiore (Clinica Oculistica – Day Surgery) Complesso Operatorio Ospedale di Cattinara SC ARTA – Servizio di Medicina Iperbarica e Subacquea SC Medicina Trasfusionale	Processi di riorganizzazione:	Assicurare la continuità assistenziale nel processo di erogazione delle prestazioni sanitarie e affrontare le situazioni di emergenza.	Rendicontazione da parte dei responsabili infermieristici/tecnici di riferimento, con l'evidenza del numero dei turni svolti nel periodo di riferimento e delle ore lavorate oltre la normale turnazione istituzionale, a copertura del 100% della continuità assistenziale, pronta disponibilità oltre la sesta..  Responsabili progettuali: RID dei DAI di riferimento  1 gennaio – 31 dicembre 2019	83.000,00	100%
C67	SC Cardiovascolare e Medicina dello sport	Tempi d'attesa	Contenimento tempi di attesa certificazioni idoneità sportiva Medicina dello Sport. Aumentare l'offerta delle visite per la certificazione dell'idoneità sportiva con la doppia pista al fine di ridurre i tempi di attesa.	Dal momento dell'accettazione della proposta al 31 dicembre 2019 garantire turni aggiuntivi per complessive 15 ore operatore (il turno aggiuntivo RAR dovrà essere da: minimo 1 ora - massimo 3 ore). Modalità di valutazione Cartellino mensile e Codice di riferimento per timbratura RAR. Attività 2019 ≥ 2018 report della PO	1.980,00	100%
C68	SC Cardiovascolare e Medicina dello sport	Qualità delle cure	Partecipazione all'attività medica per il contenimento tempi di attesa richieste di visite/controlli cardiologici della medicina generale Preparazione dei nuovi Piani Terapeutici e dei rinnovi annuali degli anticoagulanti diretti dei pazienti in carico al CCV (circa 800-1000) tramite questionario ed esami predisposto dalla Medicina Generale o dall'Ambulatorio infermieristico senza gravare sulle agende visita D.	Garantire turni aggiuntivi per un massimo di 30 ore operatore  Modalità di valutazione Cartellino mensile e Codice di riferimento per timbratura RAR. Attività CUP + Piani Terapeutici registrati in cardionet 2019 ≥ 2018 Report della PO	444,00	100%
C69	SC Chirurgia Toracica reparto	Qualità delle cure	Promuovere l'autonomia a domicilio della persona operata e del care giver nel percorso di Fast Track chirurgico, attraverso i seguenti interventi: 1) tutte le persone nelle fase di dimissione ricevono un self care personalizzato sull'eventuale utilizzo di presidi (valvola di Heimlich e inspirometro) e sulla gestione della terapia farmacologica; 2) garantire il recall per valutazione del decorso postoperatorio.	1)Almeno nel 90% dei pazienti dimessi è presente nella cartella clinica la lettera di dimissione infermieristica che che documenta gli interventi di self care;  2) Almeno il 95% delle persone operate ricevono una chiamata a casa entro il quinto giorno dalla dimissione ( documentazione presente in reparto)	2.087,00	100%

COD.	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	BUDGET	% raggiungimento obiettivo
C70	SC Direzione Infermieristica Ufficio Qualità e Accreditamento Assistenti Sanitarie Direzione Assistenza Ospedaliera PO Ditretti 1-2-3-4 RID DAI Cardiovascolare Emergenza Urgenza Accettazione Medicina Neuroscienze Chirurgia Chirurgie Specialistiche Ematologia Oncologia Infettivi	PAL 3.6. Rete Cure Sicure	Il progetto: sperimentare un sistema di monitoraggio e valutazione della qualità dell'assistenza secondo la metodologia Tracer, nei setting assistenziali aziendali e convenzionati. L'obiettivo è supportare l'organizzazione nell'analisi critica della qualità dell'assistenza e promuovere l'applicazione delle buone pratiche, perseguire le raccomandazioni regionali sulla prevenzione degli errori farmacologici e delle infezioni correlate all'assistenza, in stretta collaborazione con l'Ufficio Qualità Accreditamento e Rischio Clinico.  Gli obiettivi specifici sono: 1) collaborare all' identificazione di un pattern di indicatori atti a valutare la qualità dell'assistenza infermieristica nelle articolazioni organizzative aziendali territoriali ed ospedaliere, in base alle linee guida regionali e ai requisiti dell'accreditamento istituzionale e all'eccellenza. 2) acquisire le competenze sulla metodologia tracer sotto l'egida dell'Ufficio Qualità. 3) Sperimentare lo strumento di valutazione con metodologia tracer nelle strutture e servizi aziendali. 4) Collaborare alla definizione dei piani di miglioramento in relazione agli scostamenti più rilevanti di interesse aziendale.  Responsabili progettuali: dott.ssa Maila Mislej e dott.ssa Consuelo Consoles	1) definizione della check list con pattern di indicatori assistenziali 2) Acquisizione delle competenze sulla metodologia Tracer da parte del gruppo di riferimento partecipando al percorso di formazione specifico. Entro 31 agosto 2019 3) Applicazione della metodologia tracer in almeno 30 strutture o servizi aziendali. 4) Presentazione di un report sull'applicabilità della metodologia tracer, sui risultati delle rilevazioni e proporre dei piani di miglioramento sugli scostamenti di maggior rilevanza. Entro 15 novembre 2019  Entro 15 novembre 2019	9.805,00	100%
C71	SC Fisica Sanitaria	obiettivo aziendale	Obiettivo strategico: messa a punto di una procedura tecnica-operativa per implementare l'utilizzo dei dosimetri Mosfet in applicazioni di dosimetria in vivo in radioterapia.	1. realizzazione di un manuale operativo ad uso dei tecnici di fisica sanitaria per l'uso clinico dei mosfet in radioterapia 2. verifica della completa visione ed applicabilità in autonomia della procedura	476,00	100%
C72	SC Gastroenterologia	Tempi d'attesa	Garantire l'erogazione delle prestazioni previste secondo i tempi previsti dal programma di screening regionale e nazionale; Mantenere invariata l'offerta assistenziale della struttura per le prestazioni non di screening	Garantire l'esecuzione della colonscopia di screening per tutti i pazienti in attesa di chiamata al fine di garantire i tempi di attesa previsti dall'indicatore di qualità. Report finale del RID	4.403,00	100%
C73	SC RICERCA, INNOVAZIONE, QUALITÀ, ACCREDITAMENTO E RISCHIO CLINICO	4.a) Processi di riorganizzazione e/o accorpamento anche Interaziendali e 4.e) Qualità delle Cure	Favorire l'integrazione delle strutture aziendali in previsione della costituzione della nuova Azienda integrata Giuliano Isontina. Migliorare i livelli di cura attraverso un miglior accesso alle attività di ricerca e alle sperimentazioni cliniche o organizzative a) censire gli studi clinici autorizzati dopo la costituzione della nuova Azienda ASUITS, (istruttoria preparata dalle strutture ex-ASS1 ed ex-AUOTs) b) individuare il "minimun data set" necessario a predisporre un unico archivio aziendale c) integrare i dati forniti dalle due fonti informative (SC Attività Farmaceutica e SC Ricerca e Innovazione, ...) d) valutare le caratteristiche del nuovo archivio e gli eventuali punti di miglioramento e) costruzione di una prima reportistica e loro trasmissione alla Direzione Strategica, al Coordinatore Scientifico e alle Strutture interessate	Costruzione dell'archivio unico storico delle sperimentazioni cliniche (anni 2014-2019) attraverso l'intergrazione dei dati residenti presso le Strutture che si occupano degli iter autorizzativi  (SC RICAQARC e SC Assistenza Farmaceutica di ASUITS)	1.701,47	100%
C74	SC RICERCA, INNOVAZIONE, QUALITÀ, ACCREDITAMENTO E RISCHIO CLINICO	4.a) Processi di riorganizzazione e/o accorpamento anche Interaziendali e 4.e) Qualità delle Cure	Favorire l'integrazione delle strutture aziendali in previsione della costituzione della nuova Azienda integrata Giuliano Isontina. Migliorare i livelli di cura attraverso un miglior accesso alle attività di ricerca e alle sperimentazioni cliniche o organizzative a) censire gli studi clinici autorizzati dopo la costituzione della nuova Azienda ASUITS, (istruttoria preparata dalle strutture ex-ASS1 ed ex-AUOTs) b) individuare il "minimun data set" necessario a predisporre un unico archivio aziendale c) integrare i dati forniti dalle due fonti informative (SC Attività Farmaceutica e SC Ricerca e Innovazione, ...) d) valutare le caratteristiche del nuovo archivio e gli eventuali punti di miglioramento e) costruzione di una prima reportistica e loro trasmissione alla Direzione Strategica, al Coordinatore Scientifico e alle Strutture interessate	Costruzione dell'archivio unico storico delle sperimentazioni cliniche (anni 2014-2019) attraverso l'intergrazione dei dati residenti presso le Strutture che si occupano degli iter autorizzativi  (SC RICAQARC e SC Assistenza Farmaceutica di ASUITS)	1.330,00	100%
C75	SCAGLA	integrazione ospedale/territorio	Attività prevista nel Mef ed iniziata già nel corso del 2017 con l'apertura di 1.200 posizioni e continuata nel 2018 con ulteriori n. 1600 posizioni. In considerazione dell'elevato numero di posizioni ancora da trattare e della difficoltà e delicatezza nella gestione di alcune pratiche, si propone di continuare con qs procedura unificata utilizzata dagli uffici recupero credito ex Aou e Ass 1 per prestazioni 2014, 2015, 2016 e 2017 verificando e aprendo n. 1.500 .	apertura n. 1.500 posizioni dal portale Sistema Trieste . Evidenza dell'apertura delle posizioni e predisposizione di un report finale	8.693,00	100%
C76	SCDCSL	Qualità delle cure	Garantire la realizzazione delle attività terapeutico-riabilitative "di genere" di tipo individuale e di gruppo	assicurare la presenz in turno di almeno 1 unità nelle giornate previste presso il Centro di promozione della salute in Androna degli orti (periodo 1/1/2019-31/12/2019)	3.572,00	100%
C77	SO DISTRETTO 4	Calendario Vaccinale decreto Lorenzin Aggiornamento ed estensione dell'offerta vaccinale nella Regione FVG" (dati in SIASI)	Garantire il rispetto della tempistica alla prima vaccinazione in applicazione del nuovo calendario previsto dalla Delibera "2425" del 21/12/18 Aggiornamento ed estensione dell'offerta vaccinale nella Regione FVG" (dati in SIASI)	n. prime vaccinazioni effettuate nella tempistica prevista/n. vaccinazioni previste secondo calendario (esclusi gli inadempienti) 100%	2.294,00	100%



COD.	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	BUDGET	% raggiungimento obiettivo	
C78	SO Dipartimento di Salute Mentale	Processi di riorganizzazione	Qualità delle cure	definizione della nuova procedura come da indicazioni del Nuovo Capitolato Regionale sui Budget di salute Individuali	Presenza di nuova procedura per avvio e monitoraggio dei BIS - versante amministrativo e contabile	828,00	100%
C79	SO Dipartimento di Salute Mentale	Processi di riorganizzazione	Qualità delle cure	Obiettivo strategico 1. Migliorare la continuità assistenziale delle persone ad alta complessità socio sanitaria garantendo il lavoro integrato in rete con gli altri servizi .	1. risposta al 95 % delle UVD/UVM richieste. Report sui dati di UVD/UVM integrata	8.396,00	100%
C80	SO DISTRETTI 1 - 2 - 3 - 4 attività amministrativa	Processi di riorganizzazione		Riorganizzazione dei percorsi, in previsione dei nuovi assetti organizzativi, in un'ottica di integrazione tra i vari servizi aziendali attuali e futuri, per il miglioramento e l'ottimizzazione delle procedure di accesso al Servizio Sanitario Regionale dei cittadini comunitari e stranieri. Obiettivo: - garantire il corretto ed uniforme accesso ai servizi aziendali (con particolare riferimento al DDD) dei cittadini stranieri, anche richiedenti asilo e STP, e comunitari  mediante: - produzione e applicazione di un documento di sintesi delle procedure e relative indicazioni a seguito di incontri con la Direzione Socio Sanitaria e il Dipartimento delle Dipendenze Obiettivo strategico	1. presenza del documento di sintesi delle procedure; 2. presenza dei fogli firma partecipanti alle riunioni	3.498,00	100%
C81	SO DISTRETTO 2 RSA	Nell'applicazione delle indicazioni della LR.17 dd 16/10/2014 migliorare la continuità assistenziale riabilitativa e la presa in carico delle persone a domicilio.	Obiettivo: Effettuare degli accessi domiciliari delle persone valutate in continuità assistenziale/riabilitativa dalla RSA San Giusto verso il domicilio, al fine di favorire i processi di fornitura ausili, educazione caregiver e valutazione fisioterapia.  Responsabile: Coordinatore attività Riabilitative RSA S.Giusto - Gilberto Cherri Valutatore in prima istanza: Direttore Distretto	Almeno 30 accessi domiciliari per continuità assistenziale/riabilitativa da RSA San Giusto verso domicilio.  Modalità di valutazione: fonte dati SIASI -Almeno l'80% delle persone valutate e segnalate sono state prese in carico a domicilio entro 5 giorni lavorativi dalla dimissione  -Modalità di valutazione: fonte dati SIASI ( data di dimissione/ data di presa in carico)	777,00	100%	
C82	SO DISTRETTO 1 RIABILITAZIONE	Nell'applicazione delle indicazioni della LR.17 dd 16/10/2014 migliorare la continuità assistenziale riabilitativa e la presa in carico delle persone a domicilio	Obiettivo: Presa in carico a domicilio delle persone valutate in continuità assistenziale/riabilitativa (protocollo di continuità riabilitativa) in Ospedale e nelle strutture private accreditate  Responsabile: Coordinatore SS Dipartimentale Distrettuale Distretto 1  Valutatore di prima Istanza: Direttore Distretto	Almeno l'80% di tutte le persone valutate e segnalate sono state prese in carico a domicilio entro 5 giorni lavorativi dalla dimissione  Modalità di valutazione: fonte dati SIASI (data di dimissione/ data di presa in carico)	2.849,00	100%	
C83	SO DISTRETTO 1 MINORI RIABIL	Nell'applicazione delle indicazioni della LR.17 dd 16/10/2014 migliorare le attività integrate con altri Enti/ Strutture per l'attuazione e il monitoraggio del progetto individuale del bambino/adolescente in tutti i contesti di vita	Obiettivo: Accessi a domicilio/scuola integrati con altre strutture/Enti (scuola, ricreatorio, Comune...) per i bambini/adolescenti in carico alle strutture Responsabile: Coordinatore della Struttura Semplice Tutela salute Bambini e Adolescenti Distretto	Indicatori: Almeno 15 accessi a domicilio/scuola, integrati con altre strutture/Enti (scuola, ricreatorio, Comune...)per i bambini/adolescenti in carico alla struttura Modalità di valutazione: dati SIASI	1.295,00	100%	
C84	SO DISTRETTO 2 RIABILITAZIONE	Nell'applicazione delle indicazioni della LR.17 dd 16/10/2014 migliorare la continuità assistenziale riabilitativa e la presa in carico delle persone a domicilio	Obiettivo: Presa in carico a domicilio delle persone valutate in continuità assistenziale/riabilitativa (protocollo di continuità riabilitativa) in Ospedale e nelle strutture private accreditate  Responsabile: Coordinatore SS Dipartimentale Distrettuale Distretto 2  Valutatore di prima Istanza: Direttore Distretto	Almeno l'80% di tutte le persone valutate e segnalate sono state prese in carico a domicilio entro 5 giorni lavorativi dalla dimissione  Modalità di valutazione: fonte dati SIASI (data di dimissione/ data di presa in carico)	2.590,00	100%	
C85	SO DISTRETTO 2 MINORI RIABIL	Nell'applicazione delle indicazioni della LR.17 dd 16/10/2014 migliorare le attività integrate con altri Enti/ Strutture per l'attuazione e il monitoraggio del progetto individuale del bambino/adolescente in tutti i contesti di vita	Obiettivo: Accessi a domicilio/scuola integrati con altre strutture/Enti (scuola, ricreatorio, Comune...) per i bambini/adolescenti in carico alle strutture Responsabile: Coordinatore della Struttura Semplice Tutela salute Bambini e Adolescenti Distretto	Indicatori: Almeno 15 accessi a domicilio/scuola, integrati con altre strutture/Enti (scuola, ricreatorio, Comune...)per i bambini/adolescenti in carico alla struttura Modalità di valutazione: dati SIASI	1.295,00	100%	
C86	SO DISTRETTO 3 RIABILITAZIONE	Nell'applicazione delle indicazioni della LR.17 dd 16/10/2014 migliorare la continuità assistenziale riabilitativa e la presa in carico delle persone a domicilio	Obiettivo: Presa in carico a domicilio delle persone valutate in continuità assistenziale/riabilitativa (protocollo di continuità riabilitativa) in Ospedale e nelle strutture private accreditate  Responsabile: Coordinatore SS Dipartimentale Distrettuale Distretto 3  Valutatore di prima Istanza: Direttore Distretto	Almeno l'80% di tutte le persone valutate e segnalate sono state prese in carico a domicilio entro 5 giorni lavorativi dalla dimissione  Modalità di valutazione: fonte dati SIASI (data di dimissione/ data di presa in carico)	2.072,00	100%	

COD.	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	BUDGET	% raggiungimento obiettivo
C87	SO DISTRETTO 3 MINORI RIABIL	Nell'applicazione delle indicazioni della LR.17 dd 16/10/2014 migliorare le attività integrate con altri Enti/ Strutture per l'attuazione e il monitoraggio del progetto individuale del bambino/adolescente in tutti i contesti di vita	Obiettivo: Accessi a domicilio/scuola integrati con altre strutture/Enti (scuola, ricreatorio, Comune...) per i bambini/adolescenti in carico alle strutture Responsabile: Coordinatore della Struttura Semplice Tutela salute Bambini e Adolescenti Distretto	Indicatori: Almeno 15 accessi a domicilio/scuola, integrati con altre strutture/Enti (scuola, ricreatorio, Comune...)per i bambini/adolescenti in carico alla struttura Modalità di valutazione: dati SIASI	777,00	100%
C88	SO DISTRETTO 4 RIABILITAZIONE	Nell'applicazione delle indicazioni della LR.17 dd 16/10/2014 migliorare la continuità assistenziale riabilitativa e la presa in carico delle persone a domicilio	Obiettivo: Presa in carico a domicilio delle persone valutate in continuità assistenziale/riabilitativa (protocollo di continuità riabilitativa) in Ospedale e nelle strutture private accreditate Responsabile: Coordinatore SS Dipartimentale Distrettuale Distretto 4 Valutatore di prima Istanza: Direttore Distretto	Almeno Almeno l'80% di tutte le persone valutate e segnalate sono state prese in carico a domicilio entro 5 giorni lavorativi dalla dimissione Modalità di valutazione: fonte dati SIASI (data di dimissione/ data di presa in carico)	2.849,00	100%
C89	SO DISTRETTO 4 MINORI RIABIL	Nell'applicazione delle indicazioni della LR.17 dd 16/10/2014 migliorare le attività integrate con altri Enti/ Strutture per l'attuazione e il monitoraggio del progetto individuale del bambino/adolescente in tutti i contesti di vita	Obiettivo: Accessi a domicilio/scuola integrati con altre strutture/Enti (scuola, ricreatorio, Comune...) per i bambini/adolescenti in carico alle strutture Responsabile: Coordinatore della Struttura Semplice Tutela salute Bambini e Adolescenti Distretto	Indicatori: Almeno 15 accessi a domicilio/scuola, integrati con altre strutture/Enti (scuola, ricreatorio, Comune...)per i bambini/adolescenti in carico alla struttura Modalità di valutazione: dati SIASI	1.036,00	100%
C90	SSD Convenzioni, Rapporti con il Terzo Settore, Acquisizione e Valorizzazione Immobiliare	Attuazione delle Direttive Regionali in ordine alla riclassificazione delle Residenze per Anziani non Autosufficienti (D.G.R. FVG n. 185 dd. 02.02.2018; D.G.R. FVG n. 1828 dd. 05.10.2018; D.G.R. FVG n. 95 dd. 25.01.2019), anche con riferimento ai programmi di riorganizzazione/accorpamento ex L. FVG 17.12.2018 n. 27 - Supporto amministrativo alle relative specifiche attività, di competenza del Vice Commissario Straordinario per l'Area Sociosanitaria	Gestione delle attività amministrative correlate alla predisposizione del Bando e supporto all'attuazione delle azioni ivi previste. Responsabile: Responsabile della S.S.D. Convenzioni, Rapporti con il Terzo Settore, Acquisizione e Valorizzazione Immobiliare Valutatore di prima istanza Direttore Amministrativo	Indicatori: predisposizione del Bando e relativo decreto di approvazione; predisposizione del provvedimento di nomina della Commissione per la valutazione dei requisiti di cui all'art. 9, comma 4, del Bando; supporto al Vice Commissario Straordinario per l'Area Sociosanitaria per gli adempimenti connessi al Bando Modalità di valutazione: cfr. indicatori	555,00	100%
C91	SSD Convenzioni, Rapporti con il Terzo Settore, Acquisizione e Valorizzazione Immobiliare - Ufficio AVI	Obiettivo aziendale - Gestione del Parco di San Giovanni - Trieste	Integrazione della "proposta di regolamento per una pianificazione e gestione sostenibile del verde del Parco di San Giovanni", mediante un testo aggiuntivo completo di: 1) planimetria con individuazione delle proprietà immobiliari e dei riferimenti catastali; 2) tabella di ripartizione millesimale Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo	Redazione in formato PDF del testo aggiuntivo completo di: 1) planimetria con individuazione delle proprietà immobiliari e dei riferimenti catastali; 2) tabella di ripartizione millesimale invio del testo aggiuntivo al valutatore di I istanza	2.535,00	100%
C92	SSD Pronto Soccorso Ospedale Maggiore e Gestione Delle Urgenze Territoriali	Processi di riorganizzazione	Rispondere ai grandi eventi e alle grandi emergenze Presenza del personale della SSD durante gli eventi per le ore necessarie al loro svolgimento Responsabile attività: dott.ssa Barbara Brajnik	Partecipazione ad almeno un grande evento cittadino/emergenza maggiore	5.050,00	100%
C93	Struttura Complessa (UCO) Radiologia Diagnostica ed Interventistica OC	Sviluppo percorsi assistenziali	Mantenimento delle attività in risonanza magnetica Nell'ottobre del 2017 è stata installata la nuova apparecchiatura di Risonanza Magnetica 3T per effettuare indagini a maggior complessità in affiancamento alla già presente apparecchiatura di Risonanza Magnetica 1,5T. Il progetto proposto ha l'obiettivo di garantire l'utilizzo della nuova apparecchiatura di RM 3 T per almeno 1 turno di attività /die dal lunedì al venerdì, garantendo le prestazioni diagnostiche richieste dalle strutture ospedaliere e territoriali. Responsabile del progetto: Coordinatore Tecnico, Roberto Bernich Coordinatore Tecnico: Walter Medvescek Direzione Sanitaria Soggetto Valutatore:	documentazione del n° di Risonanze Magnetiche del 2019 rispetto al 2018; Modalità di valutazione: relazione dei responsabili del progetto Durata: dal 1 gennaio / 31 dicembre 2019	25.900,00	100%
C94	Struttura Complessa (UCO) Radiologia Diagnostica ed Interventistica OC	Sviluppo percorsi assistenziali	Mantenimento dell'assistenza radiologica a garanzia dell'attività chirurgica ordinaria delle sale operatorie del complesso operatorio di Cattinara per il contenimento dei tempi di attesa per le patologie indice e strategiche non indice, nonché a copertura dell'incremento di attività della traumatologia ortopedica. Il progetto ha la finalità di garantire gli interventi chirurgici programmati senza interferire nella programmazione della SC Radiologia. Responsabile del progetto: RTD e Coord Tecnici	1) Report attività chirurgica con evidenza della richiesta di assistenza radiologica oltre le tre presenze standard; 2) Documentazione n° di ore di presenza del TSRM in sala operatoria 3) Numero totale di prestazioni in sala operatoria Modalità di valutazione: relazione dei responsabili del progetto Durata: dal 18 febbraio al 31 dicembre 2019	35.002,00	100%
C95	Struttura Complessa (UCO) Medicina Nucleare	Sviluppo percorsi assistenziali	Mantenimento attività scintigrafica durante la formazione in TC PET. Nel corso del 2019 è prevista la messa in funzione della TC PET; i TSRM già da marzo 2019 affrontano il periodo di formazione in commando finalizzato presso altra sede.	Mantenimento del 95% dell'attività scintigrafica nei mesi di formazione in TC PET da giugno a dicembre 2019. Report del RTD	7.992,00	100%

COD.	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	BUDGET	% raggiungimento obiettivo
C96	SC Gestione Prestazioni Sanitarie e progettazione attività socio sanitarie - CUP	4 f) DGR 323 1.3.19 Processo di riorganizzazione e/o accorpamento anche interaziendali	Unificazione tra La Casa di Cura SALUS e La Casa di Cura Pineta del Carso - Unificazione ASUGI- Garantire la configurazione delle nuove agende di prenotazione dedicate entro il 9 dicembre 2019 e garantire il prima possibile lo spostamento degli appuntamenti.	entro il 9 dicembre relazione con relativa documentazione della nuova configurazione delle agende di prenotazione della Casa di Cura Pineta del Carso presso la Casa di Cura Salus.-- entro il 20 dicembre relazione con relativa documentazione dell'avvenuto spostamento di tutti gli appuntamenti presso la nuova struttura Casa di Cura Salus.	2.880,00	100%
C97	SC Pneumologia	4 f) DGR 323 1.3.19 Contenimento dei tempi di attesa	Mantenimento dell'attività ambulatoriale pneumologica (visite pneumologiche e controlli specialistici pneumologici) ”	1. incremento agenda CUP per l'esecuzione di 2 visite specialistiche aggiuntive a settimana (giovedì mattina Cattinara e venerdì mattina Maggiore) 2. inserimento di 5 posti/settimana nell'agenda dedicata ai controlli specialistici per pazienti esterni (gestione esclusiva da parte SC Pneumologia) 3. inserimento di 3 posti/settimana nell'agenda dedicata ai controlli su pazienti interni chirurgici (Gestione interna da parte di SC Pneumologia) 4. Mantenimento/incremento del numero di visite e controlli nel 2019 rispetto al 2018 + o – 10%	7.400,00	100%
C98	SSD Formazione Ricerca Ultrasonografia vascolare - DAI Medicina	4 f) DGR 323 1.3.19 Contenimento dei tempi di attesa	Garantire la presenza del personale di supporto (OSS) durante gli esami diagnostici ECD della SSD F&R nelle sedute previste dal progetto (M26 Accordo dd. 05.07.2019 dirigenza medica)	Garantire la presenza del personale OSS nelle sedute diagnostiche pomeridiane, effettuate oltre la programmazione ordinaria e dopo le ore 14, oltre l'85% Durata: dal 26 agosto 2019 al 31 dicembre 2019	1.458,00	100%
C99	SC Ortopedia e Traumatologia	4 f) DGR 323 1.3.19 Contenimento dei tempi di attesa	Supportare l'attività assistenziale propedeutica all'incremento dell'attività chirurgica nella presa in carico perioperatoria del paziente con frattura di femore e con traumatologia	Garantire l'attività assistenziale e di supporto nel paziente con frattura di femore e con traumatologia a fronte di un incremento degli interventi della SC Ortopedia e Traumatologia rispetto all'anno 2018 pari o superiore al 5%. Durata: Gennaio - dicembre 2019	20.380,00	100%
C100	SS.CC. Clinica Otorinolaringoiatria e Chirurgia Vascolare	4 f) DGR 323 1.3.19 Contenimento dei tempi di attesa	Supportare l'attività assistenziale propedeutica all'incremento dell'attività chirurgica nella presa in carico perioperatoria dei pazienti sottoposti a interventi chirurgici di otorinolaringoiatria e chirurgia vascolare.	Garantire l'attività assistenziale e di supporto ai pazienti di otorinolaringoiatria e chirurgia vascolare, a fronte di un incremento degli interventi chirurgici rispetto all'anno 2018 pari o superiore al 8%.	12.930,00	100%
C101	Unità Dipartimentale di Day Surgery - SC Clinica Oculistica	5 f) DGR 323 1.3.19 Contenimento dei tempi di attesa	Supportare l'attività assistenziale propedeutica all'incremento dell'attività chirurgica nella presa in carico perioperatoria dei pazienti sottoposti a interventi chirurgici dell'Unità di Day Surgery - Clinica Oculistica.	Garantire l'attività assistenziale e di supporto ai pazienti di day surgery - oculistica a fronte di un incremento degli interventi chirurgici rispetto all'anno 2018 pari o superiore al 8%.	16.870,00	100%
C101	Dipartimento Salute Mentale -	4 d) DGR 323 1.3.19 Percorsi di riabilitazione	Progetto sperimentale di riqualificazione urbana e cura del verde, all'interno di un rapporto di collaborazione tra il DSM e il Comune di Muggia - Borgo San Sergio.	n. 10 percorsi formativi per persone afferenti ai Servizi – attraverso lo strumento della “borsa lavoro” – finalizzati a sviluppare capacità e abilità nella manutenzione di piccoli arredi urbani, nella cura del verde, nella riqualificazione di aree pubbliche	1.350,00	non redicontato
C102	SC della Area tecnico Amministrativa - SS.CC. Gestione del personale, Approvvigionamenti e Gestione Servizi, Farmacia, Controllo gestione, Economico Finanziaria, Affari Generali, Manutenzione e sviluppo del patrimonio	4 a) DGR 323 1.3.19 Processo di riorganizzazione e/o accorpamento anche interaziendali	LR 27/18. Unificazione AAS2 - ASUITS. Garantire la continuità delle funzioni di gestione delle rispettive strutture nell'integrazione con AAS 2.	Partecipazione alle attività di predisposizione degli atti preparatori per garantire la continuità della gestione delle funzioni delle rispettive strutture perseguendo l'obiettivo di unificazione delle medesime alla data del 1/1/2020. Produzione di report finale	20.856,00	100%
C103	S.C. Informatica e Telecomunicazioni	4 a) DGR 323 1.3.19 Processo di riorganizzazione e/o accorpamento anche interaziendali.	rinnovamento e ampliamento infrastruttura IT propedeutico all'erogazione di servizi in area ASUGI con minimo disservizio ai reparti; analisi e progetto configurazioni applicative atte alla continuità di servizio durante e dopo la riorganizzazione e l'accorpamento interaziendale	Rinnovamento tecnologico ed ampliamento dell'infrastruttura di virtualizzazione server e di segmentazione e sicurezza perimetrale, propedeutico all'erogazione di servizi IT in ambito ASUGI e finanziato nell'anno in corso con specifico stanziamento regionale per la sicurezza: Le attività provocano fermi bloccanti di tutti i servizi IT e verranno organizzate in modo da minimizzare al massimo il disservizio all'utenza ed eseguite in straordinario. analisi e progetto delle configurazioni necessarie a garantire l'utilizzo efficace degli applicativi per decreti e protocollo nonché, secondo le regole dettate da Regione e Insiel, di tutti gli applicati amministrativi e sanitari con riordino dei permessi di accesso.	6.980,00	100%
C104	Direzione Sanitaria	4 a) DGR 323 1.3.19 Processo di riorganizzazione e/o accorpamento anche interaziendali.	Governo delle politiche e delle attività dei Corsi di Laurea di pertinenza (Tecnica di Laboratorio - Radiologia Medica per Immagini RM - Igieneista Dentale - Fisioterapia - Logopedia - Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica)	Effettuazione di almeno sei incontri nei mesi di novembre e dicembre 2019, tra Referenti Aziendali dei CdL, RAFT, Direzione del Personale, Direzione Sanitaria. Rimodulazione delle nuove politiche e dei rapporti tra ASUITs e i CdL. Produzione da parte dei referenti di un protocollo operativo che dettagli le attività, gli obiettivi e i contenuti di cui sopra.	1.850,00	100%
C105	Direzione Strategica - ufficio di segreteria	5 a) DGR 323 1.3.19 Processo di riorganizzazione e/o accorpamento anche interaziendali.	Supportare le attività amministrative direzionali per la definizione dell'atto aziendale e dei sistemi informativi	Garantire il supporto amministrativo nella programmazione e convocazione di almeno 25 incontri dei gruppi di lavoro	930,00	100%
C41 (int.)	GESTIONE DEL PERSONALE	4 a) DGR 323 1.3.19 Processo di riorganizzazione e/o accorpamento anche interaziendali	Omogeneizzazione delle codifiche regionali del nuovo sistema informativo della gestione del Personale	Produzione delle tabelle giuridico economiche propedeutiche all'introduzione dei nuovi sistemi informativi regionali della gestione del Personale e confronto con le aziende del SSR - definizione delle codifiche (gruppo di lavoro regionale) - report tabelle - entro 30.09.19	740,00	100%



