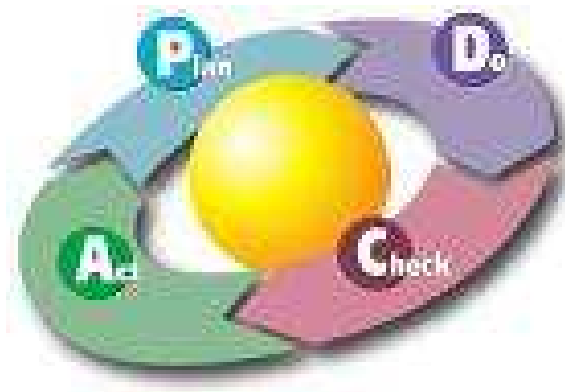




Esercizio 2018



Relazione sulle performance

Relazione intermedia sulle performance esercizio 2018

1 Premessa	3
2 L'ASUITs: contesto di riferimento e risorse.....	5
2.1 Il contesto normativo di riferimento	5
2.2 Il contesto demografico.....	7
2.3 L'organizzazione aziendale	10
3 La Performance organizzativa complessiva	14
4 Misurazione e valutazione della performance.....	15
4.1 La performance aziendale nel 2018.....	15
4.1.1 I vincoli operativi	15
4.2 La performance dei Centri di Responsabilità	22
4.2.1 Obiettivi gestionali correlati a fondi di risultato e produttività collettiva.....	22
4.2.2 Obiettivi gestionali correlati alle Risorse Aggiuntive Regionali.....	23
4.3 La performance individuale.....	24
4.3.1 Sintesi dei risultati per l'Area del Comparto	24
4.3.2 Sintesi dei risultati per il personale dirigente (ex AOUTs).....	35
4.3.3 Sintesi dei risultati per il personale dirigente (ex AAS 1)	37
4.3.4 Analisi di genere	47
5 Il ciclo delle performance ed i piani triennali per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza	48

Allegato 1. Estratto Relazione bilancio consuntivo 2018

Allegato 2. Budget 2018 – Progetto Complessivo Aziendale Percentuali valutazione finale

Allegato 3a. RAR comparto 2018 finale

Allegato 3b. RAR dirigenza medica e veterinaria 2018 finale

Allegato 3c. RAR dirigenza SPTA 2018 finale

Allegato 4. Analisi di genere

1 Premessa

Il presente documento che conclude formalmente il ciclo di gestione 2018 dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (di seguito, per brevità, ASUITs), viene redatto in conformità a quanto previsto:

1. dall'art. 10, comma 1 lettera b) del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, così come modificato dal D.Lgs. 74/2017
2. dall'art. 39 comma 1, lettera b) della L.R. 18 dd 9 dicembre 2016 recante "Disposizioni in materia di sistema integrato del pubblico impiego regionale e locale" che, nello specifico, prevede la stesura di "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"
3. dalle indicazioni fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica con le Linee guida per la Relazione annuale sulla performance n. 3 di novembre 2018.

Dal momento che il ciclo si conclude dopo la data del 30 giugno, scadenza prevista dall'art. 10, comma 1, lett. B) del D.Lgs. 150/2009 per la redazione e pubblicazione della Relazione, l'Azienda ha redatto nei termini una Relazione intermedia, adottata con decreto del Commissario Straordinario n. 522 del 28/6/2019, in cui si è dato conto del livello di raggiungimento degli obiettivi fino a quel momento.

La Relazione fornisce il quadro dei risultati raggiunti nel 2018 a livello aziendale, di struttura operativa ed individuali con riferimento agli obiettivi ed alle risorse definiti nell'ambito del Piano delle Performance per il medesimo esercizio.

Per quanto attiene l'esercizio 2018, questo, per ASUITs, ha rappresentato il secondo anno completo dalla fusione per incorporazione avvenuta il 1° maggio 2016 in ragione di quanto disposto dalla DGR n. 679 dd. 22.4.2016 recante all'oggetto "LR 17/2014: avvio delle Aziende sanitarie universitarie integrate di Trieste e di Udine ai sensi dell'art. 4, comma 2, e atti conseguenti ai sensi dell'art. 10, comma 6", cui è stata data attuazione con decreto del Presidente della Regione n. 088/Pres. dd. 27.4.2016.