# 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: EUGENIO POSSAMAI

CODICE FISCALE: PSSGNE59M27C957L

DATA FIRMA: 17/07/2020 12:00:08

IMPRONTA: 4F2404351F2F3B392374E3478BEE50E204EC2319DDACF9AFCF3E4D863C0F1A16  
04EC2319DDACF9AFCF3E4D863C0F1A160FAB03464C924C1FC1DA41A4C98CD81A  
0FAB03464C924C1FC1DA41A4C98CD81A078F598455D1BC854AD3FA4282B8F628  
078F598455D1BC854AD3FA4282B8F62853311CB080F9F731C5ADC810355A4CBA

NOME: ADELE MAGGIORE

CODICE FISCALE: MGGDLA54D55B428P

DATA FIRMA: 17/07/2020 12:05:02

IMPRONTA: 0316A2E6EE6FAD510CF58D25C75D7F5ABA2DBC05FCF60C8009E6DEF00B84E0D7  
BA2DBC05FCF60C8009E6DEF00B84E0D7720BE794197BE84B22A15A74DEEF2ADA  
720BE794197BE84B22A15A74DEEF2ADA8350C5BD53B16E6B65CB4FC2DBBBE947  
8350C5BD53B16E6B65CB4FC2DBBBE947C745B6034C68D2E5FBA7F22BA554095C

NOME: MARIA-CHIARA CORTI

CODICE FISCALE: CRTMCH60H68H223I

DATA FIRMA: 17/07/2020 12:17:08

IMPRONTA: BB544DFCB0D8AC234BB769177A3F4EA89F5FD7E9BAA2147ABA250038E6B5E9A5  
9F5FD7E9BAA2147ABA250038E6B5E9A590FB73BE48551824C531236C364D593C  
90FB73BE48551824C531236C364D593CC9C7B8ECB686E51FBA4CEC5D30A31484  
C9C7B8ECB686E51FBA4CEC5D30A31484D98B18F60939C5D570F70A756E515B61

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	Budget obiettivo	% raggiungimento obiettivo
M1	S.S. Cure Ambulatoriali e Domiciliari - Distretto 1	Miglioramento delle coperture vaccinali dell'infanzia : esavalente e MMR ( 1a e 2a dose) , punto 3.1.15 delle Linee annuali di gestione del Servizio Sanitario e Socio Sanitario di cui alla DGR n. 2514/2018	garantire le sedute vaccinali fascia 0-6 anni nelle sede del Distretto n.1	mantenimento delle sedute vaccinali fascia 0-6 anni in programma nel Distretto n.1	3.600,00	100%
M2	S.C. Adulti e Anziani Distretto 1	R-C	Qualità delle cure. Garantire la presa in carico. Mantenimento/incremento dell'attività ambulatoriale erogata per visite e controlli per valutazioni geriatriche.	N. visite ambulatoriali eseguite nel 2019 maggiore o uguale al 2018. Modalità di valutazione: G-WEB. Visite e controlli geriatrici registrati in S.S. Anziani e Residenze D1 - Dott. Vladimir Selmo	1.800,00	100%
M3	SS Centro Diabetologico Distretto 1	Qualità delle Cure . Contesto: Applicazione delle Linee di indirizzo per "La terapia insulinica con microinfusori ed il monitoraggio della glicemia nella Regione FVG" e delle "Linee di indirizzo regionali sulle modalità di prescrizione e gestione del monitoraggio continuo della glicemia nei pazienti diabetici ." Nota prot.n. 23314 dd .29/12/2011 Direzione Centrale Salute,Integrazione Sociosanitaria e Politiche Sociali DGR n 303 dd 24/2/2017 (Linee di indirizzo regionali sulle modalità di prescrizione e gestione del monitoraggio in continuo della glicemia in pazienti diabetici).	Migliorare la presa in carico delle persone con diabete in terapia insulinica attraverso l'utilizzo appropriato delle nuove tecnologie , garantendo: 1. Percorso educativo strutturato per pazienti con microinfusore attraverso incontri educazionali di gruppo 2. Prescrizione dei sistemi di monitoraggio continuo della glicemia secondo le linee di indirizzo regionali (DRG n.303 dd 24/02/2017) con adeguata istruzione dei pazienti all'uso e all'interpretazione dei dati del monitoraggio continuo della glicemia e programmazione di controlli secondo linee di indirizzo regionali	Al 31 dicembre 2019 : 1a.Effettuazione di almeno 1 corso educazionale di gruppo rivolto a persone prossime all'applicazione del microinfusore o già utilizzatrici di microinfusore 2a.Prescrizione dei sistemi di monitoraggio continuo della glicemia secondo Linee di indirizzo regionali effettuata con compilazione di Piano Terapeutico redatto su modulo regionale e registrato in cartella informatizzata Myster. 2b. monitoraggio a 3-6 e 12 mesi dei pazienti posti in trattamento con CGM o flash monitoring con raccolta dati relativi al controllo glicemico, loro analisi e redazione di report finale.	2.400,00	100%
M4	RSA San Giusto. Distretto 2	Qualità delle cure: assicurare i turni di presenza in RSA San Giusto durante i periodi di assenza e ferie dei medici della struttura	Assicurare la presenza medica presso la RSA San Giusto nei periodi di assenza e ferie dei medici della struttura	Indicatori: Assicurare la presenza di un Medico presso la RSA San Giusto per l'accoglimento dei nuovi arrivi e le dimissioni con turni di 4h presso la RSA San Giusto dal 01/01/2019 al 31/12/2019. Modalità di valutazione: SSD ( timbratura con codice specifico)	14.400,00	100%
M5	D2	Contenimento Liste d'attesa	nel marzo 2018 è stato avviato a Trieste il Servizio Salute Mentale Giovani che include al suo interno anche un Centro Diurno Adolescenti. Attività in eccedenza oraria permetteranno di far fronte adeguatamente a tutte le nuove domande di aiuto con una valutazione tempestiva ed approfondita di tutti i soggetti help-seekers che abbiano tra i 15 ed i 25 anni. Garantire una valutazione tempestiva ed approfondita a tutti i soggetti help-seekers della fascia d'età 15-25 anni che si rivolgono alla SCBAdoF/2 e che siano disponibili e consenzienti ad effettuare approfondimenti valutativi dopo la prima fase di accoglienza al servizio (apertura cartella clinica). La domanda può essere autodiretta o eterodiretta (famiglia).	Tutti i soggetti help seekers come da attività ricevono una valutazione approfondita con almeno tre colloqui. Modalità di valutazione: colloqui/visite inseriti nei sistemi G2 e CCFF. Registrazione in cartella clinica	1.800,00	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	Budget obiettivo	% raggiungimento obiettivo
M6	SSD Gestione rete cure palliative Distretto 2	Qualità delle cure: assicurare presenza Medica anche durante i periodi di assenza e ferie dei medici della struttura	Maggior disponibilità oraria per assicurare l'attività clinico assistenziale anche nei periodi di assenza e ferie dei medici della struttura	Indicatori: Assicurare la presenza di un Medico dal lunedì al venerdì per l'assistenza clinica di competenza della SSD Gestione Rete Cure Palliative dal 01/01/2019 al 31/12/2019. Modalità di valutazione: SSD ( timbratura con codice specifico)	14.400,00	100%
M7	SS Centro Diabetologico Distretto 2	Qualità delle Cure . Contesto: Applicazione delle Linee di indirizzo per "La terapia insulinica con microinfusori ed il monitoraggio della glicemia nella Regione FVG" e delle "Linee di indirizzo regionali sulle modalità di prescrizione e gestione del monitoraggio continuo della glicemia nei pazienti diabetici ." Nota prot.n. 23314 dd .29/12/2011 Direzione Centrale Salute,Integrazione Sociosanitaria e Politiche Sociali DGR n 303 dd 24/2/2017 (Linee di indirizzo regionali sulle modalità di prescrizione e gestione del monitoraggio in continuo della glicemia in pazienti diabetici).	Migliorare la presa in carico delle persone con diabete in terapia insulinica attraverso l'utilizzo appropriato delle nuove tecnologie , garantendo: 1. Percorso educativo strutturato per pazienti con microinfusore attraverso incontri educazionali di gruppo 2. Prescrizione dei sistemi di monitoraggio continuo della glicemia secondo le linee di indirizzo regionali (DRG n.303 dd 24/02/2017) con adeguata istruzione dei pazienti all'uso e all'interpretazione dei dati del monitoraggio continuo della glicemia e programmazione di controlli secondo linee di indirizzo regionali	Al 31 dicembre 2019 : 1a.Effettuazione di almeno 1 corso educativo di gruppo rivolto a persone prossime all'applicazione del microinfusore o già utilizzatrici di microinfusore 2a.Prescrizione dei sistemi di monitoraggio continuo della glicemia secondo Linee di indirizzo regionali effettuata con compilazione di Piano Terapeutico redatto su modulo regionale e registrato in cartella informatizzata Myster. 2b. monitoraggio a 3-6 e 12 mesi dei pazienti posti in trattamento con CGM o flash monitoring con raccolta dati relativi al controllo glicemico, loro analisi e redazione di report finale.	2.400,00	100%
M8	D3 S.S. Cure Ambulatoriali e Domiciliari/S.C. Adulti Anziani	Integrazione ospedale/territorio e sviluppo percorsi assistenziali	Effettuazione di prime viste e controlli (codici 89.07.00 e 89.01.00) presso il Servizio Diabetologico operante all'interno del Distretto 3 . Contribuire al mantenimento dei tempi di attesa per visite e controlli presso Servizio Diabetologico D3.	Almeno 80 visite diabetologiche. Referto clinico su cartella informatizzata MyStar e G2.	2.400,00	100%
M9	D3 S.C. Tutela Salute Adulti e Anziani	Integrazione ospedale/territorio e sviluppo percorsi assistenziali	Pronta risposta per problematiche chirurgiche dei pazienti complessi seguiti presso il Centro Sanitario Distretto 3 che necessitano di approfondimento e rapida risoluzione. Evitare ricoveri inappropriati e rivalutazione chirurgica ospedaliera.	Valutazione medica in almeno il 90% dei casi chirurgici complessi identificati dall'ambulatorio infermieristico Distretto 3. Relazione attività.	1.920,00	100%
M10	D3 S.C. Bambini Adolescenti donne e Famiglie	Miglioramento delle coperture vaccinali dell'infanzia : esavalente e MMR ( 1a e 2a dose) , punto 3.1.15 delle Linee annuali di gestione del Servizio Sanitario e Socio Sanitario di cui alla DGR n. 2514/2018	garantire le sedute vaccinali fascia 0-6 anni nelle sede del Distretto n.3	mantenimento delle sedute vaccinali fascia 0-6 anni in programma nel Distretto n.3	4.800,00	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	Budget obiettivo	% raggiungimento obiettivo
M11	S.S. Cure Ambulatoriali e Domiciliari 4° Distretto ASUITS	3.2.1.2. Attività distrettuali a supporto delle cure di lungo termine (garantire alla popolazione afferente al centro diabetologico del distretto 4 una prima valutazione in caso di urgenze diabetologiche, in assenza dello specialista, e la collaborazione con la S.S. Anziani e Residenze per le visite geriatriche domiciliari)	Valutazione, nel periodo di assenza dello specialista, degli assistiti afferenti al Centro Diabetologico del 4° Distretto con urgenze diabetologiche. Effettuazione di visite geriatriche domiciliari o residenziali richieste dall'Ufficio Invalidi Civili dell'ASUITS, dai Medici di Medicina Generale o dal responsabile della S.S. Anziani e Residenze del Distretto 4.	Dal 1/1/2019 al 31.12.2019 effettuate 45 valutazioni o visite. Documentazione conservata presso la S.S. Cure Ambulatoriali e Domiciliari 4° Distretto ASUITS.	1.800,00	100%
M12	SS Anziani e Residenze Distretto 4. SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari Distretto 4.	Qualità delle Cure.	1. Verifica degli ambulatori degli MMG per i requisiti previsti dall'A.I.R. 2016-2018, utilizzando una check list condivisa, al fine di attivare ed autorizzare le nuove forme associative (MGI) afferenti al Distretto 4 e autorizzate dalla Direzione Centrale Salute della Regione FVG. 2. Verifica degli ambulatori degli MMG delle MGI già autorizzate afferenti al Distretto 4, secondo le modalità individuate in Coordinamento Distretti, al fine del rilascio da parte del Direttore di Distretto della dichiarazione dell'avvenuta effettuazione delle funzioni assegnate.	1. Verifica dei requisiti previsti dall'A.I.R. 2016-2018 di tutti gli ambulatori di MMG utilizzando la check list condivisa. 2. Verifica degli ambulatori di MMG, secondo le modalità individuate in Coordinamento Distretti, per tutte le MGI autorizzate.	4.200,00	72%
M13	SS Centro Diabetologico Distretto 4	Qualità delle Cure . Contesto: Applicazione delle Linee di indirizzo per "La terapia insulinica con microinfusori ed il monitoraggio della glicemia nella Regione FVG" e delle "Linee di indirizzo regionali sulle modalità di prescrizione e gestione del monitoraggio continuo della glicemia nei pazienti diabetici ." Nota prot.n. 23314 dd .29/12/2011 Direzione Centrale Salute,Integrazione Sociosanitaria e Politiche Sociali DGR n 303 dd 24/2/2017 (Linee di indirizzo regionali sulle modalità di prescrizione e gestione del monitoraggio in continuo della glicemia in pazienti diabetici).	Migliorare la presa in carico delle persone con diabete in terapia insulinica attraverso l'utilizzo appropriato delle nuove tecnologie , garantendo: 1. Percorso educativo strutturato per pazienti con microinfusore attraverso incontri educazionali di gruppo 2. Prescrizione dei sistemi di monitoraggio continuo della glicemia secondo le linee di indirizzo regionali (DRG n.303 dd 24/02/2017) con adeguata istruzione dei pazienti all'uso e all'interpretazione dei dati del monitoraggio continuo della glicemia e programmazione di controlli secondo linee di indirizzo regionali	Al 31 dicembre 2019 : 1a.Effettuazione di almeno 1 corso educativo di gruppo rivolto a persone prossime all'applicazione del microinfusore o già utilizzatrici di microinfusore 2a.Prescrizione dei sistemi di monitoraggio continuo della glicemia secondo Linee di indirizzo regionali effettuata con compilazione di Piano Terapeutico redatto su modulo regionale e registrato in cartella informatizzata Myster. 2b. monitoraggio a 3-6 e 12 mesi dei pazienti posti in trattamento con CGM o flash monitoring con raccolta dati relativi al controllo glicemico, loro analisi e redazione di report finale.	2.400,00	100%
M14	Distretto Sanitario N° 4 SSD Riabilitazione Adulto	3.2.2.2.4 Dopo di noi	Al fine di garantire gli interventi previsti dalla Legge n. 112 del 22 giugno 2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare", per l'anno 2019 le Aziende titolari dei servizi in delega per la disabilità, provvedono a collaborare attivamente al monitoraggio dei percorsi avviati, relativi all'abitare inclusivo, e alla progettazione degli interventi a valere sui finanziamenti del Fondo 2018. Elenco e valutazione dei casi in carico al servizio con disabilità grave prive del sostegno familiare con futura possibile necessità di accoglienza in struttura sul breve, medio e lungo termine. Risultato atteso: elenco con tipologia di disabilità , situazione familiare, bisogno di accoglimento a breve, medio e lungo termine, ipotetica struttura di accoglienza. PRI aggiornato in cartella per gli aspetti socio assistenziali e bisogni relativi all'abitare inclusivo.	tutti i casi in carico sono seguiti come da azione.	2.400,00	100%



CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	Budget obiettivo	% raggiungimento obiettivo
M15	SO Dipartimento delle Dipendenze	Obiettivo aziendale	Garantire le prestazioni mediche previste nei percorsi accertativi di tipo medico-legale presso le due SC del Dipartimento (SCDSI e SCDSL). <i>Responsabili: Roberta Balestra e Rosanna Ciarfeo Purich</i>	Assicurare il 100% delle valutazioni alle persone che si presentano presso i Poli Accertativi del DDD  <i>Periodo 01/01/2019-31/12/2019</i>	26.520,00	100%
M16	DDD - Centro malattie a trasmissione sessuale (CMST)	Obiettivo regionale d) "interventi socio-sanitari"	Garantire gli interventi di sanità pubblica previsti dalle linee di indirizzo regionali in tema di migranti, stilate in sinergia con la Prefettura e gli organismi del privato sociale incaricati.  Attività svolte in collaborazione con i medici del Dipartimento di Prevenzione, con i MMG e con i servizi deputati all'accoglienza dei migranti (ICS e Caritas)  <i>Responsabile: Colli</i>	Al 100% dei migranti inviati al CMST da parte del DIP, dei MMG e dei servizi deputati all'accoglienza dei migranti (ICS e Caritas) viene assicurata la valutazione dermatologica in caso di sospetto di scabbia  Modalità di valutazione: registrazione delle visite presso il centro di malattie a trasmissione sessuale <i>Periodo: 01/01/2019-31/12/2019</i>	2.400,00	100%
M17	SO Dipartimento di Salute Mentale	Processi di riorganizzazione Qualità delle cure	a) Attività ambulatoriale distrettuale per persone con disturbo mentale comune inviate da distretti e MMG. b) Attività di visita e valutazione di persone dell'area della disabilità con problematiche comportamentali e/o disturbi dello spettro autistico in età adulta	n. visite ambulatoriali presso sede distrettuale. Risposta al 100% delle richieste pervenute tramite CUP e/o contatto tra Distretto e CSM	23.100,00	100%
M18	SO Dipartimento di Salute Mentale	Processi di riorganizzazione	Garantire le consulenze e presa in carico di persone con disturbo mentale severo da parte dei CSM presso la casa circondariale adeguato all'aumento della domanda segnalata dalla Casa Circondariale.	n. visite presso Casa Circondariale. Risposta al 100% delle richieste pervenute al DSM	12.600,00	100%
M19	Dipartimento assistenza territoriale/ SC Gestione Prestazioni Sanitarie e progettazione ed Attività Sociosanitarie	Tempi di attesa	Revisione, aggiornamento e diffusione del piano dei tempi di attesa secondo le indicazioni del nuovo piano triennale dei tempi di attesa regionale (Piano nazionale gestione liste di attesa PNLG 2019-2021)	Predisposizione, aggiornamento e diffusione delle procedure entro il 31.12.2019	9.600,00	100%
M20	SSD Pronto Soccorso Ospedale Maggiore e Gestione Delle Urgenze Territoriali	Processi di riorganizzazione	Rispondere ai grandi eventi e alle grandi emergenze Presenza del medico durante gli eventi per le ore necessarie al loro svolgimento  Responsabile progettuale: Direttore di SSD Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento	Partecipazione ad un numero di grandi eventi/emergenze maggiore o uguale a 3	12.000,00	100%
M21	SSD Anestesia e Rianimazione in ambito cardiovascolare	Hub & Spoke	Consolidamento del ruolo di ospedale HUB settore cardiovascolare Attività anestesiológica in sala di elettrofisiologia ed emodinamica per garantire procedure di TAVI trans femorale, Mitraclip, chiusura di PFO, ablazioni atriali e ventricolari  Responsabile progettuale: Direttore di SSD Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento	garanzia del supporto anestesiológico alle sedute programmate	33.000,00	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	Budget obiettivo	% raggiungimento obiettivo
M22	SSD Anestesia e Rianimazione in ambito cardiovascolare SC Cardiocirurgia	Qualità delle Cure .	Consolidamento del ruolo di ospedale HUB nel settore cardiovascolare PDTA nel paziente con grave insufficienza d'organo (filiera cuore regione FVG) Donazione d'organo (Categorie DCD Maastrich II e IV) Supporto specialistico di competenza anestesiológica/rianimatoria nell'iter clinico del paziente con ECMO VV e VA garantendo la presenza dello specialista fuori dal normale orario di servizio  Responsabile progettuale: Direttore di SSD Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento Emergenza Urgenza ed Accettazione	garanzia del supporto anestesiológico/rianimatorio per le prestazioni richieste	18.000,00	0%
M23	SC Anestesia e Rianimazione, SC (UCO) Anestesia Rianimazione e Terapia antalgica	Tempi d'attesa	A fronte di una carenza di dotazione organica pari a n. 6 anestesisti e vista l'implementazione in atto di 2 sedute/giorno nel CO di Cattinara, si rende necessario attivare un progetto RAR con i seguenti obiettivi: 1) stabilizzazione dell'incremento attivato nel IV trimestre 2018; 2) stabilizzazione incremento dell'attività oculistica attivata a gennaio 2018; 3) mantenimento sedute ospedale Maggiore  Responsabile progettuale: Direttore di Dipartimento Valutatore di prima istanza: Direttore DAO	1) Nel Complesso Operatorio di Cattinara: - dal 01/01/2019 al 02/06/2019: erogazione di una media di 56,5 sedute ordinarie alla settimana (liq.ne agosto 2019); - dal 03/06/2019 al 04/08/2019: erogazione di una media di 46,5 sedute ordinarie alla settimana (liq.ne sett.ott. 2019); nel periodo dal 5 agosto al 25 agosto: erogazione di una media di 41 sedute alla settimana (liq.ne ottobre 2019); nel periodo dal 26 agosto al 4 ottobre: erogazione di una media di 46,5 sedute alla settimana (liq.ne nov. 2019); nel periodo dal 5 ottobre al 31 dicembre: erogazione di una media di 56,5 sedute ordinarie alla settimana (liq.ne febr. 2020) 2) 3 sedute al mese dedicate alla chirurgia delle cataratte, sull'intero anno 2019 (liq.ne mod.tà trat. accessorio); 3) Nelle sale operatorie del Maggiore: erogazione di una media di 16 sedute ordinarie alla settimana, calcolata sul trimestre. Periodo temporale: dall'1.1.2019 al 30.09.2019	533.520,00	100%
M24	SC (UCO) Clinica di Chirurgia Vascolare	Qualità delle Cure .	Assicurare il fabbisogno di prestazioni specialistiche nelle sedi distrettuali  Responsabile progettuale: Direttore di SC Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento	Mantenimento dell'offerta e copertura dei turni di attività ambulatoriale nelle sedi distrettuali, secondo modalità già condivise negli accordi e nei protocolli operativi Modalità di valutazione: Report su agende interne, resoconto attività ambulatoriale registro g2, relazione finale sulle ore svolte.	5.400,00	100%
M25	SC Cardiovascolare e Medicina dello sport	Tempi d'attesa	Contenimento tempi di attesa richieste di visite/controlli cardiologici della medicina generale con turni aggiuntivi per un massimo di 30 ore/medico. Preparazione dei nuovi Piani Terapeutici e dei rinnovi annuali degli anticoagulanti diretti, PCSK9 antagonisti, sacubitril-valsartan, dei pazienti in carico al CCV (circa 800-1000) tramite questionario ed esami predisposto dalla Medicina Generale o dall'Ambulatorio infermieristico senza gravare sulle agende visita D.  Responsabile progettuale: Direttore di SC Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento	Numero rinnovi Piani Terapeutici registrati in cardionet 2019 >= 2018	16.200,00	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	Budget obiettivo	% raggiungimento obiettivo
M26	SSD Formazione e Ricerca in Ultrasonografia Vascolare (già CIEU)	Tempi d'attesa	<p>Mantenimento dei tempi d'attesa nei limiti prescritti dalla Regione FVG per l'erogazione delle indagini ECD, con particolare ma non esclusivo riferimento al distretto TSA, in caso di picco di domanda nella tempistica: B – D – P, a fronte del mantenimento dell'offerta di prestazioni ordinaria come da mandato di budget.</p> <p>Offerta di una quota di prestazioni aggiuntive proporzionale alla quota ordinaria offerta dalla SSD F&amp;R-UV, calcolata quale frazione dell'offerta erogata da tutti gli ambulatori convenzionati di ASUITS. La quota aggiuntiva dovrà essere richiesta dalla Direzione Sanitaria alla Direzione della SSD F&amp;R-UV laddove si configuri il superamento del valore limite dei tempi d'attesa regionali.</p> <p>Responsabile progettuale: Direttore di SSD Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento</p>	<p>Erogazione della quota di ore richieste dal CUP Riduzione del tempo di attesa per la specifica prestazione</p> <p>Quota massima di ore aggiuntive settimanali che possono essere offerte: 6. Ogni ora aggiuntiva prevede l'erogazione di due prestazioni.</p>	12.000,00	100%
M27	SC (UCO) Medicina Clinica	Tempi d'attesa	<p>Mantenimento dell'attività ambulatoriale nelle strutture di Endocrinologia e Reumatologia</p> <p>Responsabile progettuale: Direttore di SC Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento</p>	Mantenimento del volume di prestazioni endocrinologiche e reumatologiche (prime visite e controlli) rispetto al 2018 (+/- 5%)	150.000,00	100%
M28	SC Ematologia	Qualità delle cure.	<p>Necessità di assicurare la continuità assistenziale in degenza e in regime ambulatoriale - presso il presidio ospedaliero Maggiore in condizioni di carenza di personale</p> <p>Responsabile progettuale: Direttore DAO Valutatore di prima istanza: Direttore Sanitario</p>	<p>Copertura del servizio con attività aggiuntiva: 576 ore/anno Mantenimento dell'attività assistenziale in degenza e in regime ambulatoriale rispetto all'anno 2018</p>	34.560,00	100%
M29	SC Oncologia	Qualità delle cure.	<p>Necessità di assicurare la continuità assistenziale in degenza e in regime ambulatoriale - presso il presidio ospedaliero Maggiore in condizioni di carenza di personale</p> <p>Responsabile progettuale: Direttore DAO Valutatore di prima istanza: Direttore Sanitario</p>	<p>Copertura del servizio con attività aggiuntiva: 576 ore/anno Mantenimento dell'attività assistenziale in degenza e in regime ambulatoriale rispetto all'anno 2018</p>	34.560,00	100%
M30	SC Geriatria	Qualità delle cure.	<p>Necessità di assicurare la continuità assistenziale in degenza e in regime ambulatoriale - presso il presidio ospedaliero Maggiore in condizioni di carenza di personale</p> <p>Responsabile progettuale: Direttore DAO Valutatore di prima istanza: Direttore Sanitario</p>	<p>Copertura del servizio con attività aggiuntiva: 576 ore/anno Mantenimento dell'attività assistenziale in degenza e in regime ambulatoriale rispetto all'anno 2018</p>	34.560,00	50%
M31	SC Malattie Infettive	Qualità delle cure.	<p>Necessità di assicurare la continuità assistenziale in degenza e in regime ambulatoriale - presso il presidio ospedaliero Maggiore in condizioni di carenza di personale</p> <p>Responsabile progettuale: Direttore DAO Valutatore di prima istanza: Direttore Sanitario</p>	<p>Copertura del servizio con attività aggiuntiva: 1248 ore/anno Mantenimento dell'attività assistenziale in degenza e in regime ambulatoriale rispetto all'anno 2018</p>	74.880,00	100%
M32	SC Nefrologia e Dialisi	Qualità delle cure.	<p>Insufficienze d'organo e trapianti; rene. Prosecuzione dell'attività dell' Ambulatorio dedicato ai pazienti con Rene Policistico Autosomico Dominante: iniziale selezione dei pazienti candidati alla terapia con Tolvaptan, esecuzione della terapia e relativo monitoraggio come da protocollo AIFA.</p> <p>Responsabile progettuale: Direttore di SC Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento</p>	Attivazione della distribuzione centralizzata del farmaco . Registrazione di tutti i dati previsti nel protocollo AIFA. Relazione sull'attività svolta	12.000,00	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	Budget obiettivo	% raggiungimento obiettivo
M33	SC Nefrologia e Dialisi	Qualità delle cure.	Insufficienze d'organo e trapianti; rene. In condizioni di carenza di organico (uscita Direttore di SC e recente pensionamento 1 unità), mantenimento dei volumi di attività Chirurgica Nefrologica necessari ai pazienti incidenti e prevalenti; questa costituisce uno degli assi portanti del modello di sviluppo della Struttura Complessa di Nefrologia e Dialisi per la facilitazione dei percorsi del paziente.  Responsabile progettuale: Direttore di SC Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento	Formazione di un terzo nefrologo come primo operatore per l'esecuzione di accessi vascolari in Day Surgery; Esecuzione in proprio dell' 80% (+/- 5%) degli accessi vascolari e peritoneali necessari. Relazione sull'attività svolta	24.000,00	100%
M34	SC Radioterapia SC Radiologia HM	Qualità delle cure	Ottimizzazione dei piani di cura mediante fusione di immagini fra RM e TAC di centramento  Responsabile progettuale: Direttore di SC Radiologia HM Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento Diagnostica per immagini	Esecuzione di 80 RM dedicate alla fusione di immagini	10.800,00	100%
M35	SC (UCO) CI Dermatologica	Tempi d'attesa	Mantenimento dell'attività ambulatoriale - prime visite per esterni (priorità U, B)  Responsabile progettuale: Direttore di SC Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento	mantenimento volume prestazioni ambulatoriali - prime visite priorità U, B - erogate nel 2018 (+/-5%); dall'1.5.2019	25.500,00	0%
M36	SC Malattie Infettive	Sviluppo di percorsi assistenziali	Rischio clinico - Antibiotic Stewardship Implementare le consulenze infettivologiche nelle strutture sanitarie aziendali a MMG e nelle strutture protette per favorire l'uso prudente degli antibiotici  Responsabile progettuale: Direttore di SC Valutatore di prima istanza: Direttore di DAO	Incremento di almeno il 5% del numero delle consulenze infettivologiche a MMG e nelle strutture protette (registro G2) rispetto al 2018	10.800,00	100%
M37	SC Gastroenterologia	Tempi d'attesa	- mantenere invariata l'offerta assistenziale della struttura per le visite di gastroenterologia - garantire i tempi di attesa per le visite di gastroenterologia  Responsabile progettuale: Direttore di SC Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento	Garantire i tempi di attesa per le visite di gastroenterologia (B entro 10 g, D entro 30 gg) in almeno 90% dei casi	15.000,00	0%
M38	SC (UCO) CI OrI	Tempi d'attesa	Contribuire alla riduzione delle liste di attesa per tutte le classi di prestazione  Responsabile progettuale: Direttore di SC Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento	a partire dal 14 maggio, incremento agenda CUP per l'esecuzione di 400 visite specialistiche aggiuntive rispetto all'offerta 2018	8.040,00	100%
M39	SC (UCO) CI OrI		Diagnosi e terapia tumori testa e collo I tumori maligni testa e collo sono in aumento e il fvg e' la regione a maggiore incidenza, obiettivo rar e' di investire ore/uomo per la diagnosi e la terapia chirurgica di questi tumori  Responsabile progettuale: Direttore di SC Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento	Predisposizione e invio relazione su: Esame della sopravvivenza della qualità di vita delle recidive. percorsi facilitanti per ridurre i tempi di attesa tra diagnosi istologica e inizio trattamento. Follow up nei pazienti portatori di fattori di rischio. diagnosi precoce.	6.000,00	100%
M40	SC (UCO) CI OrI SC Radioterapia SC Oncologia	Sviluppo di percorsi assistenziali	Head and neck cancer unit: approccio multiequipe al paziente oncologico (oncologia, radioterapia, chirurgia) Uniformita' alle linee guida e ai pdta nazionali e internazionali  Responsabile progettuale: Direttore di SC OrI Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento	Valutazione in multiequipe globale con presenza congiunta e simultanea di paziente, oncologi, radioterapista e chirurgo (tre ore/settimana presso uo orI); % casi discussi >=80% (autorizzati dal paziente)	24.000,00	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	Budget obiettivo	% raggiungimento obiettivo
M41	SC (UCO) Clinica di Chirurgia Maxillofacciale ed Odontostomatologica	Sviluppo di percorsi assistenziali	Fornitura protesi totali e parziali rimovibili a pazienti selezionati seguiti dal Dipartimento delle Dipendenze Responsabile progettuale: Direttore di SC Valutatore di prima istanza: Direttore DAO	Fornitura di almeno 10 manufatti protesici	3.600,00	20%
M42	SC Neurochirurgia	Tempi d'attesa	Riapertura di 1 ambulatorio divisionale neurochirurgico per visite brevi (Priorità B) per rispetto dei tempi di attesa per visite brevi previste in sede Regionale e per controlli Responsabile progettuale: Direttore di SC Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento	90% delle visite eseguite nei tempi previsti (10 gg) I trimestre 2019	19.200,00	100%
M43	SC (UCO) Anatomia e Istologia Patologica	Aziendale	Medicina necroscopica. La legge di Polizia Mortuaria impone al medico necroscopo la necessità di eseguire la visita tra le 15 e le 30 ore dal decesso. Ciò comporta la necessità di prevedere accessi anche nei giorni prefestivi e festivi. Nei Presidi ospedalieri di Asuits si contano mediamente dai 1800 ai 2000 decessi l'anno, cioè tra i 4 e i 6 decessi al giorno. Responsabile progettuale: Direttore di SC Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento	Redazione di certificati necroscopici nei 365 gg /anno. Relazione sull'attività svolta	30.000,00	100%
M44	SC (UCO) Anatomia e Istologia Patologica	Sviluppo di percorsi assistenziali	Attività agoaspirativa in collaborazione con le Radiologie La presenza del patologo alle sedute agoaspirative costituisce elemento qualificante nell'iter diagnostico delle lesioni nodulari ecograficamente sospette. Per far fronte alle necessità di prima diagnosi si necessita la programmazione di un turno aggiuntivo di 4 ore per settimana per ciascuna delle due radiologie Responsabile progettuale: Direttore di SC Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento	Numero casi inadeguati inferiore al 10% Numero casi indeterminati inferiore al 20%	24.000,00	100%
M45	SC (UCO) Anatomia e Istologia Patologica	Aziendale	Meeting multidisciplinari Partecipazione dei Patologi agli incontri per la discussione di casi clinici e il loro management Responsabile progettuale: Direttore di SC Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento	Presenza del Patologo almeno al 90% dei meeting formalmente convocati con gestione integrata e condivisa dei casi di interesse oncologico. Relazione sull'attività svolta	9.000,00	100%
M46	SC Radiologia HM SC Radiologia Diagnostica e Interventistica HC	Sviluppo percorsi assistenziali	Progetto di Radiologia Domiciliare da condurre presso Strutture Protette e RSA Responsabile progettuale: Direttore di Dipartimento Valutatore di prima istanza: Direttore di DAO	Effettuazione del 100% degli esami richiesti in regime dalle Strutture Protette e dalle RSA e loro rendicontazione	4.800,00	100%
M47	SC Radiologia HM SC Oncologia SC Gastroenterologia SC Pneumologia SC (UCO) Anatomia e Istologia Patologica 4 Distretti di ASUITS	Integrazione ospedale/territorio e sviluppo percorsi assistenziali.	Creazione di un percorso facilitato per il paziente con elevato sospetto clinico di neoplasia (lesioni epatiche sospette per secondarismi all'ecografia/lesione polmonare sospetta alla radiografia). Tale progetto, noto con l'acronimo DRIN, è stato attuato negli ultimi 3 mesi del 2017, limitatamente al Distretto 3. Nel 2018 è stato esteso a tutti i Distretti di ASUITS. Responsabile progettuale: Direttore di SC Radiologia HM Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento	Esecuzione del 100% degli esami necessari (TC/biopsie) presso S.C. Radiologia OM dopo prenotazione diretta da parte del personale dei Distretti in agende dedicate. Rendicontazione dell'attività con verifica del tempo intercorso fra prenotazione ed erogazione < 10 giorni almeno nel 90% dei pazienti.	14.040,00	0%
M48	SC Radiologia HM	Sviluppo percorsi assistenziali	La Direzione Sanitaria ha richiesto alla S.C. Radiologia OM di farsi carico dell'erogazione di esami radiologici (rx, ecografia, TC, RM) a favore della Casa Circondariale non più eseguibili presso strutture convenzionate. L'attività verrà svolta in tutto il 2019. Responsabile progettuale: Direttore di SC Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento	Effettuazione degli esami richiesti dalla Casa Circondariale e loro rendicontazione.	5.460,00	33%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	Budget obiettivo	% raggiungimento obiettivo
M49	SC Radiologia Diagnostica e Interventistica HC	Tempi di attesa	<p>mantenimento/incremento livelli di attività e/o riduzione dei tempi di attesa</p> <p>Responsabile progettuale: Direttore di SC Valutatore di prima istanza: Direttore di DAO</p>	mantenimento n.ro risonanze magnetiche rispetto al 2018	109.440,00	100%
M50	SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	Continuità assistenziale	<p>Ridurre il tempo di attesa dei pazienti e supportare l'attività dei medici del turno notturno, attraverso l'anticipazione di 30 minuti dell'entrata in servizio di due medici nel turno mattutino (8-14) e il prolungamento di un turno medico pomeridiano (14-20) fino alle ore 22.</p> <p>Responsabile progettuale: Direttore di SC Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento</p>	Evidenza dei turni effettuati con anticipazione/prolungamento della presenza in servizio come da azione	65.520,00	100%
M51	SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	Continuità assistenziale	<p>Garantire l'attività del Pronto Soccorso attraverso la copertura della turnistica del personale dirigente medico (5 medici al mattino, 5 medici al pomeriggio e 2 medici la notte - osp Cattinara e Maggiore).</p> <p>Responsabile progettuale: Direttore di SC Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento</p>	Copertura della turnistica settimanale nel periodo estivo come da azione, Dall'1.6.2019 al 30.09.2019	60.480,00	100%
M52	SC Radioterapia SC Radiologia HM		<p>Valutazione con RM dei pazienti oncologici da sottoporre a radioterapia stereotassica con tecnica SBRT e conformazione con tecnica VMAT</p> <p>Responsabile progettuale: Direttore di SC Radioterapia Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento</p>	numero RM: 65; numero trattamenti:65.	12.960,00	100%
M53	SC (UCO) Igiene e sanità pubblica	Percorsi hub & spoke - a) Processi di riorganizzazione	<p>Completare il trasferimento dell'attività della SC UCO di Igiene, dal Burlo ai nuovi locali assegnati nella sede di Cattinara, senza interrompere le attività. Attività: il personale coinvolto, attuerà un piano articolato di back up continuo.</p> <p>Risultato atteso: portare a termine le operazioni senza creare criticità all'utenza o impattare sull'efficienza dei servizi diagnostici.</p> <p>Responsabile progettuale: Direttore di SC Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento</p>	Mantenimento dell'attività anche durante le fasi di trasferimento. Evidenze estratte a campione da sistema gestionale, nel periodo del trasferimento che dimostrino l'effettiva continuità operativa. Relazione sull'attività svolta.	2.400,00	100%
M54	SC Laboratorio Analisi SC (UCO) Microbiologia e Virologia SC (UCO) Igiene e sanità pubblica	Percorsi hub & spoke - a) Processi di riorganizzazione	<p>Implementazione del modello organizzativo a matrice per migliorare la produttività e la razionalizzazione di impiego delle risorse tecniche, per equilibrare la frammentazione organizzativa imposta dalle diverse sedi operative dipartimentali e dall'alta specializzazione e specificità indotte dalle tecnologie di ultima generazione e dai sistemi gestionali sempre più complessi, specifici e dedicati. Attività: il personale coinvolto acquisirà, in orario aggiuntivo, le competenze necessarie per poter operare se necessario, su più linee analitiche, migliorando la potenzialità di impiego dinamico su più piattaforme diagnostiche, più processi e/o sedi operative.</p> <p>Responsabile progettuale: Direttore di Dipartimento Valutatore di prima istanza: Direttore di DAO</p>	Risultato atteso: garanzia di continuità del servizio anche in caso di criticità, con la realizzazione di piattaforme analitiche multidisciplinari e condivisione di risorse e tecnologie. Orari del personale a campione che evidenzino l'impiego dinamico del personale coinvolto. Relazione sull'attività svolta	9.600,00	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	Budget obiettivo	% raggiungimento obiettivo
M55	SC Laboratorio Analisi - DAI Medicina dei Servizi	Integrazione ospedale/territorio e sviluppo di percorsi assistenziali -	Realizzare una piattaforma di analisi decentrate PoCT, su tutta l'area vasta giuliano isontina, per un totale complessivo di 31 postazioni, su 5 ospedali e 4 sedi territoriali, dislocate su due provincie. Attività: il personale coinvolto, selezionato per capacità e competenze specifiche curriculari, contribuirà al rinnovo completo della piattaforma, con interventi su tecnologie, configurazione sistemi e riorganizzazione logistica, documentale e operativa.  Responsabile progettuale: Direttore di Dipartimento Valutatore di prima istanza: Direttore di DAO	Risultato atteso: piena operatività e totale connettività delle postazioni e realizzazione del Gruppo Operativo dei TSLB a supporto, gestione e manutenzione del processo. Evidenza della completa messa a regime della nuova piattaforma e relazione del responsabile progettuale.	4.800,00	100%
M56	SC (UCO) Microbiologia e Virologia	Percorsi hub &spoke	Mantenimento dei tempi di risposta delle prestazioni diagnostiche, in progressivo aumento con il LUI a partire dal 2018, in condizione di risorse assegnate insufficienti. Attività: il personale coinvolto provvederà ad adattare la turnistica, anche con orari d'ingresso differenziati e prolungamenti dell'orario giornaliero.  Responsabile progettuale: Direttore di SC Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento	Risultato atteso: aumento quantitativo delle prestazioni e mantenimento dei tempi di risposta previsti. Report dei tempi medi di risposta che evidenziano il mantenimento degli stessi (target 90%) entro il 31/12/2019.	2.400,00	100%
M57	SC Ematologia	Tempi attesa	Incremento attività ambulatorio prime visite/controlli  Responsabile progettuale: Direttore di SC Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento	n.ro prime visite e controlli 2019 >= n.ro prime visite e controlli 2018 (dall'1.5.2019)	5.760,00	100%
M58	SC Ematologia		Aggiornamento registro GITMO pazienti trapiantati e certificazione JACIE  Responsabile progettuale: Direttore di SC Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento	100% pazienti trapiantati inseriti nel registro GITMO; ottenimento della certificazione JACIE (dall'1.5.2019)	3.960,00	100%
M59	SC (UCO) CI Urologica SC Radioterapia SC Radiologia HC SC Medicina Nucleare		Gruppo uro-oncologico - predisposizione di un programma operativo del team multidisciplinare; effettuazione degli incontri  Responsabile progettuale: Direttore di SC CI Urologica Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento	presenza del programma operativo entro 30.05.2019; discussione di almeno 80 casi - dall'1.4.2019	16.380,00	100%
M60	SC Oncologia		Garantire la presenza dell'oncologo a riunioni multidisciplinari per la discussione di casi di neoplasie gastrointestinali, polmonari, urologiche, dermatologiche, cerebrali  Responsabile progettuale: Direttore di SC Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento	Presenza verbali riunioni team multidisciplinari (almeno 30 ore al mese di attività per le diverse patologie indicate)	22.500,00	60%
M61	SC (UCO) Anatomia e Istologia Patologica	Screening tumori della cervice	Da luglio 2019 verranno eseguiti presso UCO di Anatomia ed Istologia Patologica di Trieste i Pap test in fase liquida anche per l'area Isontina (stimabili in circa 5.000 casi/anno) Sarà necessaria una attività di supervisione dei casi atipici/positivi rilevati dal citotettore su questo nuovo sistema di allestimento. E' previsto un'attività di formazione per adeguare le competenze del citopatologo per evitare un eccesso di casi da inviare al secondo livello (colposcopia)  Responsabile progettuale: Direttore di SC Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento	Invio in colposcopia di non più del 5% dei casi di screening primario in fase liquida.	3.600,00	100%
M62	SC Medicina Interna	Tempi attesa	1) aumento dell'attività dell'ambulatorio di endocrinologia 2) aumento dell'attività dell'ambulatorio delle malattie metaboliche dell'osso  Responsabile progettuale: Direttore di SC Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento	1) aumentare dell' 8% il numero di visite definite brevi e differite rispetto al 2018; 2) aumentare del 15% le prime visite rispetto al 2018	96.000,00	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	Budget obiettivo	% raggiungimento obiettivo
M63	SC Medicina Interna		attivazione di un ambulatorio delle malattie tromboemboliche Responsabile progettuale: Direttore di SC Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento	a) Aumento dell'attività ambulatoriale del 15% rispetto al 2018 b) Istituzione di un percorso pre e post dimissione per pazienti con TEV in terapia con anticoagulanti orali allo scopo di ridurre il rischio clinico associato a tale terapia - presenza relazione sull'attività svolta	24.000,00	100%
M64	Dip.to di Medicina Trasfusionale		valutazione dei donatori di sangue poliglobulici e piastrinosici secondo i nuovi algoritmi dell'OMS, a garanzia della sicurezza delle donazioni di sangue intero e piastrine Responsabile progettuale: Direttore di Dipartimento Valutatore di prima istanza: Direttore di DAO	1) Produzione di una procedura contenente l'algoritmo clinico 2) Donatori valutati >= 1000	33.000,00	100%
M65	SC (UCO) CI Neurologica		realizzazione delle rete malattie neuromuscolari; continuità assistenziale dei pazienti ospedale-territorio; formalizzazione del team multiprofessionale Responsabile progettuale: Direttore di SC Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento	1. produzione documento sulla rete assistenziale che definisce il percorso diagnostico terapeutico del paziente 2. presenza del decreto di formalizzazione 3. presenza dei verbali delle riunioni della rete assistenziale 4. relazione sull'attività svolta	24.000,00	100%
M66	SC Riabilitazione		Garantire i bisogni riabilitativi della popolazione afferente al Distretto 3, mediante erogazione di interventi e prestazioni riabilitative, con particolare attenzione alle persone affette da grave disabilità, che necessitano di una presa in carico multidisciplinare. Mantenere una puntuale attività clinica fisiatrica ambulatoriale e domiciliare nei diversi setting di cura per gli assistiti adulti in relazione al grado di complessità clinica con formulazione di di progetti riabilitativi individuali. Partecipare al governo di percorsi riabilitativi delle persone ospiti nelle RSA, nelle strutture protette e nelle residenze polifunzionali afferenti al Distretto 3 secondo necessità. Responsabile progettuale: Direttore di SC Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento	Numero massimo di 64 ore al mese di attività totale dedicate al Distretto 3 dall'1.7.2019 al 31.12.2019	23.040,00	100%
M67	SC Medicina Nucleare		Mantenimento livelli di attività scintigrafica e supporto medico nucleare nelle attività di chirurgia radioguidata per escissione linfonodo sentinella durante interventi chirurgici per carcinoma della mammella e melanoma con contestuale formazione e avvio tecnologia PET/TC ( in situazione di sottorganico). Responsabile progettuale: Direttore di SC Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento	Mantenimento del 95% dell'attività scintigrafica e chirurgia radioguidata nei mesi di formazione e avvio della PET/TC - dall'1.4.2019. Relazione del Direttore Struttura Complessa sull'attività svolta	30.000,00	100%
M68	SC (UCO) Clinica di Chirurgia Vascolare		Creazione di 1 ambulatorio/settimana per visite urgenti su richiesta del MMG (Priorità U) per rispetto dei tempi di attesa previsti in sede Regionale Responsabile progettuale: Direttore di SC Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento	80% delle visite eseguite entro i tempi previsti (72hh)	15.000,00	100%
M69	SC (UCO) CI Urologica		Attività urologica distrettuale: mantenimento attività Responsabile progettuale: Direttore di SC Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento	mantenimento volume prestazioni ambulatoriali erogate nel 2018 (+/-5%); mantenimento volume visite domiciliari erogate nel 2018 (+/-5%)	102.000,00	100%
M70	SC Radiologia Diagnostica e Interventistica HC		Mantenimento presso il centro di I livello di trieste del numero di letture per il programma regionale di screening mammografico Responsabile progettuale: Direttore di SC Valutatore di prima istanza: Direttore di DAO	numero di letture pari a quello del 2018 = 25.657; per accedere al riconoscimento dell'intero budget progettuale: n.ro letture >=5000/anno; decurtazione di 3,40 euro per ogni esame mancante se n.ro letture tra 4500 e 5000; nessun incentivo se n.ro letture <4500/anno; se n.ro letture >5500 viene corrisposto un incentivo direttamente proporzionale al n.ro letture eccedenti le 5500, nel rispetto del budget assegnato	87.233,80	100%



CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	Budget obiettivo	% raggiungimento obiettivo
M71	Staff DG - SC RICERCA, INNOVAZIONE, QUALITA', ACCREDITAMENTO E RISCHIO CLINICO	Processi di riorganizzazione e/o accorpamento anche Interaziendali e 4.e) Qualità delle Cure	FAVORIRE L'INTEGRAZIONE DELLE STRUTTURE AZIENDALI IN PREVISIONE DELLA COSTITUZIONE DELLA NUOVA AZIENDA INTEGRATA GIULIANO ISONTINA / MIGLIORARE I LIVELLI DI CURA ATTRAVERSO UN MIGLIORE ACCESSO ALLE ATTIVITA' DI RICERCA e ALLE SPERIMENTAZIONI CLINICHE o ORGANIZZATIVE  a) censire gli studi clinici autorizzati dopo la costituzione della nuova Azienda ASUITs, (istruttoria preparata dalle strutture ex-ASS1 ed ex-AUOTs) b) individuare il "minimun data set" necessario a predisporre un unico archivio aziendale c) integrare i dati forniti dalle due fonti informative (SC Attività Farmaceutica e SC Ricerca e Innovazione, ...) d) valutare le caratteristiche del nuovo archivio e gli eventuali punti di miglioramento e) costruzione di una prima reportistica e loro trasmissione alla Direzione Strategica, al Coordinatore Scientifico e alle Strutture interessate	Costruzione dell'archivio unico storico delle sperimentazioni cliniche (anni 2014-2019) attraverso l'intergrazione dei dati residenti presso le Strutture che si occupano degli iter autorizzativi  (SC RICAQARC e SC ATTIVITA' FARMACEUTICA di ASUITs)	4.200,00	100%
M72	SC Nefrologia e Dialisi	Qualità delle cureAmbulatorio nefrologico divisionale	Mantenimento dell'attività ambulatoriale divisionale Responsabile progettuale: Direttore di SC Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento	media di 5 prestazioni (controlli + visite) al giorno, da lunedì al venerdì all'ospedale Maggiore e all'ospedale di Cattinara	26.250,00	100%
M73	S.C. Igiene Sanità Pubblica	3.2.15. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive, inclusa la resistenza antimicrobica e piano nazionale di contrasto alle resistenze antimicrobiche 2017-2018 (PNCAR)	Assicurare, accertato l'inadempimento dell'obbligo vaccinale, l'avvio della procedura per il recupero della vaccinazione.	Identificare i residenti indempienti delle coorti dei nati dal 2003 al 2013, nella fascia di età 6-16 anni, non correttamente registrati (codice diverso da rifiuto, esonero o irreperibilità) regolarizzando la posizione di almeno 30 minori per ciascun Medico che partecipa alle RAR.	3.600,00	50%
M74	SC Pneumologia	Tempi attesa	1. Riduzione dei tempi di attesa sulle prime visite in priorità B e D 2. Consentire controlli specialistici brevi attraverso l'attivazione di un'agenda dedicata gestita dal reparto 3. Riduzione dei tempi di attesa per pazienti chirurgici interni in fase di preparazione all'intervento (agenda gestita dal reparto)  Responsabile progettuale: Direttore di SC Valutatore di prima istanza: Direttore di Dipartimento	1. incremento agenda CUP per l'esecuzione di 6 visite specialistiche aggiuntive a settimana (1 al giovedì mattina a Cattinara e 1 al giorno per 5 gg al Maggiore) 2. inserimento di 5 posti/settimana nell'agenda dedicata ai controlli specialistici per pazienti esterni (gestione esclusiva da parte SC Pneumologia) 3. inserimento di 3 posti/settimana nell'agenda dedicata ai controlli su pazienti interni chirurgici (Gestione interna da parte di SC Pneumologia)	12.000,00	100%
M75	SC Medicina Interna		Copertura, da parte di un dirigente medico assegnato al Distretto 2 e di dirigenti medici dal DAI di medicina, di turni festivi e prefestivi diurni presso la Medicina Interna dell'ospedale di Cattinara, in condizioni di carenza di organico  Responsabile progettuale: Direttore del DAI Valutatore di prima istanza: Direttore DAO	<u>Attività svolta dal medico del Distretto 2:</u> effettuazione di 2 turni pomeridiani prefestivi (6 ore ciascuno) e di 2 turni diurni festivi (12 ore ciascuno) nel mese di luglio 2019; <u>Attività svolta dai medici del DAI di Medicina:</u> effettuazione dei turni notturni del sabato nei mesi di luglio e di agosto.	8.640,00	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	Budget obiettivo	% raggiungimento obiettivo
M76	S.C. (UCO) Clinica Ortopedica	Tempi d'attesa	Incrementare l'attività chirurgica ortopedica complessiva per contrastare la fuga ortopedica verso strutture extra aziendali ed extra regionali e ridurre i tempi d'attesa sia per interventi di traumatologia che per interventi in elezione  Responsabile progettuale: Direttore S.C. (UCO) Clinica Ortopedica Valutatore di prima istanza: Direttore DAO	1) attività chirurgica ortopedica 2019 > 2018	60.000,00	100%
M77	SC Radioterapia		Assicurare la continuità assistenziale attraverso: - modifica dell'orario di lavoro; - effettuazione di orario aggiuntivo	Mantenimento della continuità assistenziale in situazioni di: a) assenza di personale non programmata; b) carenza di personale; c) aumento di attività	6.000,00	100%
M78	SC Direzione Medica di Presidio		Assicurare la continuità dell'attività attraverso: - modifica dell'orario di lavoro; - effettuazione di orario aggiuntivo	Mantenimento della continuità dell'attività in situazioni di: a) assenza di personale non programmata; b) carenza di personale; c) aumento di attività	7.200,00	100%
M79	DIP (veterinari)		Assicurare la continuità dell'attività attraverso: - modifica dell'orario di lavoro; - effettuazione di orario aggiuntivo	Mantenimento della continuità dell'attività in situazioni di: a) assenza di personale non programmata; b) carenza di personale; c) aumento di attività	8.400,00	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	Budget obiettivo	% raggiungimento obiettivo
M80	DIP (tranne SSD Medicina del Lavoro, SC Medicina Legale, SC IAN, veterinari), DAT, Distretti.		Assicurare la continuità dell'attività attraverso: - modifica dell'orario di lavoro; - effettuazione di orario aggiuntivo (indicativamente 6 ore per ciascun medico coinvolto)	Mantenimento della continuità dell'attività in situazioni di: a) assenza di personale non programmata; b) carenza di personale; c) aumento di attività	20.160,00	100%

# 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: EUGENIO POSSAMAI

CODICE FISCALE: PSSGNE59M27C957L

DATA FIRMA: 17/07/2020 12:00:13

IMPRONTA: 1027D60716CD764D97B3935CFFE40F0E13D234D78715EF6A71DE06032DE89256  
13D234D78715EF6A71DE06032DE8925637D7F2759F2BFF013CB687A0BADD694A  
37D7F2759F2BFF013CB687A0BADD694A42CBE674EFE48E4901BF1915D5D07349  
42CBE674EFE48E4901BF1915D5D0734977673437968FE7961796714CC4F4EFB8

NOME: ADELE MAGGIORE

CODICE FISCALE: MGGDLA54D55B428P

DATA FIRMA: 17/07/2020 12:05:08

IMPRONTA: 0EAB1E523A0653F4CEBDC11FAD30EAD7A6634E40302EBB45BCA41377F99816FF  
A6634E40302EBB45BCA41377F99816FF0C7D1F580ACDED042BAF53B07CA6C7AD  
0C7D1F580ACDED042BAF53B07CA6C7AD146D53F2FD7C7E4AF409E31F0799606F  
146D53F2FD7C7E4AF409E31F0799606F1F3D3483661ECF01413A794318E9CC77

NOME: MARIA-CHIARA CORTI

CODICE FISCALE: CRTMCH60H68H223I

DATA FIRMA: 17/07/2020 12:17:13

IMPRONTA: A84B1D51E0E207932556B1D426BCC6A6E7F8BB6797375E33B0992B53408AF65E  
E7F8BB6797375E33B0992B53408AF65EFBE0836385B95A8A298387F72BBFF1D3  
FBE0836385B95A8A298387F72BBFF1D34AD86849DCECFCE9E54CC9CF0D088847  
4AD86849DCECFCE9E54CC9CF0D088847D0528C4087A08BCE74FA24416958EE3B

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	BUDGET OBIETTIVO	% raggiungimento obiettivo
S1	S.S.T.S.B.A. - D1	Linee Annuali per la Gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario Regionale anno 2019 (allegato alla delibera 448 del 22/03/2019).	CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA Mantenimento/incremento qualitativo dell'attività erogata nel 2018 per quanto riguarda le valutazioni psicologiche dei nuovi casi di bambini con età inferiore ai 13 anni (colloquio psicologico clinico cod.: 94.09).	Numero dei minori in attesa al 31/12/2018 ≤ 29	1.800,00	100%
S2	SC.BADoF D1	Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario e sociosanitario ANITARIO E SOCIOANITARIO REGIONALE ANNO2019: 3.2.2.3. Minori	Svolgimento dell'attività di gruppo terapeutica (gruppo di parola) per almeno 30 incontri presso la sede del Centro diurno nell'ambito del progetto sperimentale Servizio Salute Mentale Giovani	Viene garantito lo svolgimento del gruppo di parola per almeno 30 incontri per l'anno 2019.	2.040,00	100%
S3	S.S TSBA – D1	L'implementazione di percorsi di formazione e ricerca/intervento nell'ambito dell'autismo, rientra nelle Linee di indirizzo della Regione FVG per il percorso assistenziale nei Disturbi dello Spettro autistico in Età Evolutiva (Delibera Regione FVG del 434/2017) con finanziamenti specifici sovrazionali per la formazione di 81 operatori delle Aziende Sanitarie Regionali e per la Ricerca. Da marzo 2018 le SC. TSBAoF dei 4 Distretti di ASUITS partecipano con gli operatori certificati al trattamento ESDM al gruppo di ricerca del Progetto Regionale SFIDA: Valutazione di efficacia di un programma regionale FVG di diagnosi precoce dei Disturbi dello Spettro Autistico e di Intervento precoce basato su l'Early Start Denver Model. Da aprile 2018 alcuni operatori certificati sono impegnati nella formazione regionale in qualità di docenti/tutor/valutatori.	attività in eccedenza oraria permetteranno di garantire la formazione Regionale e la ricerca Sfida attraverso: 1. visione dei video della formazione regionale IL TRATTAMENTO PRECOCE DELL'AUTISMO: L'EARLY START DENVER MODEL, UN PROGETTO REGIONALE per l'individuazione di nuovi operatori in grado di implementare il metodo ESDM nel trattamento precoce dei bambini con autismo e relativo feedback per ogni video visionato 2. il trattamento diretto dei bambini che rientrano nel progetto regionale SFIDA (Screening FVG Intervento Diagnosi Autismo).	Trattamento diretto di tutti i bambini rientranti nel progetto regionale SFIDA comunicati dal Burlo entro il 30 novembre 2019 (per consentire l'avvio del trattamento e presa in carico)	2.040,00	100%
S4	S.S.T.S.B.A. - D1	Linee Annuali per la Gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario Regionale anno 2019 (allegato alla delibera 448 del 22/03/2019).	CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA per quanto riguarda le valutazioni psicologiche dei nuovi casi di minori(colloquio psicologico clinico cod.: 94.09).	Numero dei minori in attesa al 31/12/2018 ≤ 29	2.040,00	100%
S5	S.S. Consultorio Familiare Responsabile CF - D1	Dalle Linee Annuali per la Gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario Regionale - Anno 2019. Approvazione Preliminare (Delibera n. 2514 dd. 28/01/2018). 3.2.2.7 Consultori Familiari	1.Migliorare le attività di continuità di cura ospedale-territorio – ospedale nella gravidanza e nel puerperio nelle situazioni di rischio psicosociale e sanitario attraverso la partecipazione come referente distrettuale al tavolo di lavoro interistituzionale con l'IRCCS Burlo. 2.Proseguimento della sperimentazione dell'utilizzo di un questionario standardizzato di screening del rischio di depressione post-partum attraverso la sua somministrazione a tutte le donne che accedono al corso di Preparazione al Parto presso il Consultorio Familiare del Distretto 1 (prevenzione primaria). 3. Partecipazione come referente distrettuale al tavolo di lavoro interistituzionale con l'IRCCS Burlo - Ufficio Continuità- sul tema dell'individuazione della gravidanza a rischio di depressione post-partum seguite dal GAR e/o dai CCF.	1. Valutazione del rischio di depressione post-partum attraverso la somministrazione almeno all'85% delle donne che afferiscono ai gruppi di Preparazione al Parto del CF del D1 dell' Edimburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)* in gravidanza (tra la 20 <sup>a</sup> e la 36 <sup>a</sup> settimana) e al primo accesso dopo il parto (sia che avvenga presso il Servizio che a domicilio).	2.040,00	100%
S6	SS Anziani e Residenze dott.ssa Filomena Vella	Contenimento lista d'attesa N° prestazioni erogate nel corso del 2019 > o = a quelle erogate nel 2018	Maggiore disponibilità oraria per effettuare prestazioni ambulatoriali tariffate con i seguenti codici: 89.01.00, 89.07.01, 93.89.02, 93.89.03, 94.01.01, 94.01.02, 94.02.01, 94.02.02, 94.03.00, 94.08.01, 94.08.02, 94.09.00	Contenimento lista d'attesa N° prestazioni erogate nel corso del 2019 > o = a quelle erogate nel 2018 Volume di prestazioni erogate dallo psicologo ricavato da Sistema Informativo SIASA	1.800,00	100%
S7	Consultorio FamiliareD2	Interventi sociosanitari	Consolidare la sperimentazione concernente la "domiciliarità innovativa " di cui alla DGR 671/2015 e alla DGR 2089/2017 attivata nell'ambito aziendale. Monitoraggio e verifica dei progetti attivati negli accordi di partenariato con UTI Giuliana	Entro il 31-12-2019 vi e' evidenza della valutazione dei nuovi progetti	1.800,00	100%
S8	SSD Riabilitazione Distretto 2	Abbattimento liste di attesa	Maggiore disponibilità oraria per effettuare prestazioni ambulatoriali tariffate con i seguenti codici: 94.09, 94.42, 94.3, 94.02.1, 94.08.2 94.01.1, 94.01.2, 94.08.1, 94.08.3, 93.89.2, 89.01, 94.44, 89.07)	N° prestazioni erogate nel corso del 2019 > o = a quelle erogate nel 2018. Modalità di valutazione: dati rilevati dal sistema informativo della specialistica ambulatoriale (G3).	1.800,00	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	BUDGET OBIETTIVO	% raggiungimento obiettivo
S9	D2 SCBADOF	La SCBADOF è chiamata a realizzare interventi nei casi ad alta integrazione socio-sanitaria che prevedono la collaborazione con altri Enti.	Attività in eccedenza oraria permetteranno di far fronte adeguatamente alle richieste di tali interventi integrati con il Comune e con le Scuole che si realizzano attraverso le Equipe Multidisciplinari Handicap (EMH L.R: n. 41/96), le riunioni ex lege 104/92 e le Unità di Valutazione Multiprofessionale (UVM) (come da indirizzi regionali). Realizzare interventi integrati con il Comune e le Scuole nell'ambito dell'alta integrazione socio-sanitaria	Almeno 60 interventi integrati: partecipazione a UVM, EMH e riunioni ex l. 104. Modalità di valutazione: report generale attività in eccedenza oraria e verbali di interventi integrati presenti nella cartella clinica	6.240,00	100%
S10	D2 Contenimento Liste d'attesa	Attività in eccedenza oraria permetteranno di far fronte adeguatamente a tutte le nuove domande di aiuto con una valutazione tempestiva ed approfondita di tutti i soggetti help-seekers che abbiano tra i 15 ed i 25 anni. Garantire una valutazione tempestiva ed approfondita a tutti i soggetti help-seekers della fascia d'età 15-25 anni che si rivolgono alla SCBADoF/2 e che siano disponibili e consenzienti ad effettuare approfondimenti valutativi dopo la prima fase di accoglienza al servizio (apertura cartella clinica). La domanda può essere autodiretta o eterodiretta (famiglia).	Tutti i soggetti help seekers - con domanda autodiretta o eterodiretta - della fascia d'età 15-25 anni disponibili e consenzienti che si rivolgono alla SCBADOF2 nel 2019 ricevono una valutazione tempestiva ed approfondita (almeno tre colloqui). Modalità di valutazione: colloqui/visite inseriti nei sistemi G2 e CCFF. Registrazione in cartella clinica	Tutti i soggetti help seekers, come descritto nell'obiettivo, ricevono una valutazione approfondita con almeno tre colloqui. Modalità di valutazione: colloqui/visite inseriti nei sistemi G2 e CCFF. Registrazione in cartella clinica	3.120,00	100%
S11	D2	Implementazione dei percorsi di formazione e ricerca/intervento nell'ambito dell'autismo	L'implementazione di percorsi di formazione e ricerca/intervento nell'ambito dell'autismo, rientra nelle Linee di indirizzo della Regione FVG per il percorso assistenziale nei Disturbi dello Spettro autistico in Età Evolutiva (Delibera Regione FVG del 434/2017) con finanziamenti specifici sovrazionali per la formazione di 81 operatori delle Aziende Sanitarie Regionali e per la Ricerca. Da marzo 2018 le SC. TSBADoF dei 4 Distretti di ASUITS partecipano con gli operatori certificati al trattamento ESDM al gruppo di ricerca del Progetto Regionale SFIDA: Valutazione di efficacia di un programma regionale FVG di diagnosi precoce dei Disturbi dello Spettro Autistico e di intervento precoce basato su l'Early Start Denver Model. Da aprile 2018 alcuni operatori certificati sono impegnati nella formazione regionale in qualità di docenti/tutor/valutatori.	Trattamento diretto di tutti i bambini rientranti nel progetto regionale SFIDA, comunicati dal Burlo entro il 30 novembre 2019 (per consentire l'avvio del trattamento e presa in carico)	2.160,00	100%
S12	D3 Consultorio Familiare	Obt. socio-sanitario Obt. contenimento dei tempi d'attesa	Si rileva un aumento della fragilità dei nuclei familiari e un incremento della complessità dei bisogni di cui sono portatori, situazioni che richiedono una presa in carico socio-sanitaria integrata con i Servizi Sociali dei Comuni, come previsto dalle "Procedure comuni per i rapporti tra Servizio Sociale e le SC TSBADOF della provincia di Trieste per l'attività socio-sanitaria integrata per bambine/i e ragazze/i"	Applicazione del progetto personalizzato concordato all'interno dell'equipe multidisciplinare integrata a tutti i nuclei familiari presi in carico in modo integrato con i Servizi Sociali dei Comuni. Almeno 25 interventi (colloqui, mediazioni familiari, psicoterapia individuale, di coppia, familiare) per ogni dirigente coinvolto. Fonte: Sistema Informativo Regionale Consultori, cartelle cliniche. Report.	3.960,00	100%
S13	D3 Bambini Adolescenti	Obt. socio-sanitario Obt. contenimento dei tempi d'attesa	Si rileva un aumento della fragilità dei nuclei familiari e un incremento della complessità dei bisogni di cui sono portatori, situazioni che richiedono una presa in carico socio-sanitaria integrata con i Servizi Sociali dei Comuni, come previsto dalle "Procedure comuni per i rapporti tra Servizio Sociale e le SC TSBADOF della provincia di Trieste per l'attività socio-sanitaria integrata per bambine/i e ragazze/i"	Applicazione del progetto personalizzato concordato all'interno dell'equipe multidisciplinare integrata a tutti i nuclei familiari presi in carico in modo integrato con i Servizi Sociali dei Comuni. Almeno 25 interventi (colloqui e controlli psicologici clinici, psicoterapia individuale, somministrazione test cognitivi e/o proiettivi) per ogni dirigente coinvolto. Fonte: G3, Registro Individuale Interventi, cartelle cliniche. Report	1.500,00	100%
S14	SS Consultorio Familiare Distretto 4	riduzione liste d'attesa	Maggiore disponibilità oraria per effettuare prestazioni, in considerazione della carenza della figura professionale dello psicologo nella struttura nel corso dell'anno. Saranno misurate le seguenti prestazioni: Colloqui, counseling, psicoterapia individuale, psicoterapia di coppia familiare, valutazione psico-sociale, mediazione familiare, somministrazione e valutazione test.	Indicatori: N° prestazioni erogate nel corso del 2019 > o = a quelle erogate nel 2018 N. prestazioni erogate nell'anno 2018 = 276 Modalità di valutazione: Dati ricavati da Sistema Informativo per i consultori	3.120,00	100%
S15	SS Tutela Salute Bambini Adolescenti Distretto 4	implementazione dei percorsi di formazione e ricerca/intervento nell'ambito dell'autismo	un incremento delle attività di eccedenza oraria permetterà di garantire detti percorsi attraverso: 1. visione dei video della formazione regionale IL TRATTAMENTO PRECOCE DELL'AUTISMO: L'EARLY START DENVER MODEL, UN PROGETTO REGIONALE per l'individuazione di nuovi operatori in grado di implementare il metodo ESDM nel trattamento precoce dei bambini con autismo e relativo feedback per ogni video visionato 2. il trattamento diretto dei bambini che rientrano nel progetto regionale SFIDA (Screening FVG Intervento Diagnosi Autismo).	Trattamento diretto di tutti i bambini rientranti nel progetto regionale SFIDA comunicati dal Burlo entro il 30 novembre 2019 (per consentire l'avvio del trattamento e presa in carico)	2.040,00	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	BUDGET OBIETTIVO	% raggiungimento obiettivo
S16	SCBADOF	obiettivo socio-sanitario contenimento tempi attesa	Si rileva un aumento della fragilità dei nuclei familiari e un incremento della complessità dei bisogni di cui sono portatori, situazioni che richiedono una presa in carico sociosanitaria integrata con i Servizi Sociali dei Comuni, come previsto dalle "Procedure comuni per i rapporti tra Servizio Sociale e le SC TSBADOF della provincia di Trieste per l'attività socio-sanitaria integrata per bambine/i e ragazze/i"	Garantire ai nuclei familiari presi in carico in modo integrato con i Servizi Sociali dei Comuni la realizzazione degli interventi previsti dal progetto personalizzato concordato all'interno dell'equipe multidisciplinare integrata. Almeno n. 50 interventi psicologici rivolti al minore /o e al nucleo familiare registrati attraverso G3/Siasi	2.040,00	100%
S17	Distretto Sanitario N° 4 SSD Riabilitazione Adulto	Linea Reg.le 3.2 Assistenza distrettuale e assistenza sociosanitaria	<p>ATTIVITA': Monitoraggio della Qualità di vita e del Tono dell'umore dei Pazienti con Sclerosi Multipla con: 1) Questionario specifico sulla Qualità della Vita (MSQOL54) 2) Testistica valutativa specifica sul tono dell'umore, Beck Depression Inventory-2 (BDI-II). Strumenti valutativi citati anche sul PDTA Regionale.</p> <p>OBIETTIVO GENERALE: In linea con il PAL 2019 Nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria che ha come obiettivo una maggiore personalizzazione dei percorsi di cura e inclusione, per differenziare e flessibilizzare quanto più possibile la risposta ai bisogni, mantenendo le persone nel loro ambiente di vita abituale creando valide alternative al ricovero ospedaliero</p> <p>OBIETTIVO SPECIFICO : Implementazione e miglioramento della valutazione delle persone con SM , per migliorare i progetti individualizzati attraverso la progettazione in Equipe Multidisciplinare.</p> <p>Nota: Contesto e Motivazione della richiesta il "territorio" (inteso non solo come assistenza primaria ma come "tutto ciò che esula da un ricovero per acuti") ha due direttrici di azione principali: 1- mantenere le persone nel miglior stato di salute possibile, anche attraverso politiche di prevenzione e di promozione della salute 2- 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 (tale da intercettare e possibilmente prevenire, limitare, ritardare complicazioni, ricadute, riacutizzazioni - che generano ricoveri spesso evitabili).</p> <p>Entrambe le direttrici, inoltre, costituiscono l'asse portante dei contenuti del Piano Nazionale della Cronicità (PNC, 15.9.2016), atto di indirizzo governativo che trova la sua declinazione all'interno della programmazione regionale. Il RAR proposto si integra e accoglie entrambe le direttrici con un lavoro d'iniziativa e di integrazione della parte clinica-assistenziale con quella socio-sanitaria.</p>	Indicatore: esecuzione del controllo delle attività attraverso: 1) Somministrazione e Interpretazione del Questionario sulla Qualità della Vita (MSQOL54) e del Beck Depression Inventory-II (BDI-II), in 12 casi di Sclerosi Multipla inviati dai Medici Fisiatri della SSD, siano essi nuovi casi o casi da rivalutare, come previsto dal PDTA per la Sclerosi Multipla. Il tempo richiesto per ogni valutazione è di tre ore che prevede: 1) il colloquio con il paziente 2) la somministrazione del Questionario (MSQOL54) ; 3) la Somministrazione del Test BDI 2; 4) la correzione e interpretazione del Questionario MSQOL54; 5) La correzione e la somministrazione del Test BDI2. VALUTATORE DI PRIMA ISTANZA DOTT.SA ANGELA GIOVAGNOLI (RESPONSABILE SSD RIABILITAZIONE D4)	1.800,00	100%
S18	DDD - Tutte le articolazioni	Obiettivo aziendale	Garantire il coordinamento organizzativo delle attività accertative di tipo medico-legale attribuite ex lege al DDD ed i rapporti con i medici competenti e la CMLP  Responsabili: Roberta Balestra	Il 100% dei percorsi di tipo accertativo vengono assicurati nei tempi previsti e correttamente conclusi  periodo: 01/01/2019-31/12/2019	2.040,00	100%
S19	DDD - SCDSI	Obiettivo regionale c) "qualità delle cure"	Assicurare la continuità assistenziale dei detenuti presso la casa circondariale di trieste attraverso la collaborazione con l'équipe della sanità penitenziaria e/o con la rete esterna dei servizi territoriali e dei servizi del Ministero di Giustizia.  Responsabile: Roberta Balestra	il 100% degli utenti detenuti hanno un progetto di cura personalizzato e vengono presi in carico con l'équipe della sanità penitenziaria e con i servizi del Ministero di Giustizia. periodo: 01/01/2019-31/12/2019	12.240,00	100%
S20	DDD - SCDSL	Obiettivo aziendale	Garantire la formazione sul tema delle dipendenze comportamentali ai gruppi di peer educator ed ai docenti delle scuole che aderiscono al progetto Afrodite  Responsabile: Rosanna Ciarfeo Purich	Il 100% dei gruppi di peer educator e docenti riceveranno almeno un intervento di formazione sul tema delle dipendenze comportamentali  periodo: 01/01/2019-31/12/2019	4.080,00	100%
S21	SO DSM	a) Processi di riorganizzazione e) Qualità delle cure	a) Attività ambulatoriale distrettuale per persone con disturbo mentale comune inviate da distretti e MMG. b) Attività di visita e valutazione di persone dell'area della disabilità con problematiche comportamentali e/o disturbi dello spettro autistico in età adulta.	n. visite ambulatoriali presso sede distrettuale. Risposta al 100% delle richieste pervenute tramite CUP e/o contatto tra Distretto e CSM	9.000,00	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	BUDGET OBIETTIVO	% raggiungimento obiettivo
S22	SO DSM	a) Processi di riorganizzazione e) Qualità delle cure	Attuazione della nuova procedura per la gestione dei Budget di Salute Individuali (BIS): Coordinamento del tavolo gestionale (Gruppo CSM DSM – ATI) e coordinamento del tavolo operativo (Referenti CSM)	Convocazione di 10 tavoli come previsto dal capitolato regionale. Convocazione di 4 tavoli operativi con i referenti individuati dai CSM. Report con sintesi degli incontri.	1.800,00	100%
S23	SO DSM	Processi di riorganizzazione	Garantire la consulenza e presa in carico di persone con disturbo mentale severo da parte dei CSM presso la casa circondariale adeguato all'aumento della domanda segnalata dalla Casa Circondariale.	n. visite presso Casa Circondariale. Risposta al 100% delle richieste pervenute al DSM	1.800,00	100%
S24	SO DSM	Qualità della cura	Garantire la presa in carico. Mantenimento/incremento dell'attività ambulatoriale erogata per visite e controlli per valutazioni delle persone con Disturbi del Comportamento alimentare.	N. visite ambulatoriali eseguite nel 2019 maggiore o uguale al 2018. Modalità di verifica Point	1.800,00	100%
S25	SO DSM	Prevenzione dell'emergenze e degli accessi impropri in pronto soccorso	Organizzazione dell'apertura notturna del Centro Sanitario di Muggia per il Presidio Medico avanzato durante il periodo del Carnevale Muggesano in collaborazione con il Sistema 118, DdD e DSM ed evitare accessi impropri in pronto soccorso di persone con problemi legati all' abuso di sostanze alcoliche	Gestione in Centro Sanitario di tutte le persone che si presentano per richiesta di cure o inviate/accompagnate dagli altri servizi coinvolti nel progetto Modalità di valutazione: Relazione del Responsabili progettuale con evidenza dei dati inerenti i casi trattati (registro interno dedicato per gli interventi sanitari; foglio presenze del personale coinvolto) Periodo: marzo 2019	960,00	100%
S26	SCGPSPAP	Direttore Esecutivo del Contratto con particolare riferimento alle attività da assicurare nella fase di esecuzione dei contratti pubblici di forniture di beni e servizi	Verificare che le previsioni del contratto siano rispettate. Pianificare i controlli per accertare la rispondenza della prestazione effettuata rispetto alle prescrizioni contrattuali	Predisposizione della documentazione relativa al pagamento delle prestazioni effettuate con cadenza mensile (o in base a specifiche indicazioni). Eventuale modifica del contratto, preventivamente approvata dal RUP	2.040,00	100%
S27	SC Direzione Infermieristica e Ostetrica	Riduzione liste di attesa per interventi chirurgici attraverso l'incremento dei team infermieristici e conseguentemente l'apertura di ulteriori sedute operatorie delle 19 sale ASUITS per supportare in particolare la riduzione dei tempi d'attesa per la traumatologia (PAL 3.5.2) e riduzione dei tempi d'attesa per patologie indice e non indice	Assicurare nel tempo il funzionamento h 12 delle sale operatorie con una regia unitaria e a tal fine valorizzare il personale infermieristico per garantire una dotazione il più possibile stabile a tale scopo nell'arco di un triennio 2018/2020 (ART. 35 della LR 17/14) come progettato e concordato con le OOSS Azioni 1. Incrementare l'attrazione del personale infermieristico verso le sale operatorie utilizzando strumenti incentivanti economici e assicurare: a) la copertura del turn over presente al 31 dicembre 2018 e pari a 123 unità infermieristiche ed oss; b) l'aumento di 13 unità di personale (infermieristico e oss) pari a un totale complessivo di 136 unità al 1 novembre c.a.; 2. Mantenere l'incremento di attività raggiunto il 12 ottobre 2018 di 10 sedute a settimana e aggiungere ulteriori 4 sedute a settimana a far tempo dal 1 novembre c.a.  Direttore dott.ssa Maila Mislej Dirigente Inf.co dott.ssa Consuelo Consales	<u>Indicatori di processo</u> 1. elaborazione del progetto ai Vice Commissari e proposta di decreto; 2. incremento di 9 unità del CO di Cattinara e delle sale di Cardio Ch. entro ottobre. Assicurare la formazione sul campo del personale a copertura del turn over e delle 13 unità in incremento allo scopo di garantire: -dal 1 ottobre al 31 dicembre, 2 sedute di elezione dell'oculistica e 1 seduta ambulatoriale di classe A al CO dell'Ospedale Maggiore; - mantenimento delle 10 sedute a settimana incrementate a fine 2018 (per 10 mesi esclusi luglio e agosto) e incremento di ulteriori 2 sedute a far tempo dal 1 novembre c.a (una di 12 ore il sabato e una di 6 ore la domenica per l'ortopedia) - assicurare che il 70% delle fratture di femore siano operate entro le 48 ore, per la popolazione over-65enne.	10.320,00	100%



CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	BUDGET OBIETTIVO	% raggiungimento obiettivo
S28	SC Assistenza Farmaceutica - area ospedaliera	Accordo regionale RAR SPTA 2019 obiettivo strategico regionale prioritario lett. a. Processi di riorganizzazione e/o accorpamento anche interaziendali	<p>In seguito dell'entrata di ASUITS nella logistica di magazzino centralizzato ARCS e costituzione del magazzino buffer presso le sedi della Farmacia Cattinara e Maggiore, si evidenzia la necessità di attivare la prescrizione nominativa della componente ospedaliera e territoriale tramite il gestionale INSIEL-PSM</p> <p>A tal fine si dispongono le seguenti attività:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. elaborazione file excel propedeutico alla predisposizione degli schedoni in PSM, suddividendo i farmaci da prescrivere a seconda della normativa vigente. Allestimento schedoni in PSM.</li> <li>2. elaborazione di una procedura standardizzata di prescrizione per tutti i farmaci nominativi per singolo paziente (ricoverati, day-hospital, dimessi, ambulatoriali, pazienti con terapie croniche seguite da specialista, pazienti in assistenza domiciliare)</li> <li>3. ricognizione e determinazione dei corretti Centri di Costo aziendali per il corretto addebito della spesa delle terapie dispensate nominalmente, fra cui quelle ad alto costo.</li> <li>4. corsi di formazione SC Assistenza Farmaceutica/ SC Informatica e telecomunicazioni per l'addestramento del personale sanitario preposto alla prescrizione.</li> <li>5. aggiornamento schedoni PSM, assistenza continua e aggiornamento rivolti al personale sanitario preposto alla prescrizione delle terapie personalizzate, dopo la formazione.</li> </ol>	<p>Indicatori:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Numero di schedoni pubblicati in PSM <math>\geq 7</math></li> <li>2. Creazione e pubblicazione in Intranet di procedure scritte</li> <li>3. Creazione di un data base</li> <li>4. Mail inviate ai prescrittori e alla SC Informatica e Telecomunicazioni</li> </ol>	24.300,00	100%
S29	SC Assistenza Farmaceutica - area territoriale	Accordo regionale RAR SPTA 2019 obiettivo strategico regionale prioritario lett. f. <i>Contenimento della spesa farmaceutica e gestione centralizzata del farmaco</i>	<p>Favorire l'utilizzo di molecole dall'ottimale rapporto costo/efficacia per i medicinali erogati sia in convenzionata che in DPC (che costituisce il 46% della spesa farmaceutica ASUITS circa), garantendone l'appropriatezza d'uso. Analisi dei consumi, delle molecole più utilizzate e preparazione di grafici del diverso impatto economico delle varie opzioni terapeutiche per classi e discussione con i clinici interessati. Garantire il rispetto dei tetti di spesa attraverso l'analisi delle spese pro capite dei MMG ed analisi delle prescrizioni dei clinici che si discostano maggiormente dal tetto previsto.</p>	<p>Indicatori:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Predisposizione report/circolari con analisi dettagliata dei vari costi terapia per le classi più significative.</li> <li>2. Presentazione di approfondimenti su tematiche di alto impatto (vitamina D, EBPM, PPI e fentanyl) nel corso di 1 incontro con le AFT.</li> <li>3. Invio email personalizzate ai MMG che si discostano dalle medie ASUITS di spesa farmaceutica pro capite</li> </ol> <p>Modalità di valutazione: Fonte dati BO, Protocollo</p>	5.400,00	100%
S30	SC Assistenza Farmaceutica - area ospedaliera	<p>Accordo regionale RAR SPTA 2019 obiettivo strategico regionale prioritario</p> <p>Let. e) <i>Contenimento della spesa farmaceutica e gestione centralizzata del farmaco.</i></p> <p>Let. a) <i>Processi di riorganizzazione</i></p>	<p>Let. e)</p> <p>Verifica dell'appropriatezza delle richieste dei farmaci e controllo del loro impiego secondo indicazioni regolatorie, linee guida e raccomandazioni aziendali.</p> <p>Vagliare le richieste di farmaci ad utilizzo in gestione diretta ASUITS a carattere strettamente specialistico, riscontrandole alla luce della letteratura con metodologia EBM.</p> <p>Trasmissione della consulenza ai medici richiedenti ed alla DS per farmaci non compresi nel PTA e/o indicazioni off label.</p> <p>Fornire linee di indirizzo sui temi meritevoli di intervento per costo, efficacia e sicurezza della farmaceutica convenzionata e per conto</p> <p>Let. a : garantire le funzioni previste nel nuovo Atto Aziendale per la SC Assistenza Farmaceutica che riassume a seguito di accorpamento, quelle della S.C. "Assistenza Farmaceutica" dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 "Triestina" e dalla S.C. "Farmacia" dell'A.O.U. "Ospedali Riuniti di Trieste, concentrandone la responsabilità in unica figura apicale, nelle more dell'assegnazione dei nuovi incarichi della nascente Struttura a seguito della definizione prevista nel nuovo atto aziendale</p> <p>Proseguire il percorso già avviato per uniformare le procedure esistenti in funzione aggregata, a cominciare dall'entrata in ARCS, elaborazione di una proposta per la messa a regime della riorganizzazione degli incarichi in base alle risorse professionali ed al mandato della SC Assistenza farmaceutica</p>	<p>Indicatori lett e:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaborazione dei profili di appropriatezza prescrittiva dei farmaci, loro trasmissione ai richiedenti.</li> <li>2. Il 100% delle richieste che necessitano di valutazione finale ad opera della DS sono corredate di consulenza farmaceutica.</li> <li>3. Calcolo e trasmissione del consumo di risorse farmaceutiche ai Centri di Responsabilità aziendale</li> </ol> <p>Modalità di valutazione: Fonte dati BO, ASCOT e Protocollo</p> <p>Indicatori lett a:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Viene elaborata e trasmessa alla Direzione una relazione sulla riorganizzazione degli incarichi ( Struttura semplice/Incarichi professionali) nei tempi richiesti.</li> <li>2. La responsabilità amministrativa, patrimoniale, erariale delle liquidazioni dei beni sanitari gestiti in convenzione da ASUITS, passata dal Direttore Sanitario al Responsabile della SC Assistenza farmaceutica, rimane in capo al Responsabile di Struttura nelle more dell'attribuzione dell'incarico di Responsabile dell'area territoriale, vacante da tempo, e da individuarsi con le funzioni proposte nel progetto di riorganizzazione del Servizio.</li> </ol>	5.400,00	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	BUDGET OBIETTIVO	% raggiungimento obiettivo
S31	D1-D2-D3-D4 DDD-DSM	Valutazione degli esiti dell'assistenza infermieristica in vari setting assistenziali delle strutture operative territoriali	1. formazione del personale sul sistema di verifica degli esiti del nursing che si va ad attivare in collaborazione con l'Ufficio Qualità e Accreditamento e Rischio Clinico entro agosto c.a. 2. individuare gli strumenti utili alla rilevazione degli esiti e promuoverne l'applicazione delle buone pratiche, perseguendo le raccomandazioni regionali e l'aderenza ai PDTA. 3. effettuare la verifica.	Indicatori : <u>1. verifica degli esiti del nursing entro il 31 ottobre (utilizzando gli strumenti individuati) in 24 setting assistenziali ovvero:</u> a) in 4 strutture assistenziali di ciascun distretto (totali 16) b) in 4 CSM del DSM c) in Alcologia, nel servizio di MST , al SERT e ad Androna giovani  2. <u>report relativo alla verifica degli esiti da parte di ciascun dirigente entro il 10 novembre c.a. in collaborazione con l'Ufficio Qualità e Accreditamento e Rischio clinico e la Direzione Infermieristica</u>	15.480,00	100%
S32	SC UCO Igiene - DAI Medicina dei Servizi	Percorsi hub &spoke - a) Processi di riorganizzazione	Obiettivo: completare il trasferimento dell'attività della SC UCO di Igiene, dal Burlo ai nuovi locali assegnati nella sede di Cattinara, senza interrompere le attività. Attività: il personale coinvolto, attuerà un piano articolato di back up continuo.	Indicatore: evidenze estratte a campione da sistema gestionale, nel periodo del trasferimento che dimostrino l'effettiva continuità operativa. Risultato atteso: portare a termine le operazioni senza creare criticità all'utenza o impattare sull'efficienza dei servizi diagnostici.	1.200,00	100%
S33	SS.CC. Laboratorio, Microbiologia, Anatomia, Igiene - DAI Medicina dei Servizi	Percorsi hub &spoke - a) Processi di riorganizzazione	Obiettivo: implementazione del modello organizzativo a matrice per migliorare la produttività e la razionalizzazione di impiego delle risorse tecniche, per equilibrare la frammentazione organizzativa imposta dalle diverse sedi operative dipartimentali e dall'alta specializzazione e specificità indotte dalle tecnologie di ultima generazione e dai sistemi gestionali sempre più complessi, specifici e dedicati. Attività: il personale coinvolto acquisirà, in orario aggiuntivo, le competenze necessarie per poter operare se necessario, su più linee analitiche, migliorando la potenzialità di impiego dinamico su più piattaforme diagnostiche, più processi e/o sedi operative.	Indicatore: orari del personale a campione che evidenzino l'impiego dinamico del personale coinvolto. Risultato atteso: garanzia di continuità del servizio anche in caso di criticità, con la realizzazione di piattaforme analitiche multidisciplinari e condivisione di risorse e tecnologie.	20.400,00	100%
S34	SC Laboratorio - DAI Medicina dei Servizi	Integrazione ospedale/territorio e sviluppo di percorsi assistenziali -	Obiettivo: realizzare una piattaforma di analisi decentrate PoCT, su tutta l'area vasta giuliano isontina, per un totale complessivo di 31 postazioni, su 5 ospedali e 4 sedi territoriali, dislocate su due provincie. Attività: il personale coinvolto, selezionato per capacità e competenze specifiche curriculari, contribuirà al rinnovo completo della piattaforma, con interventi su tecnologie, configurazione sistemi e riorganizzazione logistica, documentale e operativa.	Indicatore: evidenza della completa messa a regime della nuova piattaforma e relazione del responsabile progettuale. Risultato atteso: piena operatività e totale connettività delle postazioni e realizzazione del Gruppo Operativo dei TSLB a supporto, gestione e manutenzione del processo.	4.200,00	100%
S35	SC Microbiologia e Virologia	Percorsi hub &spoke	Obiettivo: mantenimento dei tempi di risposta delle prestazioni diagnostiche, in progressivo aumento con il LUI a partire dal 2018, in condizione di risorse assegnate insufficienti. Attività: il personale coinvolto provvederà ad adattare la turnistica, anche con orari d'ingresso differenziati e prolungamenti dell'orario giornaliero.	Indicatore: report dei tempi medi di risposta che evidenziano il mantenimento degli stessi (target 90%) entro il 31/12/2019. Risultato atteso: aumento quantitativo delle prestazioni e mantenimento dei tempi di risposta previsti.	6.300,00	100%
S36	Dip.to Trasfusionale	Qualità della cura	monitoraggio dei poct nella gestione dei pazienti in terapia anticoagulante orale mediante un sistema di controllo di qualità incrociato tra il lab di patologia dell'emostasi DIMT e i dispositivi ambulatoriali (50 ore)	1) Redazione procedura 2) N. POCT sottoposti a controllo 3) % di POCT che presentano una performance dentro il range previsto dalla procedura	2.640,00	0%
S37	Dip.to Trasfusionale	Qualità della cura	Esecuzione indagine ricerca mutazione V617F nel gene JAK2 in donatori di sangue poliglobulici e piastrinosici secondo i nuovi algoritmi dell'OMS, a garanzia della sicurezza delle donazioni di sangue intero e piastrine	Esecuzione almeno di 50 test ed evidenza della % risultata positiva allo screening di malattia mieloproliferativa	2.640,00	46%
S38	SC Fisica Sanitaria	Qualità della cura	Trattamenti di Total Body Irradiation (TBI) in radioterapia. Ripristino dei trattamenti TBI per conto dell'Ospedale Burlo Garofolo utilizzando un bunker di ampia dimensione. Setup e commissioning del Linac; dosimetria in vivo (mosfet e pellicole gafchromiche); stesura di un protocollo operativo.	Esecuzione di 3 TBI (ciascuna TBI comprende 2 sedute giornaliere per 3 giorni - totale 6 sedute - più studio dosimetrico preliminare TOT 18 ore/paziente) valutazione dosimetrica finale	3.720,00	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	BUDGET OBIETTIVO	% raggiungimento obiettivo
S39	S.C. Controllo di Gestione	Revisione dei processi e semplificazione amministrativa	Adozione nuovo sistema gestionale a servizio delle attività del controllo di gestione (a livello aziendale) Revisione del sistema contabile (a livello regionale)	Avvio nuovo sistema gestionale a servizio delle attività del controllo di gestione mediante analisi e predisposizione di almeno 2 ETL (a livello regionale) Partecipazione ai gruppi di lavoro per l'implementazione del nuovo sistema contabile (a livello regionale)	3.600,00	100%
S40	S.C. Ingegneria clinica	Processi di riorganizzazione Sicurezza personale e pazienti	Introduzione nuovo software di gestione delle apparecchiature biomediche in cui viene tracciata in modo puntuale tutta la vita dell'apparecchiatura dal suo ingresso alla dismissione. Ciò consente di ottimizzare la manutenzione aumentando la sicurezza e riducendo i tempi di fermo macchina, evitando il pericolo di allungamento delle liste di attesa, oltre a permettere la programmazione delle acquisizioni. Inoltre consente una maggiore accessibilità al personale sanitario che potrà in ogni istante conoscere lo stato dell'apparecchiatura.	Trasferimento dati pregressi e utilizzo entro l'anno del nuovo software di gestione delle apparecchiature biomediche da parte del personale della struttura e inizio della formazione per l'utilizzo al personale sanitario	10.800,00	100%
S41	S.C. Economico Finanziaria	Revisione dei processi e semplificazione amministrativa	Revisione del sistema contabile	Attività propedeutiche all'adozione del nuovo gestionale di contabilità. Partecipazione agli incontri regionali di visione dei prodotti preselezionati. Partecipazione al gruppo di lavoro regionale per l'implementazione del nuovo sistema contabile.	3.600,00	100%
S42	SC Affari Generali, Legali e Assicurazioni	Revisione dei processi e semplificazione amministrativa	Ideazione e coordinamento del progetto pluriennale della SCAGLA di recupero degli importi relativi a mancati pagamenti per esenzioni non spettanti .Il progetto è comune a comparto e dirigenza .	Il progetto prevede per l'anno 2019 l'apertura di n. 1.500 posizioni dal portale Sistema Trieste . Evidenza dell'apertura delle posizioni e predisposizione di un report finale	3.600,00	100%
S43	SC Gestione del Personale	Applicazione dell'accordo PEO per il personale comparto 2019	Obiettivo: predisposizione degli elenchi degli aventi diritto; verifica dei punteggi; predisposizione delle graduatorie provvisorie; risposte ai dipendenti nei 30 gg per richieste e reclami; approvazione graduatorie definitive; Liquidazione Progressioni Economiche Orizzontali 2019	Indicatori: Produzione graduatorie definitive PEO 2019 entro 31.12.2019  Modalità di valutazione: Il dirigente perodurrà una relazione accompagnatoria; La valutazione sul raggiungimento dell'obiettivo verrà effettuata in base alla relazione proposta dal responsabile di progetto e all'effettiva pubblicazione delle graduatorie nei termini previsti.	2.040,00	100%
S44	SC Gestione del Personale	Applicazione convenzone decreto 727 dd. 5.9.17 sinergia Burlo	Obiettivo: sottoscrizione e adozione degli atti e dei provvedimenti in sinergia con il Burlo	Indicatore: sottoscrizione e adozione di tutti gli atti sottoposti a firma	3.600,00	100%
S45	SC Gestione del Personale	Accordi regionali sull'attribuzione delle risorse aggiuntive regionali 2019 delle tre aree negoziali.	Predisposizione degli accordi aziendali	Presentazione al responsabile della SC Gestione del Personale della proposta di contratto integrativo aziendale di definizione delle regole generali di attribuzione delle risorse aggiuntive regionali 2019 del personale delle tre aree negoziali entro 3 mesi dalla data della DGR di approvazione per il comparto ed entro 2 mesi per la dirigenza medica e la dirigenza SPTA	2.040,00	100%
S46	SC Gestione del Personale - SC Economico Finanziaria	Revisione dei processi e semplificazione amministrativa	Analisi fondi contrattuali residui anni precedenti e fondi derivanti da LP esistenti alla data del 31/12/2018, verifica documenti contabili ad essi correlati e proposta di destinazione delle somme eventualmente risultanti ancora in sospeso	Predisposizione di apposito report da parte della SC Gestione del Personale dei fondi esistenti al 31/12/2018 e da parte della SC Economico Finanziaria dei documenti contabili ad essi correlati e redazione di una proposta di destinazione da parte della SC Gestione del Personale, anche frazionata (fondi contrattuali distintamente da fondi LP e anche al loro interno)	3.600,00	100%
S47	SC Gestione del Personale	Riordino istituzionale LR 27/18	Disamina tematiche derivanti dall'unificazione ASUITS/ASS2 in tema di medicina convenzionata	Produzione di una relazione contenente: elenco dei più importanti istituti contrattuali suscettibili di interpretazioni/applicazioni differenti tra le due aziende; possibili soluzioni ad eventuali disomogeneità. Entro 31.12.19	2.040,00	100%
S48	S.C. Informatica e Telecomunicazioni	Revisione dei processi e semplificazione amministrativa	Trasformazione continua dell'erogazione dei servizi della S.C. in ottica di ottimizzazione, sicurezza e qualità	1 Avvio nuovo sistema gestionale a servizio delle attività del controllo di gestione mediante analisi e predisposizione di almeno 2 ETL (a livello regionale) 2. Predisposizione di un piano per l'implementazione di almeno 2 prassi codificate e riconosciute in ambito internazionale per la gestione dei servizi IT nel sistema di gestione delle chiamate al 2800.	10.800,00	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	BUDGET OBIETTIVO	% raggiungimento obiettivo
S49	Direzione Strategica	Avvio della riforma ex LR 27/2018	formulazione degli atti propedeutici alla definizione del nuovo assetto del SSR	Presentazione del testo in bozza dell'Atto Aziendale, comprendente l'organigramma ed il funzionigramma, con e mail alla Direzione, entro novembre 2019	3.600,00	100%
S50	Manutenzione e Sviluppo del Patrimonio	Obiettivo strategico	riorganizzazione dei compiti e delle funzioni	subentro di convenzione MIES disposta dal Consiglio di Stato e l'avvio di un nuovo contratto di concessione - definizione nuovo organigramma e nuove JD per ciascun componente della SC da trasmettere al DA	13.680,00	100%
S51	S.C. APPROVVIGIONAMENTI E GESTIONE SERVIZI	Processi di riorganizzazione e revisione dei processi e semplificazione amministrativa	<p>Obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Logistica di Magazzino: prosecuzione e sviluppo delle attività amministrative, logistiche e operative complementari all'inserimento dell'Area Triestina nel Magazzino Centralizzato</li> <li>- Ulteriore adeguamento di funzioni e processi nella SCAGS anche in relazione alla futura attivazione dell'ASUGI</li> <li>- Nuovi assetti logistici e ricollocazioni nei presidi aziendali: l'avvio di numerosi cantieri, in particolare nell'Ospedale Maggiore, comporta elevatissime criticità operative cui si deve far fronte con attività straordinarie di trasferimento e ricollocazione di attività aziendali nei vari presidi aziendali, con coinvolgimento delle funzioni economiche e di magazzino</li> <li>- Attuazione dell'inserimento nell'organizzazione ASUITS della SC Igiene e Sanità Pubblica, afferente al Dip. Medicina dei Servizi dal 1/1/19; i contratti di fornitura di beni, servizi e servizi necessari, già gestiti dall'IRCCS Burlo fino al 31/12/18, ammontano a un valore indicativo annuo stimabile in euro 700.000.</li> <li>- Con riferimento ai Progetti di ricerca attivati a fine 2018 e nel corso del 2019: attivazione delle procedure di acquisto necessarie e gestione di tutti gli adempimenti connessi. Si evidenziano, in particolare, i seguenti Progetti: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Studio preclinico della terapia miRNA nel Mesotelioma pleurico Maligno per la S.C. Medicina del Lavoro</li> <li>- Selfie Screening per la S.C. Anatomia Patologica</li> <li>- Sorveglianza dei batteri multiresistenti nell'interfaccia uomo-animale S.C. Igiene e Sanità Pubblica</li> <li>- Lo scompenso cardiaco quale morbo di Alzheimer del cuore. Opportunità diagnostiche e terapeutiche HEARTZHEIMER per la S.C. Cardiologia</li> <li>- Cardiomiciti da due cellule staminali per una cardiologia personalizzata</li> </ul> </li> </ul>	<p>Coordinamento operativo con AAS2 nelle materie di competenza, con particolare riferimento agli appalti di servizi curati da ARCS, in vista della costituzione di ASUGI</p> <p>- coordinamento operativo e attuazione dei trasferimenti previsti nei presidi aziendali, con attività conseguenti (pulizia locali, traslochi dei reparti, etc. ) - adeguamento dinamico delle funzioni logistiche e di magazzino gestite da ASUITS, a seguito dell'unificazione dei magazzini scorte varie, realizzando l'adeguamento progressivo delle configurazioni operative.</p>	12.420,00	100%
S52	SC Staff, Innovazione, Sviluppo Organizzativo e Formazione	Processi di riorganizzazione e/o accorpamento anche interaziendali	Assicurare l'operatività della nuova azienda prevista dalla L.R. 27/18 nelle more dell'attuazione del nuovo Atto Aziendale di ASUGI / Analisi delle priorità e predisposizione in bozza dei provvedimenti (aventi ad oggetto: organi ed organismi, assetti organizzativi, regolamenti, contratti, procedimenti amministrativi e procedure, privacy, salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, designazione di responsabili previsti obbligatoriamente da norme di legge e/o di regolamento) che dovranno essere adottati entro i 30-60 giorni dalla costituzione della nuova Azienda ASUGI al fine di consentirne la piena operatività nella fase di transizione anche nelle more dell'attuazione del nuovo Atto Aziendale di ASUGI e di una regolamentazione interna unificata.	Disponibilità della documentazione entro 31.12.2019 mediante trasmissione alla Direzione Strategica.	3.600,00	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	BUDGET OBIETTIVO	% raggiungimento obiettivo
S53	S.S.D. Prevenzione e Protezione Ambienti di Lavoro	Processo di riorganizzazione: promozione e diffusione del SGSL e SGSA nell'Azienda in previsione della creazione di ASUGI	<p>Obiettivo strategico</p> <p>Linea A: predisposizione delle bozze armonizzate del Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio e del Regolamento sul divieto di fumo, in previsione della costituzione di ASUGI. L'attività verrà svolta dal personale SSD PPAL e SC MSP in collaborazione con il personale preposto di ASS2. Linea B: sulla base del modello isontino, predisposizione di bozze di deleghe di funzione in linea con le disposizioni del Regolamento Aziendale sulla Sicurezza e sulla base di quanto previsto dall'art. 16 del D.lgs. 81/08 da sottoporre all'approvazione del datore di lavoro</p>	<p>Linea A: predisposizione, entro il 31/12/2019, di una bozza del Sistema di Gestione della Sicurezza Antincendio ottenuta dall'armonizzazione dei Sistemi applicati in ASUITS e ASS2, da sottoporre all'inizio del 2020 alla nuova Direzione Generale; predisposizione, entro il 31/12/2019, di una bozza del nuovo Regolamento Aziendale sul Divieto di Fumo, ottenuta dall'armonizzazione dei Sistemi applicati in ASUITS e ASS2, da sottoporre all'inizio del 2020 alla nuova Direzione Generale. Linea B: predisposizione di almeno 4 modelli di delega entro il 30/06/2019 e di ulteriori 4 entro il 31/12/2019.</p>	3.600,00	100%

# 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: EUGENIO POSSAMAI

CODICE FISCALE: PSSGNE59M27C957L

DATA FIRMA: 17/07/2020 12:00:18

IMPRONTA: 27CA20B221C66D33A4BF329C2F1EEBCB78374187A64C1F6EF3C1797ADE3FA3AE  
78374187A64C1F6EF3C1797ADE3FA3AEC12EF87BABBB8022FE4F1E7AD511DAEB  
C12EF87BABBB8022FE4F1E7AD511DAEBED03AE5FF873B6CE11C79973707C9DA9  
ED03AE5FF873B6CE11C79973707C9DA9239453BF8AD674989637E483033617AE

NOME: ADELE MAGGIORE

CODICE FISCALE: MGGDLA54D55B428P

DATA FIRMA: 17/07/2020 12:05:15

IMPRONTA: 4EF85AB7193D504756911A97F1D51D4D32B3A8DB70FC881E57B24E9B18B66AAE  
32B3A8DB70FC881E57B24E9B18B66AAE3D1A6005F84DA4327514774DDA47FFBE  
3D1A6005F84DA4327514774DDA47FFBEFC1960D51B44CC1F157FD1C438741789  
FC1960D51B44CC1F157FD1C438741789729EF8F8A5111A0709CE49CA7EC7554C

NOME: MARIA-CHIARA CORTI

CODICE FISCALE: CRTMCH60H68H223I

DATA FIRMA: 17/07/2020 12:17:18

IMPRONTA: 190769744F595C081F25A1F8718EF76A1E9EA1F0C273C7D73736F08A6FE471C1  
1E9EA1F0C273C7D73736F08A6FE471C1D34EFE17C654032F1ADDA07B1E098EDB  
D34EFE17C654032F1ADDA07B1E098EDBB2B83654E43F29E665F149EA5835786C  
B2B83654E43F29E665F149EA5835786C9179A421AFEA238944D51913DE3A5831

<b>Area Dirigenza Medica e Veterinaria - Descrizione dell'obiettivo</b>	<b>% Raggiung.</b>
Garantire le prestazioni mediche previste nei percorsi accertativi di tipo medico-legale presso le due SC del Dipartimento (DDD)	100%
La Direzione Sanitaria ha richiesto alla S.C. Radiologia OM di farsi carico dell'erogazione di esami radiologici (rx, ecografia, TC, RM) a favore della Casa Circondariale non più eseguibili presso strutture convenzionate. L'attività verrà svolta in tutto il 2019 (SC Radiologia O.M.)	33%
Incremento attività ambulatorio prime visite/controlli (SC Ematologia)	100%
Mantenimento presso il centro di I livello di Trieste del numero di letture per il programma regionale di screening mammografico (SC Radiologia Diagnostica e Interventistica O.C.)	100%
Riduzione dei tempi di attesa per visite pneumologiche e controlli specialistici pneumologici (SC Pneumologia)	100%
Copertura, da parte di un dirigente medico assegnato al Distretto 2 e di dirigenti medici del DAI di medicina, di turni festivi e prefestivi diurni presso la Medicina Interna dell'O.C., in condizioni di carenza di organico	100%
Attività di coordinamento dello sviluppo del programma di odontoiatria pubblica mediante attuazione dei programmi di prevenzione destinati alla popolazione pediatrica, la gestione delle urgenze stomatologiche, l'assistenza odontoiatrica a soggetti in condizioni di vulnerabilità sanitaria e/o sociale e l'erogazione di prestazioni extra LEA aggiuntive per i residenti nella regione FVG	100%
Costituzione seconda equipe chirurgica per emergenze concomitanti SC Cardiochirurgia	100%
Supporto alla copertura delle guardie notturne all'ospedale Maggiore	100%
Unificazione Salus e Pineta del Carso	100%
Realizzazione di un servizio ad alta specializzazione rivolto ad utenti con diagnosi fatta o ipotizzata di disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), disturbi depressivi e/o d'ansia	100%
Riorganizzazione dell'area dell'accettazione ed emergenza dei Presidi Ospedalieri Cattinara e Maggiore, integrando le attività con il sistema di Gestione delle Urgenze Territoriali e con i Servizi sia territoriali che interni ai Presidi	100%
Ricostituzione della Commissione medica locale per le patenti di guida	100%
Riduzione del rischio lavorativo con eliminazione dell'esposizione alla formalina ed alle altre sostanze cancerogene. Mantenimento dei tempi di refertazione. Riorganizzazione attività di screening dei tumori della cervice in fase liquida. Supporto all'attività di diagnostica intraoperatoria. Supporto all'attività autoptica con mantenimento degli attuali tempi di attesa di effettuazione dell'esame.	

Definizione delle attività per ogni sede di erogazione delle prestazioni di microbiologia e virologia. Assicurare la copertura del servizio di microbiologia e virologia nelle 24 ore, 7 gg su 7, per tutte le sedi ospedaliere dell'area giuliano isontina. Favorire l'appropriatezza delle prestazioni diagnostiche di microbiologia e virologia. Perseguire un approccio analitico sindromico, garantendo i migliori tempi di risposta sia nella routine che nell'urgenza per gli esami diagnostici di microbiologia e virologia.	100%
--	------

<b>Area Dirigenza SPTA - Descrizione dell'obiettivo</b>	<b>% Raggiung.</b>
Adempimenti secondo D.Lgs 230/95 (e succ. modifiche) "Attuazione delle direttive Euratom in materia di radiazioni ionizzanti."	100%
Coordinamento organizzativo delle attività territoriali e residenziali ad alta intensità per mantenere l'offerta assistenziale all'utenza afferente alla <u>Residenza Alcorlogica Specialistica ed ai due gruppi appartamento</u>	100%
Effettuare la chiusura dei trattamenti del Registro AIFA con accordi negoziali per recuperare i rimborsi previsti.	100%
Fornire supporto ai Centri di Responsabilità per il mantenimento del rispetto del budget di spesa farmaceutica 2019 assegnato a ASUITS, garantendo ai pazienti la messa a disposizione di tutta l'offerta farmaceutica assicurata dai LEA, inclusi gli ultimi ritrovati.	100%
Garantire la formazione sul tema delle dipendenze comportamentali ai gruppi di educatori ed ai docenti delle scuole che aderiscono al progetto Afrodite DDD-SCDSL	100%
Garantire la gestione delle attività terapeutico - riabilitative SS distrettuale n. 4 del DDD	
Garantire la partecipazione dei professionisti (valutatori) individuati dalla DCS alle visite programmate nell'ambito del programma regionale di autorizzazione e accreditamento degli ospedali pubblici e delle strutture sanitarie private	100%
Introduzione dei premi correlati alla performance individuale del nuovo CCNL del comparto 21/5/2018. Analisi e simulazioni dell'applicazione alle valutazioni di ASUITS	100%
Organizzazione dell'apertura notturna del Centro Sanitario di Muggia per il Presidio Medico avanzato durante il periodo del Carnevale Muggesano in collaborazione con il Sistema 118, DdD e DSM ed evitare accessi impropri in pronto soccorso di persone con problemi legati all' abuso di sostanze alcoliche - SO DSM	100%
Percorsi di formazione professionale e valorizzazione dello psicologi nei diversi servizi aziendali	100%
Presidio e garanzia delle attività attinenti alla SC Direzione Infermieristica ed Ostetrica in assenza del titolare	100%
Riordino istituzionale SC Affari Generali, Legali e delle Assicurazioni - attività propedeutiche alla fusione aziendale con azioni svolte nel terzo quadrimestre	100%



Riordino istituzionale SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi - attività propedeutiche alla fusione aziendale con azioni svolte nel terzo quadrimestre	100%
Riordino istituzionale SC Controllo di Gestione - attività propedeutiche alla fusione aziendale con azioni svolte nel terzo quadrimestre e supporto alla gestione della SC Economico Finanziaria in assenza del titolare	100%
Riordino istituzionale SC Economico Finanziaria - attività propedeutiche alla fusione aziendale con azioni svolte nel terzo quadrimestre e coordinamento della SC in assenza del titolare	100%
Riordino istituzionale SC Gestione del Personale - attività propedeutiche alla fusione aziendale con azioni svolte nel terzo quadrimestre	100%
Riordino istituzionale SC Informatica e Telecomunicazioni - attività propedeutiche alla fusione aziendale con azioni svolte nel terzo quadrimestre	100%
Riordino istituzionale SC Ingegneria Clinica - attività propedeutiche alla fusione aziendale con azioni svolte nel terzo quadrimestre	100%
Riordino istituzionale SC Staff Innovazione, Sviluppo Organizzativo e Formazione - attività propedeutiche alla fusione aziendale con azioni svolte nel terzo quadrimestre	100%
Sperimentazione del Servizio di Salute Mentale per i giovani nell'ambito del DSM	100%
Spostamento RSA San Giusto dalla sede di via Pascoli 31 all'Ospedale Maggiore	100%
Utilizzo su pazienti di nuova strumentazione per stimare la dose da radiazioni in tempo reale	100%

<b>Area del Comparto - Descrizione dell'obiettivo</b>	<b>% Raggiung.</b>
Attività di monitoraggio e aggiornamento del data base delle prestazioni aggiuntive del personale del comparto nel periodo estivo ed autunnale.	100%
Audit Formazione e incontri di monitoraggio AFT. Audit di ciascuna AFT , incontri formativi e discussione plenaria dei dati	100%
Collaborazione con SPPA nel campo della prevenzione incendi, vigilanza e formazione	100%
Gestione del surplus lavorativo presso le segeterie di direzione strategica a fronte del decremento di 2 unità di personale e di incremento degli adempimenti correlati alla fusione aziendale specialmente nel terzo quadrimestre dell'anno	100%
Gestione della procedura relativa alla concessione dei contributi annuali in favore delle Associazioni di volontariato, con l'osservanza dei termini previsti	100%
Implementazione del percorso di valutazione di qualità assistenziale delle strutture residenziali. La valutazione della qualità assistenziale nella struttura residenziale per anziani "E. Gregoretti	100%
Introduzione dei premi correlati alla performance individuale del nuovo CCNL del comparto 21/5/2018. Analisi e simulazioni dell'applicazione alle valutazioni di ASUITS.	100%

Manifestazione del 1° dicembre - giornata mondiale lotta AIDS organizzata dal DDD	100%
Partecipazione del Servizio Salute Mentale Giovani alle visite guidate organizzate dalla Segreteria del “Centro Collaboratore OMS per la Ricerca e la Formazione”	100%
Realizzare quanto contenuto nel catalogo formativo ex alternanza scuola lavoro relativamente alla scheda progettuale della S.C. Geriatria denominata: “2 epoche a confronto nel mondo dei colori	100%
Supporto al RPCT nella predisposizione dell’aggiornamento annuale del Piano triennale aziendale, nell’attività di monitoraggio della sua attuazione e nell’implementazione del registro dei rischi delle strutture di ambito sanitario	100%
Supporto tecnico amministrativo alla procedura di attribuzione dei posti letto aggiuntivi in strutture residenziali per anziani non autosufficienti	100%
Vigilanza divieto di fumo nelle sedi aziendali anche in supporto al personale delegato dai diversi Responsabili delle Strutture	100%

# 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: EUGENIO POSSAMAI

CODICE FISCALE: PSSGNE59M27C957L

DATA FIRMA: 17/07/2020 12:00:23

IMPRONTA: 69CEACF1994D6261F392D3B437111DC0A0C95B829E6F5A3C1D4F6341DB269298  
A0C95B829E6F5A3C1D4F6341DB2692987632B4C0C27944066218C189A007AE4B  
7632B4C0C27944066218C189A007AE4B90A56DBF7AEB6B0DB86302F3E3540D9F  
90A56DBF7AEB6B0DB86302F3E3540D9F0A6D24923550B92B2C57F19BB1696702

NOME: ADELE MAGGIORE

CODICE FISCALE: MGGDLA54D55B428P

DATA FIRMA: 17/07/2020 12:05:21

IMPRONTA: 0A47FAF1A4DA397E63E3916EBC0176BEF0E5071B074845AD71C94EDDC41AFAC9  
F0E5071B074845AD71C94EDDC41AFAC9FB37C23DFEE8AF8A7BF0DE32E59A8605  
FB37C23DFEE8AF8A7BF0DE32E59A860502121682DA0CD97466C0FDB79B41D081  
02121682DA0CD97466C0FDB79B41D08109CF1DD9B2CD92E192E24E896829C021

NOME: MARIA-CHIARA CORTI

CODICE FISCALE: CRTMCH60H68H223I

DATA FIRMA: 17/07/2020 12:17:22

IMPRONTA: 336E36B0E7DD3E66A5D84A06E67E59BBED65A0807EE828243C3E22DF0EDA36DE  
ED65A0807EE828243C3E22DF0EDA36DEE0E4FBE2470994B13568D65756ABB61A  
E0E4FBE2470994B13568D65756ABB61AE79522FF39B7994D292A2585AAD90666  
E79522FF39B7994D292A2585AAD90666C3687E0E36B8BAF7A191A0457FCB5604

**TABELLA RIASSUNTIVA DELLE VALUTAZIONI DEI DIRETTORI DI DIPARTIMENTO**

**ANNO 2019**

<b>DIPARTIMENTO</b>	<b>NOMINATIVO</b>	<b>Esito Valutazione</b>
DAI Cardiotoracovascolare (Cardiovascolare)	SINAGRA GIANFRANCO	positivo
DAI Chirurgia (Chirurgia Generale e Toracica)	DE MANZINI NICOLO'	positivo
DAI Chirurgia Specialistica	DI LENARDA ROBERTO	positivo
DAI Neuroscienze, Ortopedia, Riabilitazione e Medicina del Lavoro	BOVENZI MASSIMO	positivo
DAI Medicina	BOSCUTTI GIULIANO (fino al 16/09/2019)	positivo
DAI Medicina	BIANCHINI DARIO (dal 17/09/2019)	positivo
DAI Ematologia, Oncologia e Infettivologia (Medicine Specialistiche)	LUZZATI ROBERTO	positivo
DAI Emergenza, Urgenza e Accettazione	LUCANGELO UMBERTO	positivo
Dipartimento di Medicina Trasfusionale	MASCARETTI LUCA GIOVANNI	positivo
DAI Diagnostica per immagini	COVA MARIA ASSUNTA	positivo
DAI Medicina dei Servizi (Medicina di Laboratorio)	RUSCIO MAURIZIO	positivo

**TABELLA RIASSUNTIVA DELLE VALUTAZIONI DI DEI DIRETTORI DI STRUTTURA  
COMPLESSA E DI STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE – ANNO 2019**