Quanto sopra si è sviluppato sullo sfondo del più ampio Riordino del Servizio Sanitario Regionale avviato con la L.R. 17/2014 che, ora, la Regione si appresta nuovamente a riformare a seguito dell'emanazione della L.R. 27/2018 che prevede un ulteriore

accorpamento di strutture dando vita, dal 1/1/2020, ad un Servizio Sanitario Regionale che comprenderà 3 Aziende Sanitarie (di cui 2 integrate con l'Università, Trieste ed Udine), 2 I.R.C.C.S. (Burlo Garofolo di Trieste per la parte materno infantile e Centro di Riferimento Oncologico di Aviano) e l'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (di seguito, per brevità, A.R.C.S.).

Nel corso del 2018, inoltre, ha trovato quasi completa applicazione l'organizzazione aziendale disegnata dal nuovo Atto Aziendale, adottato l'anno prima con decreto del Direttore Generale n. 476 dd. 19/07/2017 e successivamente modificato con decreto del Direttore Generale n. 843 del 06/12/2017.

Da segnalare, inoltre, che l'Organismo Indipendente di Valutazione della Prestazione che ha avviato il ciclo delle Performance 2018 è stato nominato con decreto del Direttore Generale n. 290 del 17/04/2018. Nel mese di maggio 2019 due dei tre componenti in carica hanno rassegnato le dimissioni dall'incarico per cui l'Azienda ha avviato le procedure per la loro sostituzione. Le due nuove nomine sono state formalizzate con decreto del Commissario Straordinario n. 544 del 11/07/2019.

La Relazione fornisce il quadro dei risultati raggiunti nel 2018:

- a livello aziendale, contenuti nel Piano Attuativo Locale adottato con decreto del Direttore Generale n. 253 dd. 29/3/2018 avente ad oggetto "Adozione del programma e del bilancio preventivo economico annuale per l'anno 2018 (PAL 2018)";
- a livello di struttura operativa con riferimento agli obiettivi ed alle risorse definiti nell'ambito del Progetto Complessivo Aziendale, adottato dall'Azienda con decreto del Direttore Generale n. 412 dd. 08/06/2018 avente ad oggetto "Formalizzazione del documento descrittivo del "Ciclo delle performance e del sistema dei controlli interni" e dell'assegnazione del Budget ai Centri di Responsabilità aziendali per l'anno 2018", nonché quelli relativi ai progetti assegnati nell'ambito della definizione delle Risorse Aggiuntive Regionali;
- a livello individuale, mediante rappresentazione degli esiti delle valutazioni individuali.

Per quanto attiene la strutturazione del documento, si evidenzia che la parte relativa alle performance a livello aziendale costituisce un estratto della Relazione sulla gestione allegata al Bilancio Consuntivo 2018 adottato con decreto del Commissario Straordinario

n. 364 dd. 15/05/2019 "Approvazione definitiva del Bilancio di esercizio e del rendiconto finanziario 2018".

2 L'ASUITs: caratteristiche dimensionali e contesto di riferimento

Il Ciclo delle performance è dettagliatamente descritto nel documento “Ciclo della performance e sistema dei controlli interni”, adottato con decreto del Direttore Generale n. 412 dd. 08/06/2018 e pubblicato sul sito internet dell’Azienda alla sezione “Amministrazione trasparente / Performance / Sistema di misurazione e valutazione della performance”. Di seguito si riportano alcuni aspetti di sintesi ed i riferimenti ai provvedimenti regionali ed aziendali che hanno caratterizzato il 2018.