<b>SC/SSD</b>	<b>DIPARTIMENTO</b>	<b>NOMINATIVO</b>	<b>QUALIFICA</b>	<b>Esito Valutazione</b>
SC Cardiovascolare e Medicina Dello Sport	DAI Cardioracovascolare	Andrea DI LENARDA	Dirigente Medico	positivo
SC CENTRO SOCIALE ONCOLOGICO	CENTRI INTERDISTRETTUALI	Rita CECCHERINI	Dirigente Medico	positivo
SC Chir Toracica	DAI Cardioracovascolare	CORTALE MAURIZIO	Dirigente Medico	positivo
SC Pneumologia	DAI Cardioracovascolare	CONFALONIERI MARCO	Dirigente Medico	positivo
SC CardioChir	DAI Cardioracovascolare (Cardiovascolare)	PAPPALARDO ANIELLO	Dirigente Medico	positivo
SC Cardiologia	DAI Cardioracovascolare (Cardiovascolare)	SINAGRA GIANFRANCO	Dirigente Medico	positivo
SC Chir Vascolare (UCO)	DAI Cardioracovascolare (Cardiovascolare)	CHIARANDINI STEFANO (fino al 16/06/2019)	Dirigente Medico	Positivo
SC Chir Vascolare (UCO)	DAI Cardioracovascolare (Cardiovascolare)	LEPIDI SANDRO (dal 17/06/2019)	Dirigente Medico	Positivo
SC Chir Toracica	DAI Cardioracovascolare	CORTALE MAURIZIO	Dirigente Medico	positivo
SC Chir Generale (UCO)	DAI Chirurgia	DE MANZINI NICOLO'	Dirigente Medico	positivo
SC Clin Pat del Fegato (UCO)	DAI Chirurgia	CROCE' SAVERIA	Dirigente Medico	positivo
SC Clin Urologica (UCO)	DAI Chirurgia	TROMBETTA CARLO	Dirigente Medico	positivo
SC Gastroenterologia	DAI Chirurgia	MONICA FABIO	Dirigente Medico	positivo

<b>SC/SSD</b>	<b>DIPARTIMENTO</b>	<b>NOMINATIVO</b>	<b>QUALIFICA</b>	<b>Esito Valutazione</b>
SSD BREAST UNIT	DAI Chirurgia	BORTUL MARINA	Dirigente Medico	positivo
SC Chir Plastica (UCO)	DAI Chirurgia Specialistica	ARNEZ ZORAN MARIJ	Dirigente Medico	positivo
SC Clin Ocul (UCO)	DAI Chirurgia Specialistica	TOGNETTO DANIELE	Dirigente Medico	positivo
SC Clin Odont e Stom (UCO)	DAI Chirurgia Specialistica	DI LENARDA ROBERTO	Dirigente Medico	positivo
SC Clin ORL (UCO)	DAI Chirurgia Specialistica	TIRELLI GIANCARLO	Dirigente Medico	positivo
SC Fisica Sanitaria	DAI di Diagnostica per immagini	DE DENARO MARIO	Dirigente Fisico	positivo
SC Med Nucleare	DAI di Diagnostica per immagini	DORE FRANCA	Dirigente Medico	positivo
SC Radiologia HC (UCO)	DAI di Diagnostica per immagini	COVA MARIA ASSUNTA	Dirigente Medico	positivo
SC Radiologia HM	DAI di Diagnostica per immagini	STACUL FULVIO (fino al 31/01/2019)	Dirigente Medico	positivo
SC Radiologia HM	DAI di Diagnostica per immagini	UKMAR MAJA (dal 21/05/2019)	Dirigente Medico	positivo
SSD Radiologia Interventistica Endovascolare	DAI di Diagnostica per immagini	POZZI MUCELLI FABIO	Dirigente Medico	positivo
SC Malattie Infettive	DAI Ematologia, Oncologia, Infettivologia	LUZZATI ROBERTO	Dirigente Medico	positivo
SC Ematologia Clin	DAI Ematologia, Oncologia, Infettivologia	ZAJA FRANCESCO	Dirigente Medico	positivo
SC Oncologia	DAI Ematologia, Oncologia, Infettivi	GUGLIELMI ALESSANDRA	Dirigente Medico	positivo
SC Radioterapia	DAI Ematologia, Oncologia, Infettivi	BEORCHIA AULO	Dirigente Medico	positivo
SC Clin Derma (UCO)	DAI Ematologia, Oncologia, Infettologia	ZALAUDEK IRIS	Dirigente Medico	positivo

SC/SSD	DIPARTIMENTO	NOMINATIVO	QUALIFICA	Esito Valutazione
SC Pronto Soccorso	DAI Emergenza, Urgenza, Accettaz	COPETTI ROBERTO (fino al 12/03/2019)	Dirigente Medico	positivo
SC Pronto Soccorso	DAI Emergenza, Urgenza, Accettaz	COMINOTTO FRANCO (dal 1/4/2019)	Dirigente Medico	positivo
SC Anestesia e rian HM	DAI Emergenza, Urgenza, Accettaz	LUCANGELO UMBERTO	Dirigente Medico	positivo
SC ARTA (UCO)	DAI Emergenza, Urgenza, Accettaz	BERLOT GIORGIO	Dirigente Medico	positivo
SC Clin Medica (UCO)	DAI Medicina	BIOLO GIANNI	Dirigente Medico	positivo
SC Geriatria	DAI Medicina	CESCHIA GIULIANO	Dirigente Medico	positivo
SC Medicina Interna	DAI Medicina	BIANCHINI DARIO	Dirigente Medico	positivo
SC Med Clin (UCO)	DAI Medicina	FABRIS BRUNO	Dirigente Medico	positivo
SC Nefrol e Dialisi	DAI Medicina	BOSCUTTI GIULIANO (fino al 16/09/2019)	Dirigente Medico	positivo
SC Nefrol e Dialisi	DAI Medicina	BIANCO FRANCESCO (dal 17/09/2019)	Dirigente Medico	positivo
SSD Formazione e Ricerca in ultrasonografia Vascolare	DAI Medicina	BARDELLI MORENO	Dirigente Medico	positivo
SC Anat ed Istol Pat (UCO)	DAI Medicina dei Servizi	ZANCONATI FABRIZIO	Dirigente Medico	positivo
SC Igiene e Sanità pubblica	DAI Medicina dei Servizi	D'AGARO PIERLANFRANCO	Dirigente Medico	positivo
SC Microbiologia	DAI Medicina dei Servizi (Med di Laboratorio)	BUSETTI MARINA	Dirigente Medico	positivo
SC Patologia Clin	DAI Medicina dei Servizi (Med di Laboratorio)	RUSCIO MAURIZIO	Dirigente Medico	positivo
SC Clin Neurol (UCO)	DAI Neuroscienze, Ortopedia, Riabilitazione e Medicina del Lav	MANGANOTTI PAOLO	Dirigente Medico	positivo

SC/SSD	DIPARTIMENTO	NOMINATIVO	QUALIFICA	Esito Valutazione
SC Clin Ortop e traumat (UCO)	DAI Neuroscienze, Ortopedia, Riabilitazione e Medicina del Lav	MURENA LUIGI	Dirigente Medico	positivo
SC Med del Lavoro (UCO)	DAI Neuroscienze, Ortopedia, Riabilitazione e Medicina del Lav	BOVENZI MASSIMO	Dirigente Medico	positivo
SC Med Riab	DAI Neuroscienze, Ortopedia, Riabilitazione e Medicina del Lav	PESAVENTO VALENTINA	Dirigente Medico	positivo
SC Neurochirurgia	DAI Neuroscienze, Ortopedia, Riabilitazione e Medicina del Lav	TACCONI LEONELLO	Dirigente Medico	positivo
SSD SSD Centro Formazione e Ricerca per la Prevenzione negli operatori del SSR	DAI Neuroscienze, Ortopedia, Riabilitazione e Medicina del Lav	NEGRO CORRADO	Dirigente Medico	positivo
SC Med Legale (UCO)	DAI Patologia e Medicina Legale	SANTANGELO ELIO (fino al 20/05/2019)	Dirigente Medico	positivo
SC Med Legale (UCO)	DAI Patologia e Medicina Legale	BERGAMINI PIER RICCARDO (dal 21/05/2019)	Dirigente Medico	positivo
DAT	DAT	Emanuela FRAGIACOMO	Dirigente Medico	positivo
DISTRETTO 1	DAT	Cesarino ZAGO	Dirigente Psicologo	positivo
SC Centro Immunotrasf	Dipartimento di MedicinaTrasfusionale	MASCARETTI LUCA GIOVANNI	Dirigente Medico	positivo
SSD Immunoematologia e Distribuzione del Sangue	Dipartimento di MedicinaTrasfusionale	BARCOBELLO MONICA	Dirigente Medico	positivo
SSD Immunotrasfusionale BURLO	Dipartimento di MedicinaTrasfusionale	BET NICOLA	Dirigente Medico	positivo



<b>SC/SSD</b>	<b>DIPARTIMENTO</b>	<b>NOMINATIVO</b>	<b>QUALIFICA</b>	<b>Esito Valutazione</b>
SSD Immunotrasfusionale Gorizia - Monfalcone	Dipartimento di MedicinaTrasfusionale	GIAVITTO MARIA	Dirigente Medico	positivo
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Valentino PATUSSI	Dirigente Medico	positivo
SANITA' PUBBLICA VETERINARIA	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Corrado ABATANGELO	Dirigente Veterinario	positivo
SC ACCERTAMENTI CLINICI E LEGALI PER LE FINALITA' PUBBLICHE	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Pier Riccardo BERGAMINI	Dirigente Medico	positivo
SC DIPENDENZA DA SOSTANZE ILLEGALI	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Roberta BALESTRA	Dirigente Medico	positivo
SC DIPENDENZA DA SOSTANZE LEGALI	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Rosanna PURICH CIARFEO	Dirigente Medico	positivo
SC IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Maria Grazia CELLA	Dirigente Medico	positivo
SC IGIENE SANITA' PUBBLICA PREVENZIONE AMBIENTALE	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Riccardo Tominz	Dirigente Medico	positivo
SC PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Valentino PATUSSI	Dirigente Medico	positivo
SSD LABORATORIO TOSSICOLOGIA FORENSE	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Noelia MALUSA'	Dirigente Chimico	positivo
SSD MEDICINA DEL LAVORO	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Daniela BARBIERATO	Dirigente Medico	positivo
SSD SICUREZZA IMPIANTISTICA	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Mario FELCARO	Dirigente Ingegnere	positivo
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	Roberto MEZZINA	Dirigente Medico	positivo

SC/SSD	DIPARTIMENTO	NOMINATIVO	QUALIFICA	Esito Valutazione
SC CENTRO DI SALUTE MENTALE 1	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	Roberto MEZZINA	Dirigente Medico	positivo
SC CENTRO DI SALUTE MENTALE 2	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	Matteo IMPAGNATIELLO	Dirigente Medico	positivo
SC CENTRO DI SALUTE MENTALE 3	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	Giuseppina RIDENTE	Dirigente Medico fino al 23/12/2018	positivo
SC CENTRO DI SALUTE MENTALE 4	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	Elisabetta PASCOLO FABRICI	Dirigente Medico	positivo
SC CLINICA PSICHIATRICA	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	Elisabetta PASCOLO FABRICI	Dirigente Medico	positivo
SC SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	Alessandra ORETTI	Dirigente Medico	positivo
SC Affari Generali	Direzione Amministrativa	CROCENZI ALESSANDRA	Dirigente Amministrativo	positivo
SC Affari Generali e Legali	Direzione Amministrativa	BERNI FEDERICA	Dirigente Amministrativo	positivo
SC Finanza e Controllo	Direzione Amministrativa	CONTENTO CINZIA	Dirigente Amministrativo	positivo
SC Gestione del Personale	Direzione Amministrativa	TURCO CRISTINA	Dirigente Amministrativo	positivo
SC Gestione stabilimenti	Direzione Amministrativa	PAVAN ELENA CLIO	Dirigente Ingegnere	positivo
SC Informatica e telecom	Direzione Amministrativa	SPAGNO CINZIA	Dirigente Ingegnere	positivo
SC Ingegneria Clin	Direzione Amministrativa	TOMMASINI MAURO	Dirigente Ingegnere	positivo
SC Logistica e servizi economici	Direzione Amministrativa	COLONI GIOVANNI MARIA	Dirigente Amministrativo	positivo
SC GESTIONE Prestazioni Sanitarie E Progettazione Ed	DAT	PAOLETTI FLAVIO	Dirigente Infermieristico	positivo

<b>SC/SSD</b>	<b>DIPARTIMENTO</b>	<b>NOMINATIVO</b>	<b>QUALIFICA</b>	<b>Esito Valutazione</b>
Attività Sociosanitaria				
SC Controllo di Gestione	Direzione Generale	ROZZINI LUCIANA	Dirigente Amministrativo	positivo
SC Ricerca, Innovazione Clinica Assistenziale, qualità, accreditamento e rischio clinico	Direzione Generale	CENTONZE SANDRO	Dirigente Medico	positivo
SC Staff, Innovazione, Sviluppo Organizzativo e Formazione	Direzione Generale	ROSSETTI MICHELE	Dirigente Amministrativo	positivo
SSD Prevenzione e protezione ambienti di lavoro	Direzione Generale	EDALUCCI ELISABETTA	Dirigente Biologo	positivo
SC Dir Med di Presidio	Direzione Sanitaria	PELUSI LUCIA	Dirigente Medico	positivo
SSD technology assessment	Direzione Sanitaria	STROILI MANUELA	Dirigente Medico	positivo
SC Assistenza Farmaceutica	Direzione Sanitaria	SCHINCARIOL PAOLO	Dirigente Farmacista	positivo
SSD Controllo qualità servizi in outsourcing	Direzione Sanitaria	PIANI ROSANNA	Dirigente Medico	positivo
SC ADULTI ANZIANI	DISTRETTO 1	Antonella BENEDETTI	Dirigente Medico	positivo
SC TUTELA SALUTE BAMBINI, ADOLESCENTI, DONNE E FAMIGLIE	DISTRETTO 1	Cesarino ZAGO	Dirigente Psicologo	positivo
SSD RIABILITAZIONE	DISTRETTO 1	Sabrina GASPERI	Dirigente Medico	positivo
SSD SERVIZIO INFERMIERISTICO DISTRETTUALE	DISTRETTO 1	Barbara IANDERCA	Dirigente Infermieristico	positivo

SC/SSD	DIPARTIMENTO	NOMINATIVO	QUALIFICA	Esito Valutazione
DISTRETTO 2	DISTRETTO 2	Giacomo BENEDETTI	Dirigente Medico	positivo
SC ADULTI ANZIANI	DISTRETTO 2	Giacomo BENEDETTI	Dirigente Medico	positivo
SC TUTELA SALUTE BAMBINI, ADOLESCENTI, DONNE E FAMIGLIE	DISTRETTO 2	Daniela VIDONI	Dirigente Medico	positivo
SSD RIABILITAZIONE	DISTRETTO 2	Elena ELLERO	Dirigente Medico	positivo
DISTRETTO 3	DISTRETTO 3	Ofelia ALTOMARE	Dirigente Infermieristico	positivo
SC ADULTI ANZIANI	DISTRETTO 3	Montesi Maria Cristina	Dirigente Medico	positivo
SC TUTELA SALUTE BAMBINI, ADOLESCENTI, DONNE E FAMIGLIE	DISTRETTO 3	Maria Vittoria SOLA	Dirigente Medico	positivo
SSD RIABILITAZIONE	DISTRETTO 3	Roberta ORETTI	Dirigente Medico	positivo
SSD SERVIZIO INFERMIERISTICO DISTRETTUALE	DISTRETTO 3	Ofelia ALTOMARE	Dirigente Infermieristico	positivo
DISTRETTO 4	DISTRETTO 4	Emanuela FRAGIACOMO	Dirigente Medico	positivo
SC ADULTI ANZIANI	DISTRETTO 4	Emanuela FRAGIACOMO	Dirigente Medico	positivo
SC TUTELA SALUTE BAMBINI, ADOLESCENTI, DONNE E FAMIGLIE	DISTRETTO 4	Cosetta CESCHIA	Dirigente Medico	positivo
SSD RIABILITAZIONE	DISTRETTO 4	Angela GIOVAGNOLI	Dirigente Medico	positivo

**Tabella 4.2:** Tabella riassuntiva delle valutazioni di dei direttori di struttura complessa e di struttura semplice a valenza dipartimentale – anno 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: EUGENIO POSSAMAI

CODICE FISCALE: PSSGNE59M27C957L

DATA FIRMA: 17/07/2020 12:00:28

IMPRONTA: 0EE2ACE837914341A47503E8794823D4103562C6D6D75BDC0BBB3FB338406BA9  
103562C6D6D75BDC0BBB3FB338406BA9DFF311918BA576A9096B0FF0C205A4A3  
DFF311918BA576A9096B0FF0C205A4A338906328F2F7D7E9169D4F871EFC155A  
38906328F2F7D7E9169D4F871EFC155AEA8EDD5CB79704F8B1D85EB994EEC081

NOME: ADELE MAGGIORE

CODICE FISCALE: MGGDLA54D55B428P

DATA FIRMA: 17/07/2020 12:05:28

IMPRONTA: 42CA483B7B878747095C33B08581E2979CA5ED5251BB02DE41E460406D2A11ED  
9CA5ED5251BB02DE41E460406D2A11ED5FC6FEF68E969723FD8E880C87B3F363  
5FC6FEF68E969723FD8E880C87B3F363C5D38032B9648F3CA5F3301BD6BDD5E9  
C5D38032B9648F3CA5F3301BD6BDD5E9AEFF541DAC414156A1ADC78DA27251CB

NOME: MARIA-CHIARA CORTI

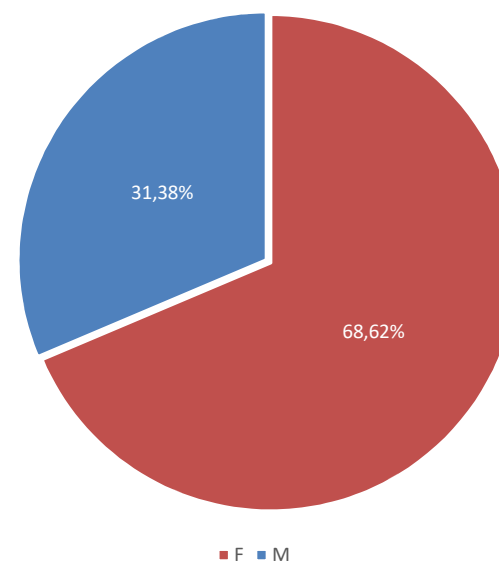
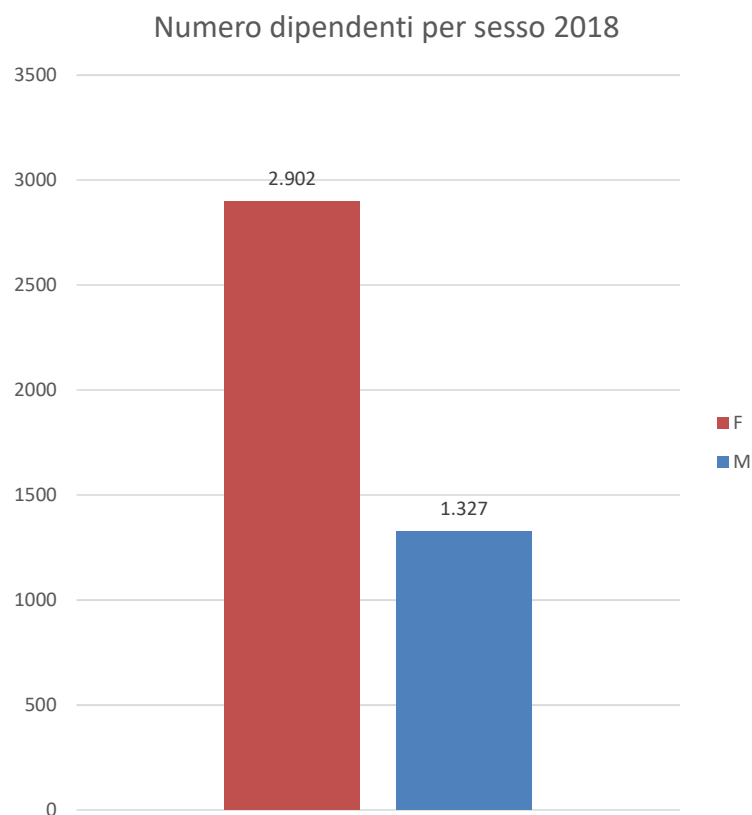
CODICE FISCALE: CRTMCH60H68H223I

DATA FIRMA: 17/07/2020 12:17:27

IMPRONTA: 013AAEEBFC0F93603C38D4328133D4B26DCF7D1B82DD77828369C6454BBD7819  
6DCF7D1B82DD77828369C6454BBD781935DB9BB97C0A371F8B817B258FDA2CFC  
35DB9BB97C0A371F8B817B258FDA2CFCEAFD5DD0095014E6CD1D923B71875A  
EACEFD5DD0095014E6CD1D923B71875A93B0757F291C3DD57A0F582FDEC92B82

# Allegato n. 5 – Bilancio di genere

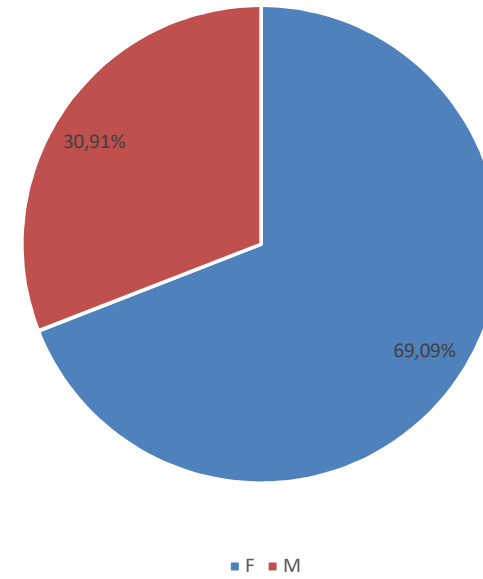
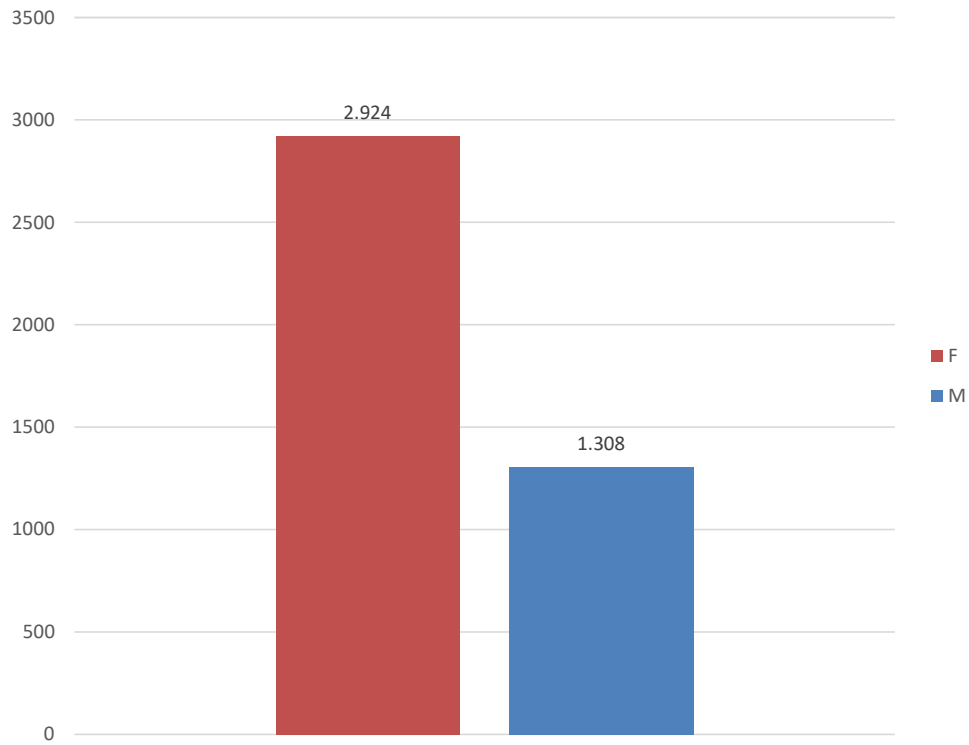
In questi grafici sono riportati i numeri dei dipendenti presenti in Azienda e i relativi valori percentuali



Numero dipendenti 2018	2902	1327
%	68,62%	31,38%

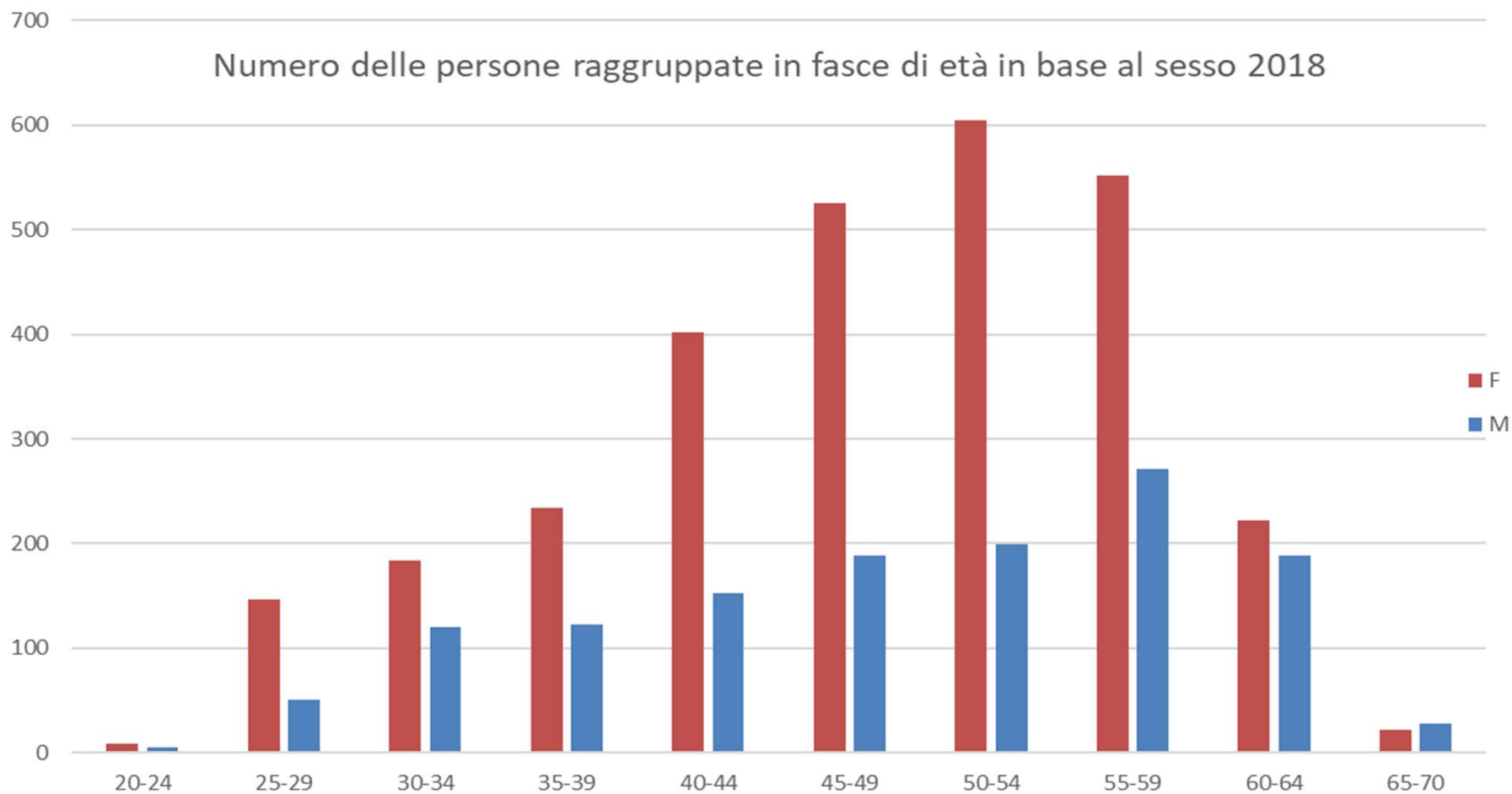
# Anno 2019

Numero dipendenti per sesso 2019



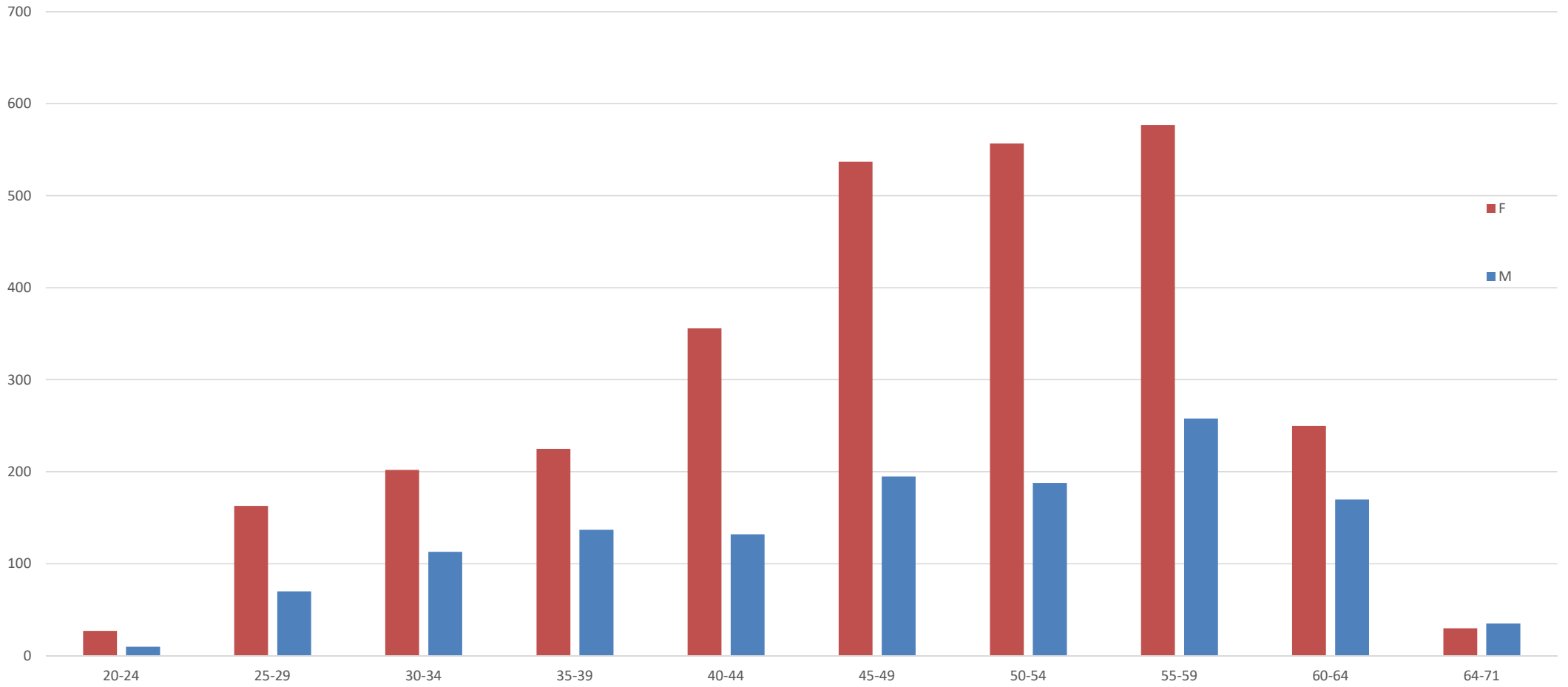
Numero dipendenti 2019	2924	1308
%	69,09%	30,91%