2.1 Il contesto normativo di riferimento

Il ciclo della Performance Aziendale, coincide con il cosiddetto ciclo della programmazione strategica e si ricollega agli obiettivi di medio e lungo termine derivanti dalla mission aziendale. L'ASUITs, in quanto Ente di diritto pubblico ancorché dotato di autonomia imprenditoriale, svolge la propria mission nell'ambito dei più ampi Sistemi Sanitari Regionale (SSR) e Nazionale (SSN). Non è in tal senso autoreferente, ma deve rispondere alle esigenze di un complesso sistema - normato da leggi nazionali e regionali - di cui fanno parte una molteplicità di Enti con cui l'Azienda stessa deve interfacciarsi per adeguare i propri comportamenti alle esigenze di salute della popolazione. La mission aziendale non si esaurisce, infatti, nella semplice erogazione di volumi di prestazioni, in quanto l'outcome ovvero l'efficacia delle prestazioni stesse, prevede che vi sia un costante confronto con gli Enti sovraordinati (la Regione), gli Enti di pari livello (Aziende Sanitarie, IRCCS, ecc.) e le rappresentanze del territorio (Comuni, province ovvero forme di aggregazione degli stessi come la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale) e dell'utenza per la definizione quali-quantitativa delle esigenze da soddisfare.



Il quadro di riferimento regionale nel 2015 è stato profondamente modificato dalla nuova L.R. n. 17 del 16 ottobre 2014 recante “Riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria”.

Da un contesto che fino al 31/12/2014 risultava essere articolato in sei Aziende per i Servizi Sanitari (n. 1 Triestina, n. 2 Isontina, n. 3 Altro

Friuli, n. 4 Friuli Centrale, n. 5 Friuli Occidentale, un'Azienda Ospedaliera (Pordenone), due Aziende Ospedaliero Universitarie (Trieste ed Udine) e due I.R.C.C.S., si passa, a far data dal 01/01/2015, ad un assetto descritto dagli Articoli 3, 4 e 5 comma 1, articolato in 5 Aziende per l'Assistenza Sanitaria, due Aziende Ospedaliero Universitarie (Trieste ed Udine) e due I.R.C.C.S. per poi passare, al 01/05/2016, ad un sistema sanitario articolato su 3 Aziende per l'Assistenza Sanitaria, due Aziende Sanitarie Universitarie Integrate (Trieste ed Udine) e due I.R.C.C.S., in seguito alla fusione per incorporazione delle due Aziende Ospedaliero - Universitarie nelle Aziende Sanitarie territorialmente competenti. Come accennato in premessa, questa rivoluzione è destinata a perpetrarsi in base a quanto disposto dalla L.R. 27/2018 che prevede un ulteriore accorpamento di strutture dando vita, dal 1/1/2020, ad un Servizio Sanitario Regionale che comprenderà 3 Aziende Sanitarie, 2 I.R.C.C.S. e l'A.R.C.S., l'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute.

Per quanto attiene la Programmazione Regionale 2018, si ritiene utile riportare di seguito gli atti che hanno informato i provvedimenti aziendali in materia:

- ✓ DGR n. 2667 dd. 28.12.2017 Lr 49/1996, art 12 - Linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2018. Approvazione preliminare;
- ✓ DGR n. 185 dd. 2.2.2018 Lr 49/1996, art 12 - Linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2018: approvazione definitiva;
- ✓ DGR n. 561 dd. 15.3.2018: Lr 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2018/2020 e riforma della DGR 185/2018;
- ✓ DGR n. 725 dd. 21.3.2018 DGR 185/2018, art 12 - Linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2018: approvazione definitiva. Integrazioni e modifiche;
- ✓ DGR n. 735 dd. 21.3.2018: Lr 49/1996, art 16 e art 20 - Programmazione degli investimenti per gli anni 2018/2020;
- ✓ DGR n. 736 dd. 21.3.2018: Patto 2018 tra regione e direttori generali degli enti del servizio sanitario regionale;
- ✓ DGR n. 790 dd. 15.3.2018: Lr 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2018/2020 in attuazione della DGR 561/2018;

- ✓ DGR n. 791 dd. 21.3.2018: Lr 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2018/2020: riforma della DGR 561/2018;
- ✓ DGR n. 1423 dd. 27.7.2018: Lr 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione annuale 2018 del Servizio sanitario regionale;
- ✓ DGR n. 1424 dd. 27.7.2018: Lr 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2018/2020 in attuazione della DGR 561/2018 – “interventi di investimento e adeguamento sistemi informativi”;
- ✓ DGR n. 1911 dd. 19.10.2018: Lr 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2018/2020 in attuazione della DGR 561/2018;
- ✓ DGR n. 1912 del 19.10.2018: LR 26/2015, art. 44. I Rendiconto quadrimestrale 2018 di valutazione economia, finanziaria e gestionale del Servizio Sanitario Regionale;
- ✓ DGR n. 2163 del 23.11.2018: LR 49/1996, art. 16 e art. 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2018/2020 del servizio sanitario regionale. Integrazione a seguito della LR 25/2018;
- ✓ DGR n. 2165 dd. 23.11.2018: DGR 1423/2018 concernente: LR 49/1996, art. 16 e art. 20 – programmazione annuale 2018 del Servizio Sanitario Regionale – modifiche ed integrazioni;
- ✓ DGR n. 2350 dd. 14.12.2018: Lr 26/2015, art 44. Gestione del servizio sanitario regionale: Il rendiconto quadrimestrale 2018 di valutazione economica, finanziaria e gestionale.

2.2 Il contesto demografico

L'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste opera su un territorio di 211,82 kmq coincidente con l'ex Provincia di Trieste, con una popolazione complessiva di 234.746 abitanti (fonte SISSR, Sistema Informativo Socio Sanitario Regionale), distribuiti in 6 comuni (Duino Aurisina, Monrupino, Muggia, San Dorligo della Valle, Sgonico, Trieste), 3 ambiti, suddivisi in 4 distretti.

Il bacino di utenza, in quanto anche sede di un Ospedale Hub regionale, raggiunge anche i Comuni dell'ex Provincia di Gorizia.

La distribuzione della popolazione residente nel territorio per fasce di età è la seguente:

Distribuzione della popolazione per fasce di età territorio ex Provincia di Trieste:

Popolazione al 1/1/2018		Femmine		Maschi		TOTALE	
Classi di età	valore	%	valore	%	valore	%	
0-14	12.574	10,28	13.455	11,98	26.029	11,09	
15-64	70.328	57,48	71.231	63,4	141.559	60,32	
65-74	16.560	13,54	13.798	12,28	30.358	12,94	
ultra75	22.880	18,7	13.865	12,34	36.745	15,66	
Totale	122.342	100	112.349	100	234.691	100	

Distribuzione della popolazione per fasce di età territorio FVG

Popolazione al 1/1/2018		Femmine		Maschi		TOTALE	
Classi di età	valore	%	valore	%	valore	%	
0-14	71.984	11,5	76.132	12,91	148.116	12,18	
15-64	373.229	59,64	378.825	64,23	752.054	61,87	
65-74	79.868	12,76	71.094	12,05	150.962	12,42	
ultra75	100.717	16,09	63.742	10,81	164.459	13,53	
Totale	625.798	100	589.793	100	1.215.591	100	

La distribuzione per fasce di popolazione per Distretto è la seguente:

Distretto 1 – Trieste città nord ovest						
Classi di età	Femmine		Maschi		TOTALE	
	valore	%	valore	%	valore	%
0-14	3.432	10,78	3.611	12,25	7.043	11,49
15-64	18.437	57,93	18.423	62,49	36.860	60,12
65-74	4.217	13,25	3.764	12,77	7.981	13,02
ultra75	5.740	18,04	3.685	12,5	9.425	15,37
Totale	31.826	100	29.483	100	61.309	100

Distretto 2 – Trieste città sud						
Classi di età	Femmine		Maschi		TOTALE	
	valore	%	valore	%	valore	%
0-14	2.867	9,99	3.171	11,6	6.038	10,77
15-64	16.889	58,83	18.301	66,93	35.190	62,78
65-74	3.659	12,74	2.908	10,63	6.567	11,72
ultra75	5.295	18,44	2.964	10,84	8.259	14,73
Totale	28.710	100	27.344	100	56.054	100