Numero delle persone raggruppate in fasce di età in base al sesso 2018

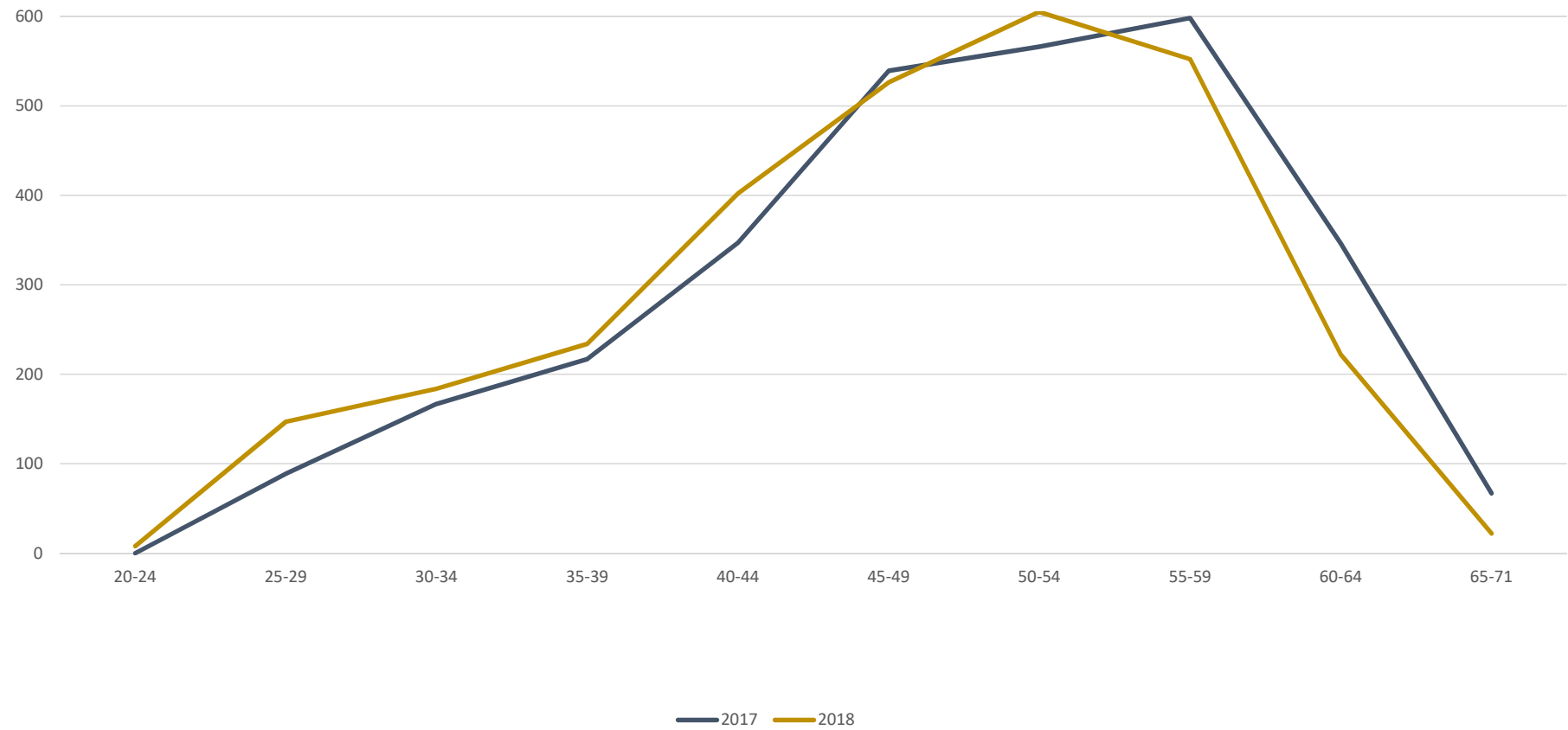




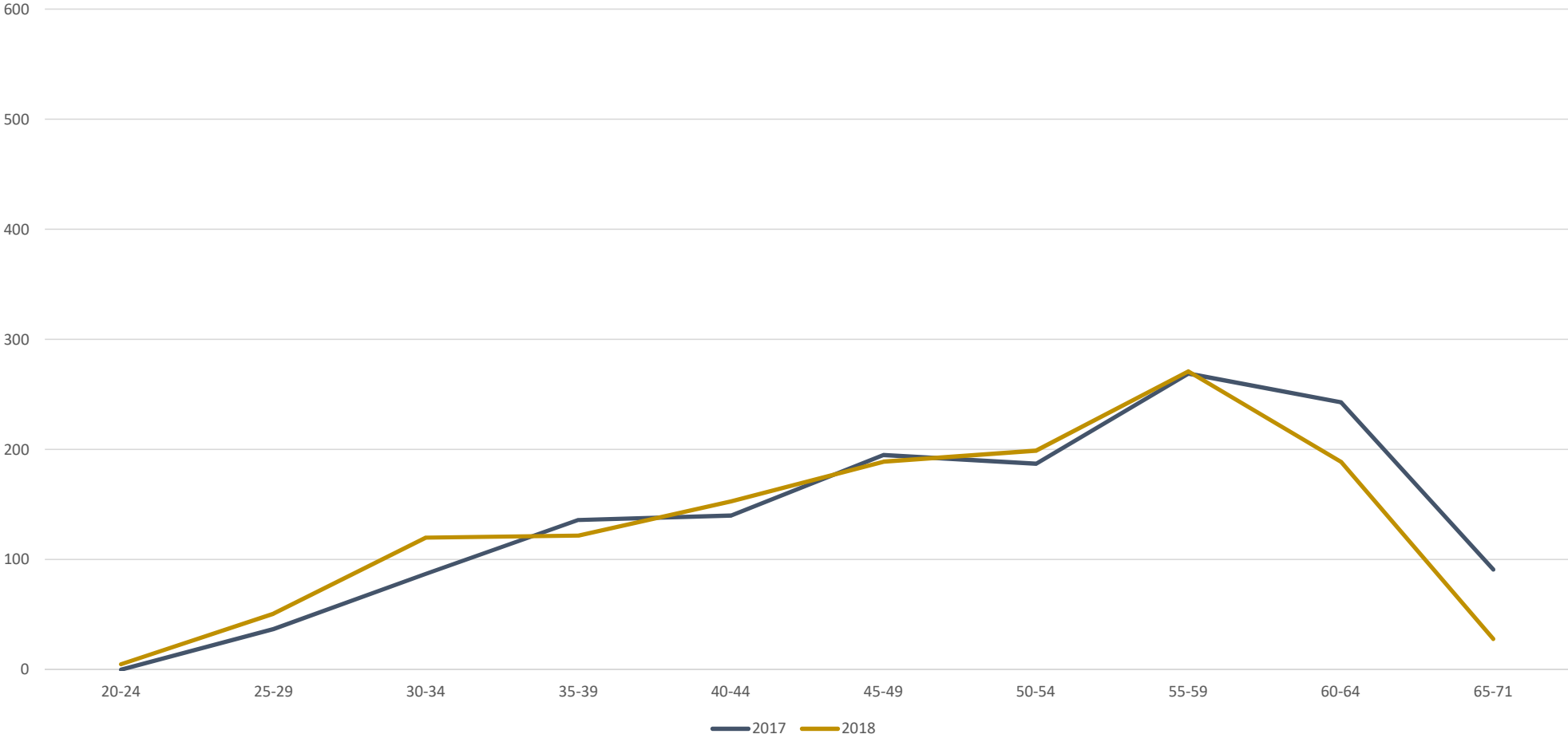
## Numero delle persone raggruppate in fascia d'età in base al sesso 2019



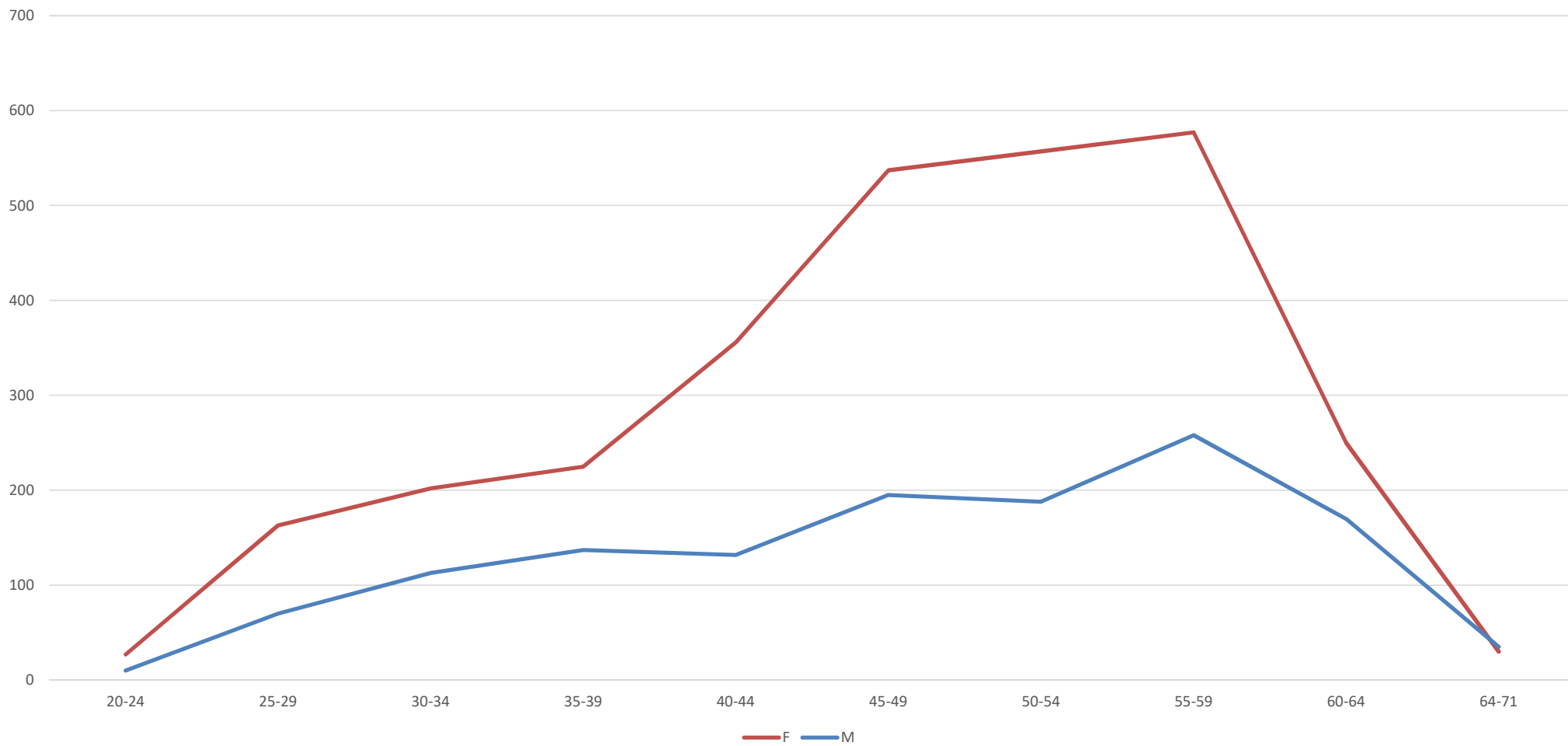
## Distribuzione età donne 2017-2018



Distribuzione età uomini 2017 - 2018

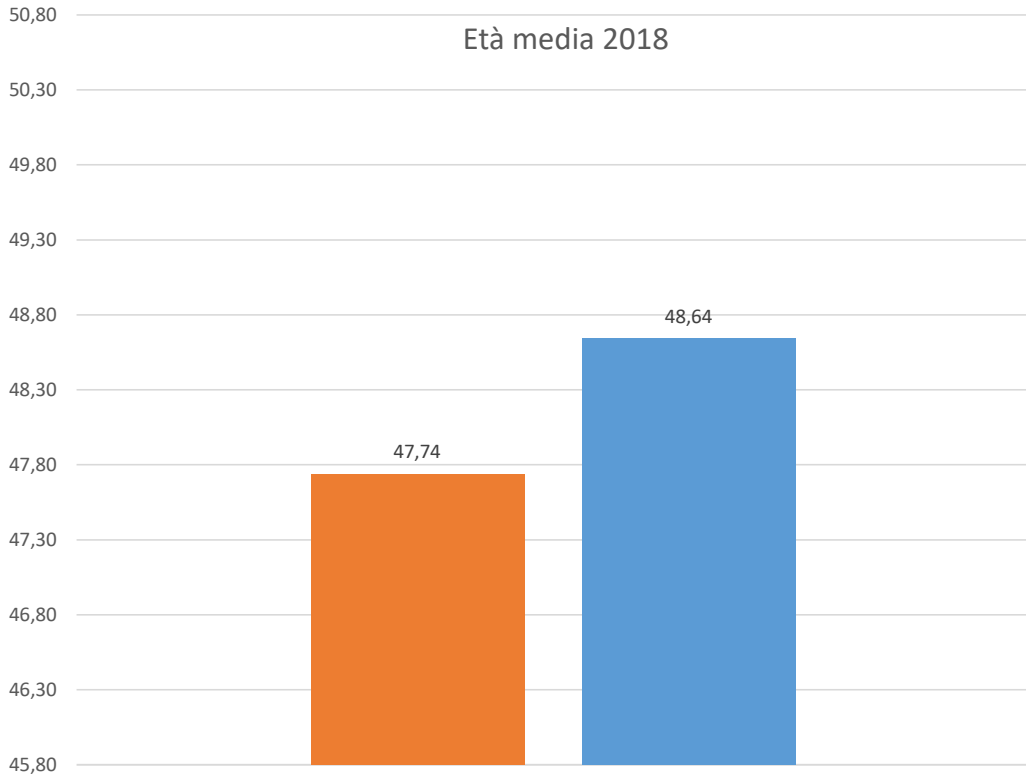


## Distribuzione per età donne e uomini 2019

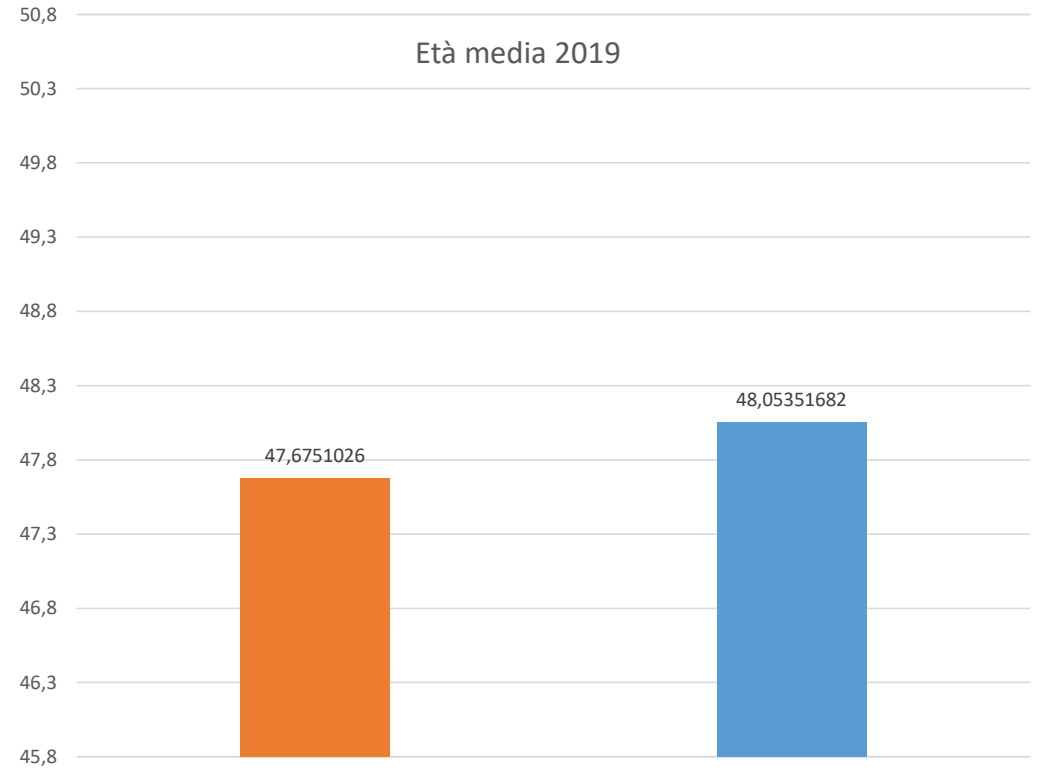


- Nei primi due grafici è evidenziata la distribuzione dei dipendenti, per gli anni 2017 e 2018, in base al sesso e in base all'età, raggruppati in gruppi da 5 anni. Nel terzo grafico la distribuzione per età di uomini e donne nell'anno 2019.
- Si evidenzia che negli anni oggetto dei grafici non ci siano stati grandi cambiamenti e la moda per l'anno 2019 rimane nella fascia 55-59 anni.
- L'età media globale rimane sui 48 anni con una leggera differenziazione tra uomini e donne (48,05 contro 47,67). I grafici a linee ci fanno capire come si sono modificate le età dei vari dipendenti in base al sesso. In entrambi i casi, si nota una lieve diminuzione dell'età media.
- In seguito sono riportati i grafici con le età medie dei due sessi negli ultimi due anni.

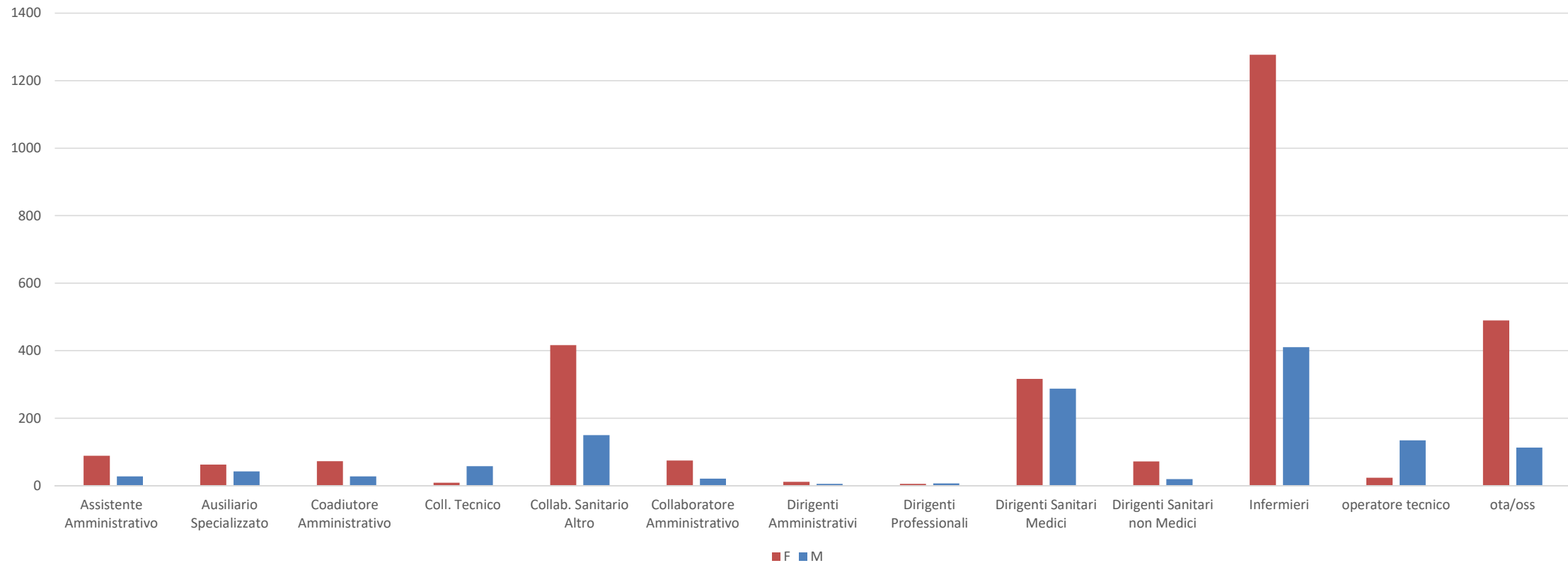
Età media 2018



Età media 2019



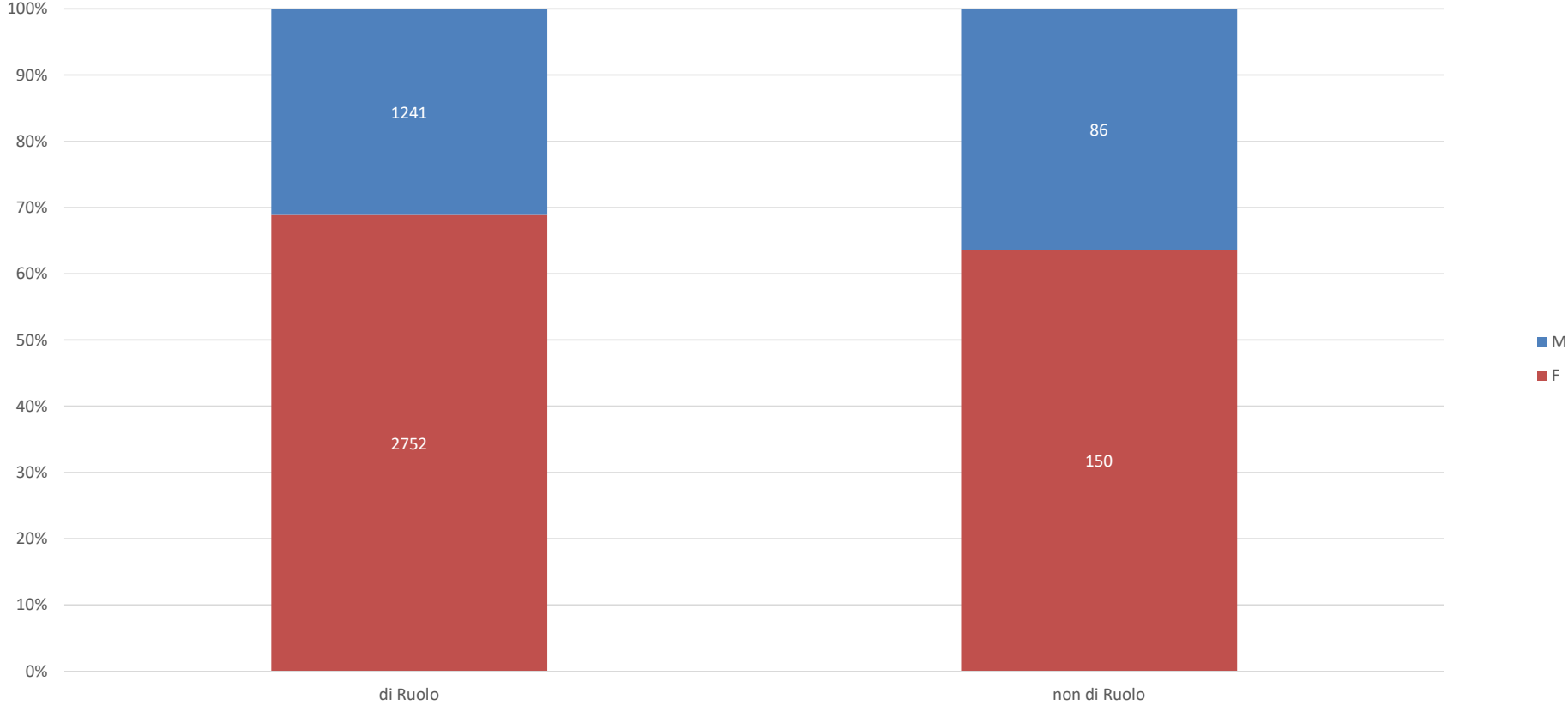
## Distribuzione dei dipendenti in base alla qualifica e al sesso



Questo istogramma descrive la distribuzione dei dipendenti in base alla qualifica, distinguendo tra uomini e donne. Si può notare come in quasi tutte le categorie ci sia una numerosità maggiore di donne, mentre per il ruolo di dirigenti sanitari medici, il numero dei dipendenti è molto simile tra maschi e femmine.

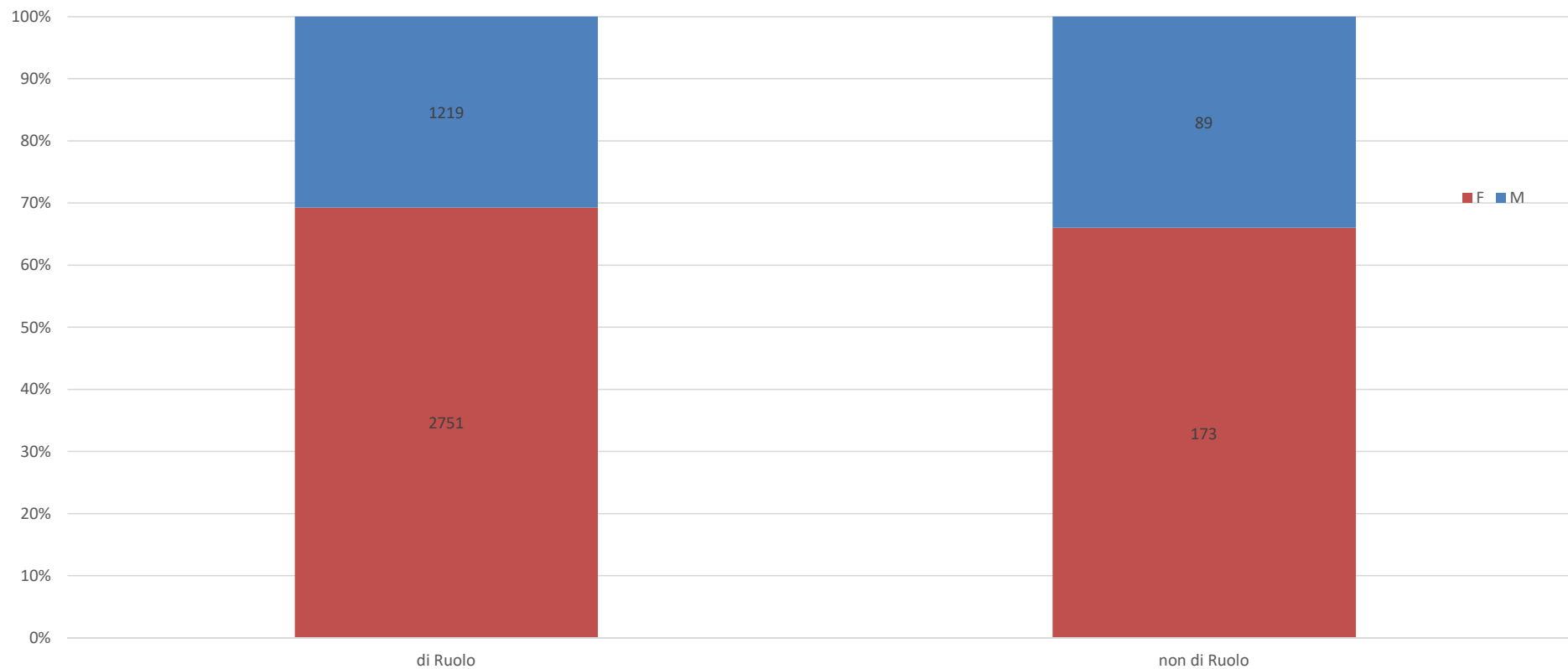
La distribuzione delle qualifiche è rimasta invariata nel corso degli anni.