Distretto 3 – Trieste città est						
Classi di età	Femmine		Maschi		TOTALE	
	valore	%	valore	%	valore	%
0-14	3.102	10	3.288	11,58	6.390	10,75
15-64	17.046	54,93	17.036	59,98	34.082	57,34
65-74	4.934	15,9	4.090	14,4	9.024	15,18
ultra75	5.953	19,18	3.989	14,04	9.942	16,73
Totale	31.035	100	28.403	100	59.438	100

Distretto 4 – Trieste città nord						
Classi di età	Femmine		Maschi		TOTALE	
	valore	%	valore	%	valore	%
0-14	3.136	10,3	3.347	12,43	6.483	11,3
15-64	17.782	58,39	17.326	64,37	35.108	61,2
65-74	3.715	12,2	3.016	11,21	6.731	11,73
ultra75	5.821	19,11	3.227	11,99	9.048	15,77
Totale	30.454	100	26.916	100	57.370	100

Il quadro demografico della popolazione residente ASUITs

Nella tabella che segue si esprime in sintesi il confronto demografico tra ASUITs, Distretti e regione Friuli Venezia Giulia (FVG) sui principali indicatori. Si segnala come ASUITs presenti un indice di vecchiaia che supera di 45 punti il dato regionale. Ciò a fronte di una popolazione ultra 65enne che rappresenta il 28,6% del totale della popolazione residente (25,3% nel resto del FVG) e quella ultra settantacinquenne che raggiunge il 15,7% (13,0% il dato del resto del FVG).

Il quadro demografico di ASUITs (popolazione riferita al 01/01/2018 - anagrafe comunale, fonte SISR). Nella tabella che segue si esprime in sintesi il confronto demografici tra ASUITs (Distretti) e regione FVG sui principali indicatori.

INDICATORI	DISTRETTO 1	DISTRETTO 2	DISTRETTO 3	DISTRETTO 4	ASUITs	FVG
Ind. dip. giovanile (%)	19,11	17,16	18,75	18,47	18,39	19,69
Ind. dip. senile (%)	47,22	42,13	55,65	44,94	47,4	41,94
Ind. popol. attiva (%)	170,77	141,29	180,39	154,83	160,96	156,41
Indice di carico (%)	22,24	22,8	22,46	22,35	22,51	23,48
Indice di dipendenza (%)	66,33	59,29	74,4	63,41	65,79	61,64
Indice di fecondità (%)	4,58	4,31	3,93	4,22	4,31	4,35

Indice di vecchiaia (%)	247,14	245,54	296,81	243,39	257,8	212,96
Indice sostituzione (%)	164,06	171,2	178,91	150,96	165,88	149,61

Questi elementi risultano fondamentali per una corretta interpretazione dei risultati della performance aziendale per l'esercizio 2018.

La popolazione esente da ticket nell'esercizio 2018 è pari a 132.358 unità (51.720 per motivi di reddito, 80.638 per altri motivi). Nella tabella che segue in sintesi e per tipologia il quadro delle esenzioni al 01/01/2017, al 01/01/2018 e al 01/01/2019 che non dimostra significative variazioni.

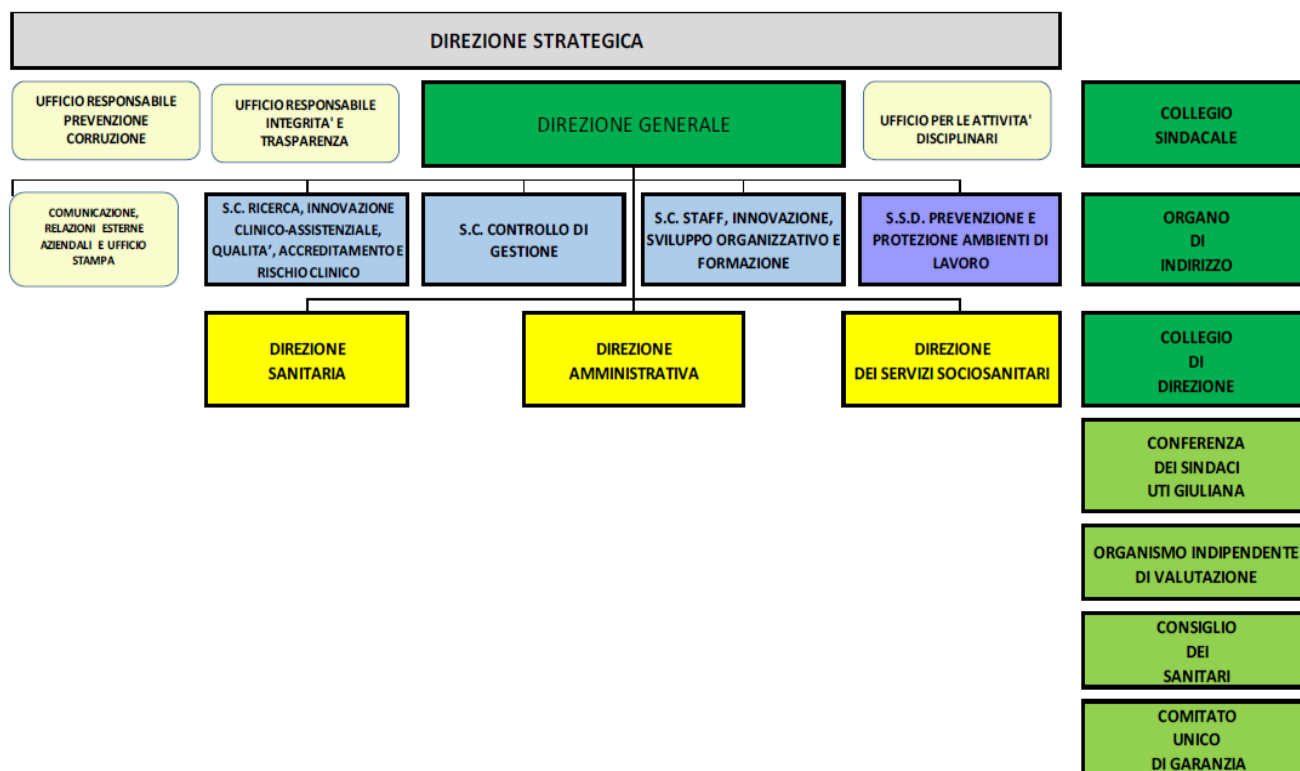
	01/01/2017		01/01/2018		01/01/2019	
	Esenti	Esenzioni	Esenti	Esenzioni	Esenti	Esenzioni
GRAVIDANZA	855	906	840	892	778	825
AFIR	71	71	75	75	75	75
SCREENING	465	465	687	687	835	835
INVALIDITA'	18.349	19.242	18.429	19.354	18.533	19.492
MALATTIE RARE	2.750	2.811	1.964	1.999	2.147	2.183
PATOLOGIA	66.502	97.435	67.836	99.809	68.448	101.125
ISEE contrib. Reg.	2.194	2.195	2.812	2.854	3.310	3.384
E01 ETA' < 6 / > 65 ANNI	51.036	51.036	50.570	50.570	50.360	50.360
E03 TITOLARE PENSIONE SOCIALE	2.344	2.344	2.283	2.283	2.236	2.236
E04 ETA' > 60 E PENSIONE AL MINIMO	870	870	879	879	941	941
ETA' TOTALE	52.456	54.250	51.941	53.732	51.718	53.537
Reddito	52.465	54.259	51.942	53.733	51.720	53.539
Non Reddito	78.335	123.125	79.514	125.670	80.638	127.919
TOTALE	130.800	177.384	131.456	179.403	132.358	181.458