Numero dipendenti di ruolo e non 2018



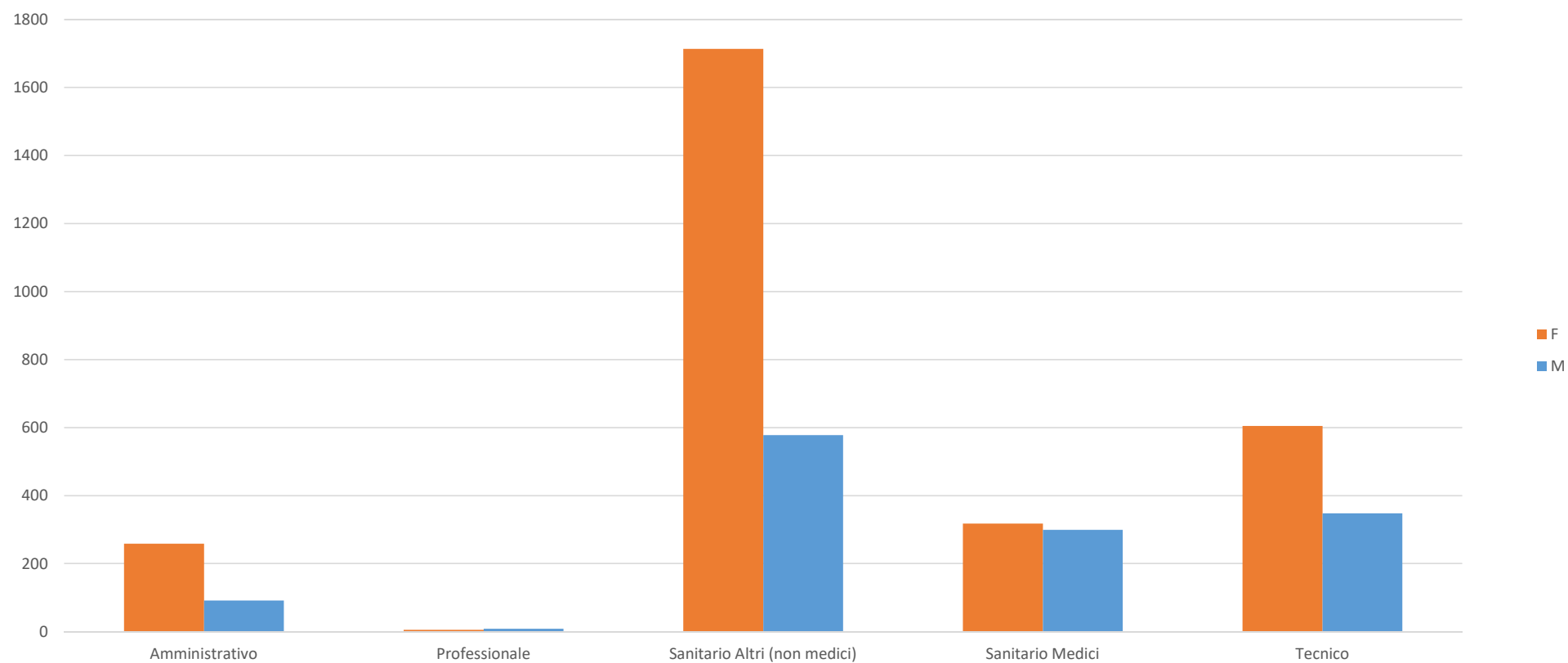


Numero dipendenti di ruolo e non 2019

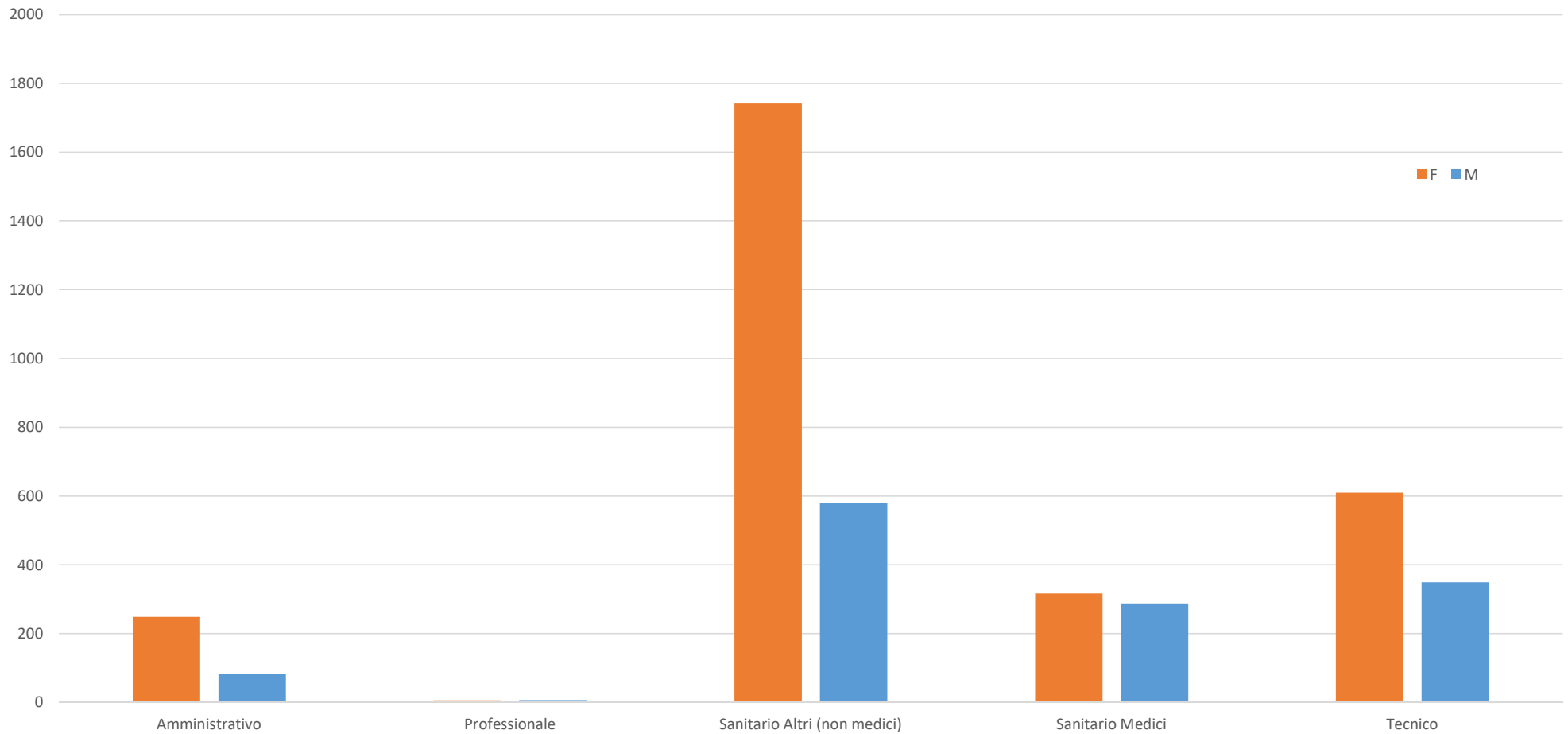


Questi due grafici si riferiscono ai dipendenti di ruolo e non di ruolo presenti in Azienda. Sono raggruppati in colonne in pila al 100% in modo tale da far capire che il rapporto tra le donne (uomini) e i dipendenti totali è costante e non dipende dal fatto che i dipendenti siano di ruolo o meno

Numero dipendenti in base al ruolo 2018

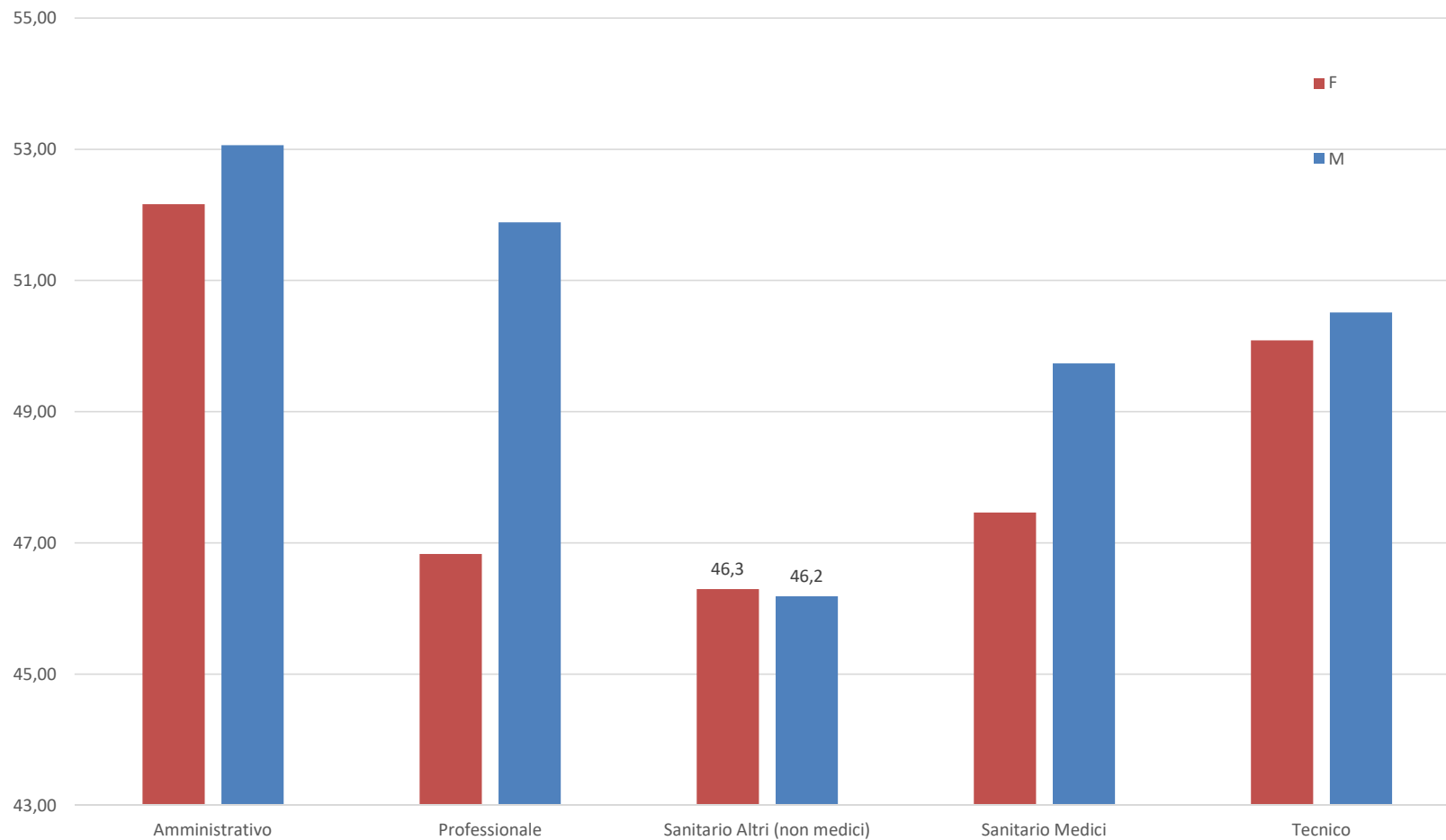


Numero dipendenti in base al ruolo 2019

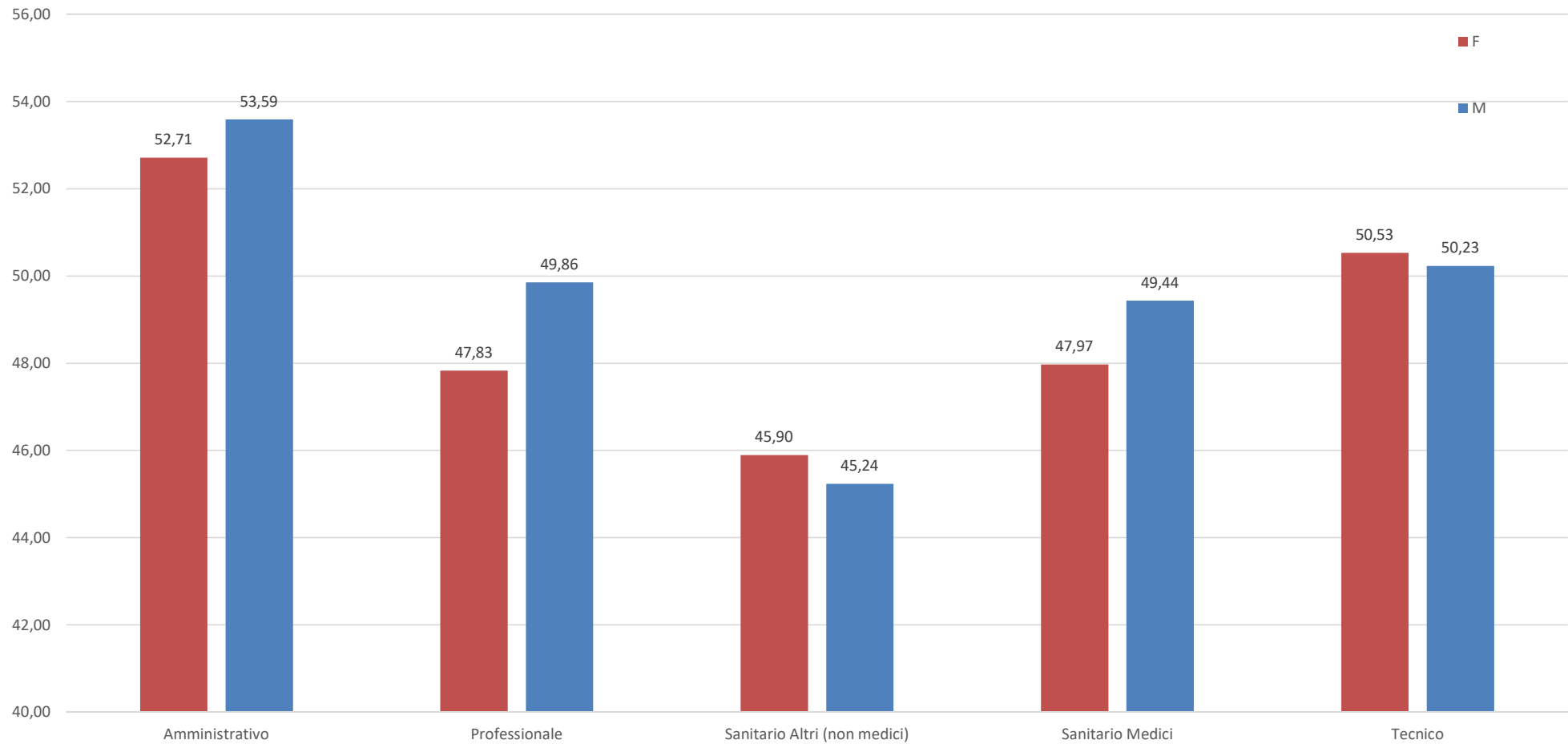


Nei due grafici vengono riportati i dati relativi al numero dei dipendenti in base al ruolo ricoperto. È degno di nota il fatto che per tutti i ruoli siano più numerosi i dipendenti donna (vista la numerosità più elevata) mentre per il ruolo di sanitari medici, il numero tra uomini e donne è molto simile. Anche la distribuzione dei dipendenti in base al ruolo non ha subito grosse modifiche.

Età media per ruolo 2018

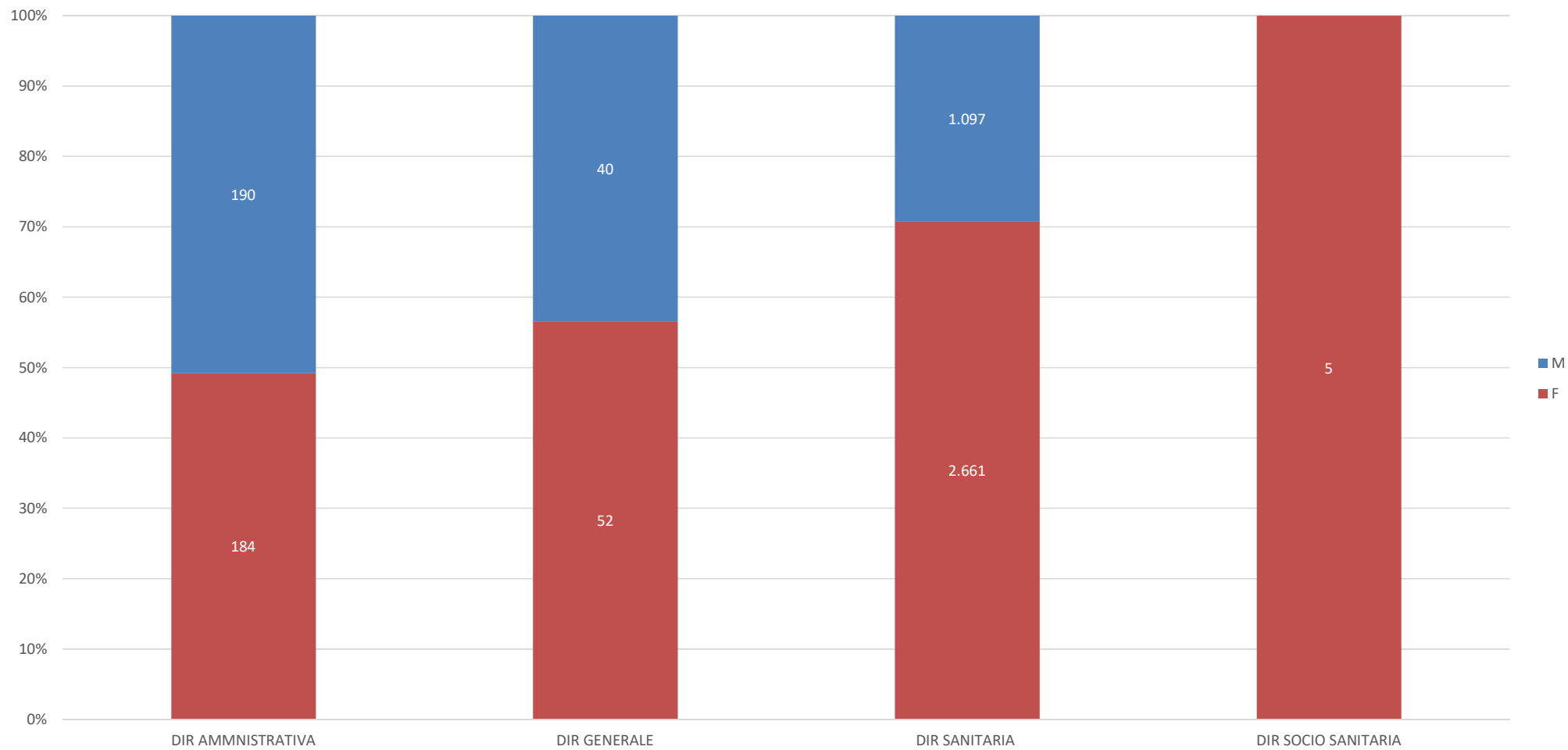


### Età media per ruolo 2019

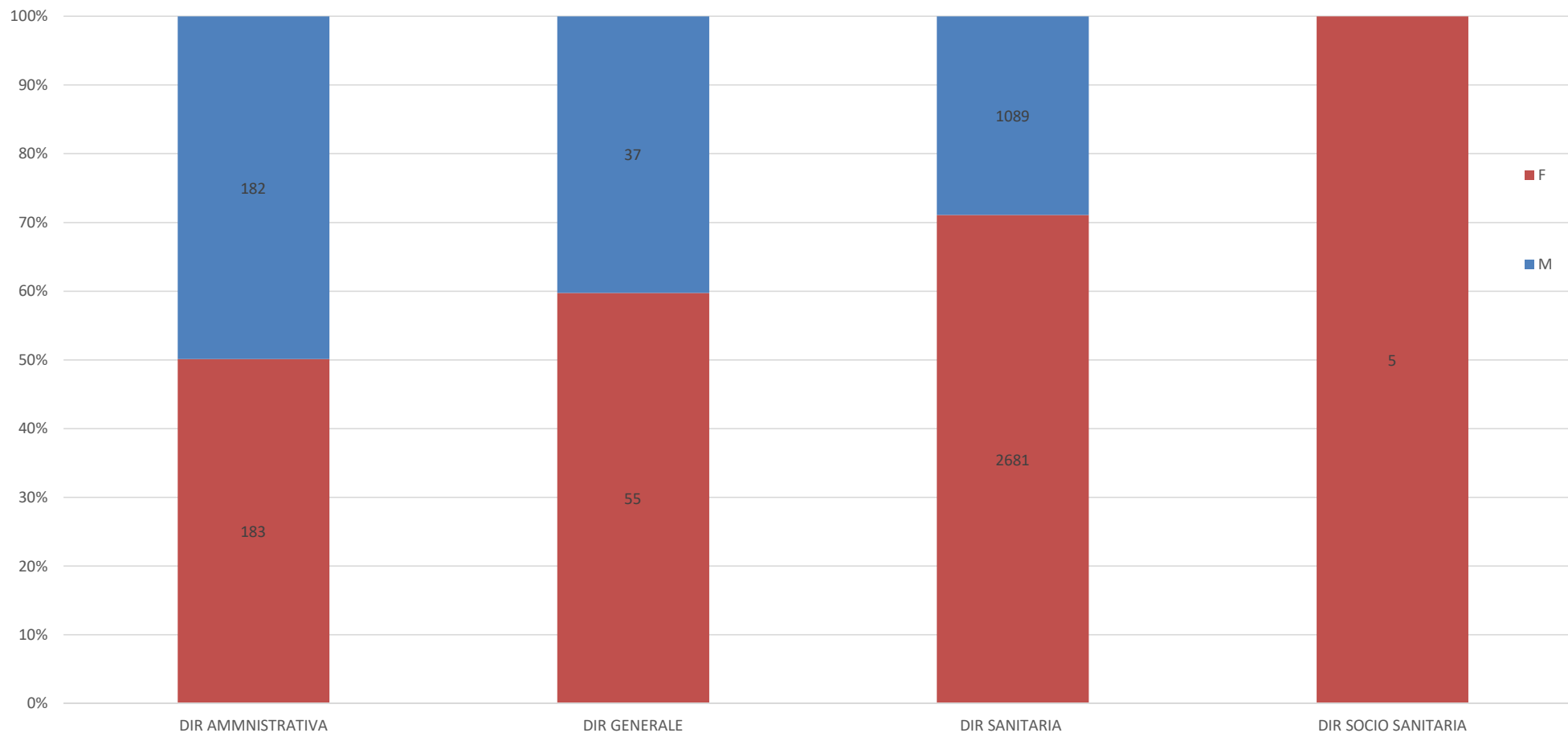


Si evidenzia, anche da questi istogrammi, una leggera diminuzione dell'età media

Rapporto uomini donne in base alla struttura 2018

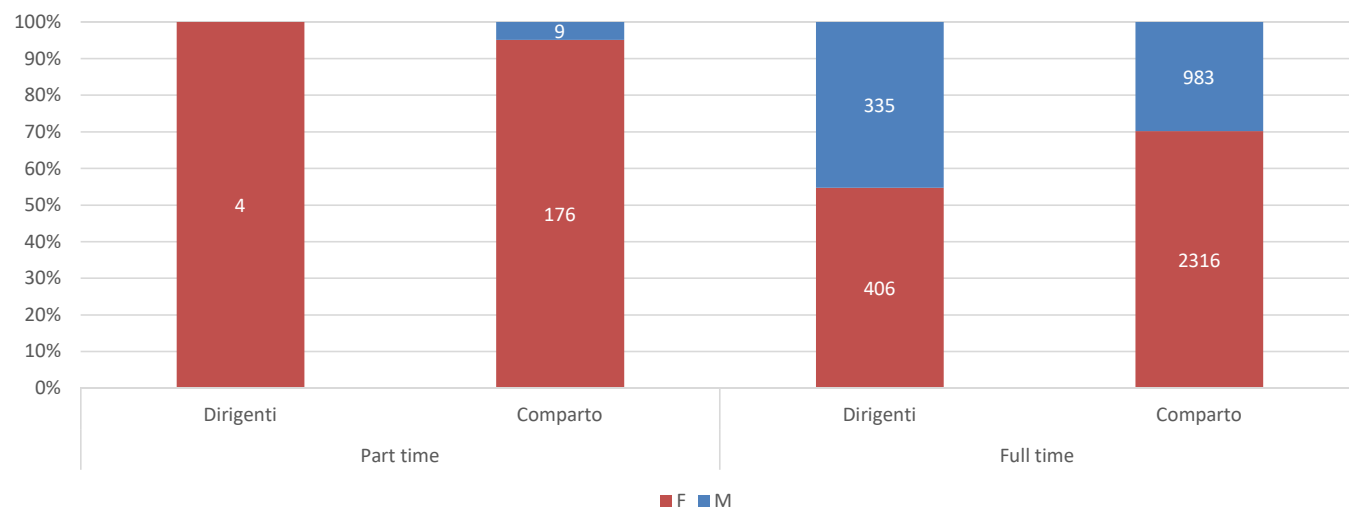


Rapporto uomini e donne in base alla struttura 2019

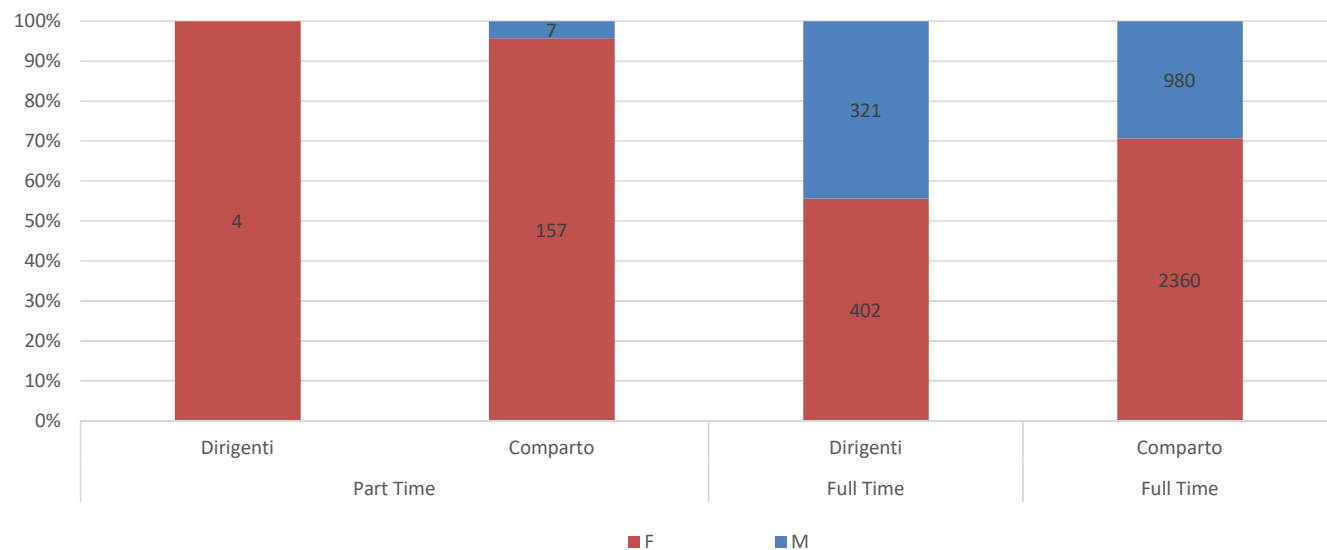


Dai grafici sopra riportati si nota che il rapporto tra uomini e donne all'interno della stessa struttura è rimasto invariato nei due anni.

Rapporto uomini donne in base al contratto di lavoro 2018



Rapporto uomini e donne in base al contratto di lavoro 2019

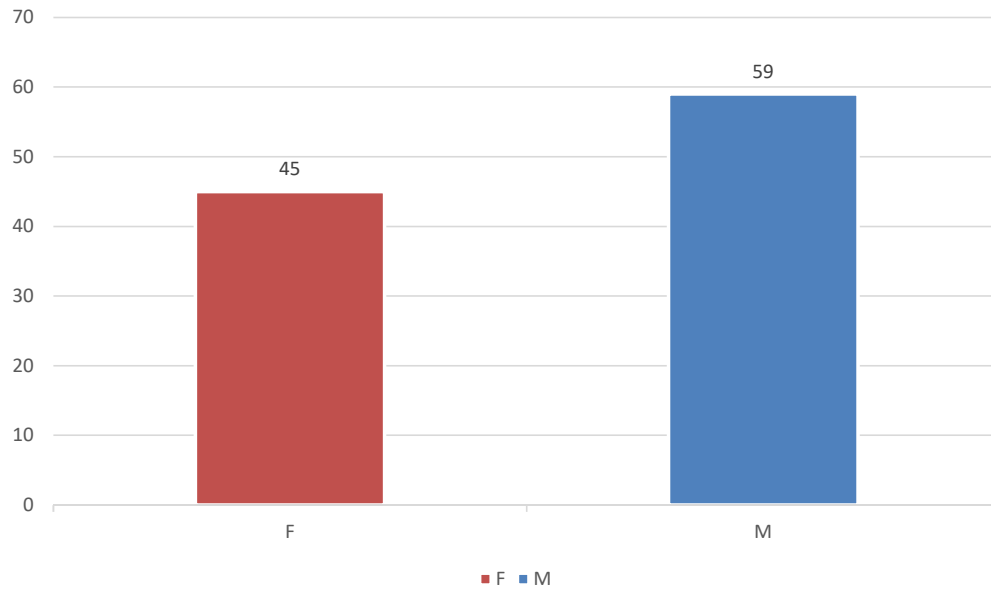


In questa sezione vengono analizzati i dati relativi alla suddivisione tra lavoro full time e part time in base al sesso e all'appartenenza a uno dei due gruppi, personale dirigente e comparto. Si nota che la maggior parte dei contratti di lavoro sono a tempo pieno e nei contratti part time il 95,8% sono donne.

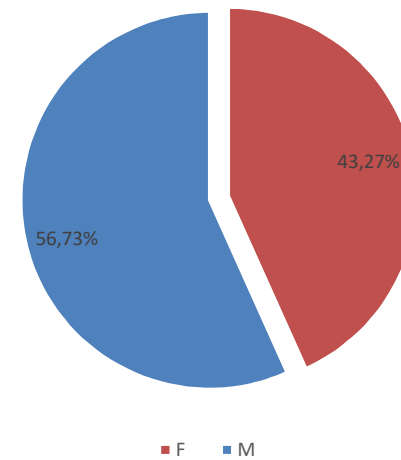


Si riportano di seguito, infine, i grafici con i Direttori di Struttura Complessa e Struttura Semplice Dipartimentale per l'anno 2019, suddivisi per sesso.

Direttori di Struttura Complessa e Struttura Semplice Dipartimentale in base a sesso - 2019



Direttori di Struttura Complessa e Struttura Semplice Dipartimentale in base a sesso - 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: EUGENIO POSSAMAI

CODICE FISCALE: PSSGNE59M27C957L

DATA FIRMA: 17/07/2020 12:00:32

IMPRONTA: 34FE39BF56956C8ED57AC624BF365B84FB0212CC3F23BAC040587D51EEF76E7F  
FB0212CC3F23BAC040587D51EEF76E7FBBA4BB81AB51B1D2C744497C7B436E4A  
BBA4BB81AB51B1D2C744497C7B436E4A042516948BC788D276657FA99A195DAF  
042516948BC788D276657FA99A195DAF7400677BE61C5D610D37D32594963A46

NOME: ADELE MAGGIORE

CODICE FISCALE: MGGDLA54D55B428P

DATA FIRMA: 17/07/2020 12:05:34

IMPRONTA: 21EF188FC80730A7FEFDC2D3818A7419507DE52D7BE759F3C609478C7FA02D26  
507DE52D7BE759F3C609478C7FA02D26AB42DCC1F7439D838B4D4991B40CA1A7  
AB42DCC1F7439D838B4D4991B40CA1A7AF07BF693EFBE6B7BBE8517D0EECF521  
AF07BF693EFBE6B7BBE8517D0EECF52148D721C98100F3BCC4EE0C63B06978F4

NOME: MARIA-CHIARA CORTI

CODICE FISCALE: CRTMCH60H68H223I

DATA FIRMA: 17/07/2020 12:17:32

IMPRONTA: 730F40974E8435DA7C8BFF3EE28814B017E3BD0460E489B6490149285002338C  
17E3BD0460E489B6490149285002338C216988360CFFCFD4C421F5D982B8C345  
216988360CFFCFD4C421F5D982B8C3457784A7FCBE8E7CA9E585F301260A8BEE  
7784A7FCBE8E7CA9E585F301260A8BEE25898BBF96D3E01A4C62D7DEEFF4FB45