2.3 L'organizzazione aziendale

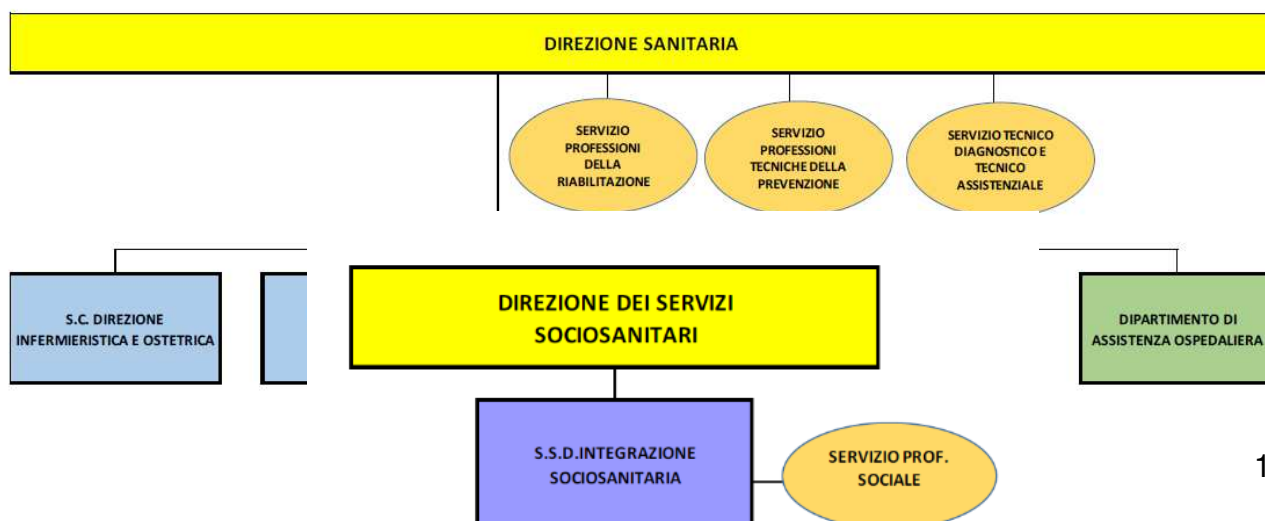
L'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste con il decreto DG n. 242/16 ("Prime determinazioni, nelle more dell'adozione dell'Atto Aziendale, relative all'assetto istituzionale dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (A.S.U.I. TS) (manca acronimo Trieste?) di cui al decreto del Presidente della Regione n. 088/Pres. dd. 27.04.2016, su conforme deliberazione della Giunta regionale n.679 dd. 22.4.2016, ai sensi del combinato disposto di cui agli artt. 3, comma 2, e 4, comma 2, della L.R. n. 17 dd. 16 ottobre 2014") ha mantenuto l'impianto generale degli assetti organizzativi dell'esercizio 2015 anche per gli anni 2016 e 2017, tranne che interventi realizzati in aree specifiche al fine di produrre coordinamenti e razionalizzazione dei processi. Nel corso del 2017 a fondamento dell'organizzazione aziendale è intervenuta l'adozione dell'Atto

Aziendale in subordine all'assenso regionale. L'Atto è stato adottato con decreto DG n. 476 dd. 19/7/2017 e successivamente modificato con decreto DG n. 843 del 6/12/2017, e ha trovato piena attuazione nel corso del 2018.

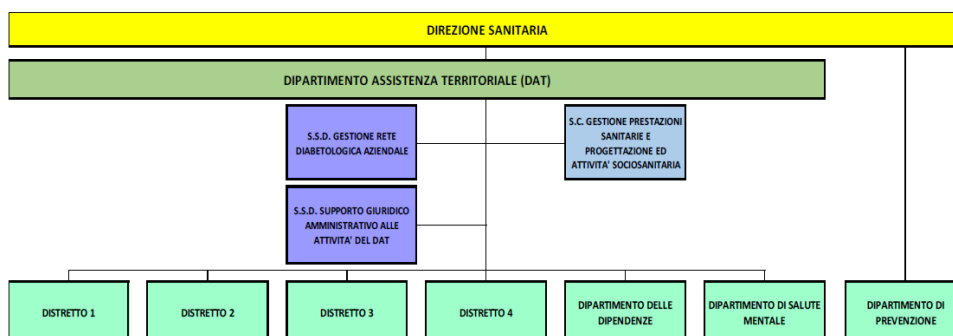
In base al nuovo Atto, la Direzione Generale si avvale delle Strutture e degli uffici qui sotto riportati e compone la Direzione Strategica assieme alla Direzione Sanitaria, a quella Amministrativa e a quella dei Servizi Sociosanitari.



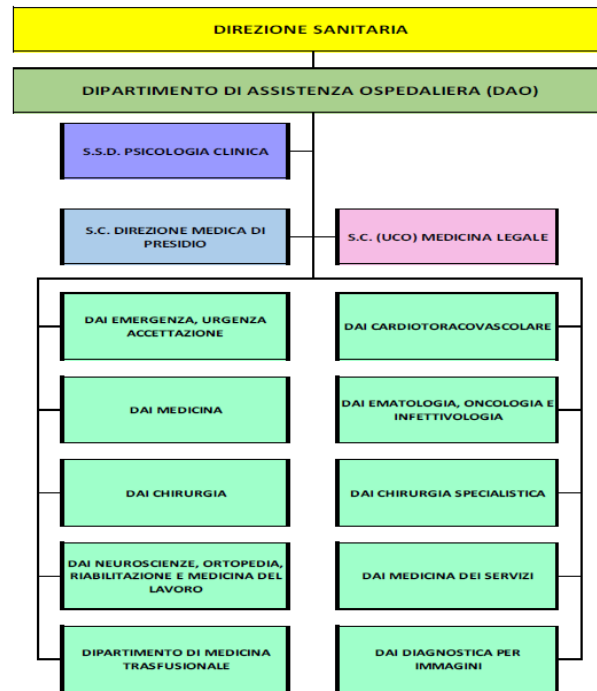
A loro volta la Direzione Sanitaria, la Direzione Amministrativa nonché quella Sociosanitaria presentano una loro organizzazione di staff e di line, in maniera da completare il meccanismo direzionale di ASUITs.



L'Area dei servizi sanitari territoriali è organizzata nel Dipartimento di Assistenza Territoriale cui fanno riferimento, oltre che le articolazioni di staff, anche i 4 Distretti, il Dipartimento delle Dipendenze, il Dipartimento di Salute Mentale e la Struttura di rete di diabetologia. Il Dipartimento di Prevenzione ha come afferenza la Direzione Sanitaria.



Parallelamente è stato istituito il Dipartimento di Assistenza Ospedaliera cui fanno riferimento, oltre che le proprie articolazioni dirette, i 10 Dipartimenti Ospedalieri.



3 La Performance organizzativa complessiva

In questa sezione, ai sensi di quanto riportato dalle *Linee guida per la Relazione annuale sulla performance* redatte dal Dipartimento della Funzione Pubblica, edizione n. 3 novembre 2018, viene riportato l'esito della verifica sul processo di misurazione e valutazione effettuato dall'OIV in ottemperanza a quanto disposto dal DLgs 150/2009. La *Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni* per l'anno 2018, alla quale si rimanda per una visione completa, è pubblicata sul sito internet aziendale nella sezione dell'Amministrazione Trasparente, Controlli e rilievi sull'Amministrazione, Organismi Indipendenti di Valutazione.

L'OIV ha giudicato il sistema di misurazione degli obiettivi nel complesso sufficientemente strutturato ed articolato, sia per il 2017 che per il 2018, riscontrando tuttavia alcune problematiche o degli aspetti migliorabili relativi sia alla performance organizzativa che a quella individuale che si riportano di seguito:

- talvolta gli indicatori ed i target utilizzati risultano non misurabili o non chiaramente definiti, con evidenze non sempre documentabili;
- va meglio definito l'apporto dei singoli operatori alla performance organizzativa per tutte le aree contrattuali;
- andrebbe inserita nella scheda di valutazione individuale di un'area dedicata alla qualità percepita dall'utente "Customer satisfaction" ed effettuata una valorizzazione di eccellenza solo per alcuni soggetti che siano di esempio e riferimento all'interno della struttura;
- va aggiornato il regolamento per la valutazione individuale della dirigenza, che risulta ancora diversificato per il personale di ex AOUTs e di ex AAS 1;
- andrebbe concepito il sistema di valutazione come sistema unitario ed integrato, mentre ora risulta affidato ad una pluralità di uffici;
- vanno inoltre implementati sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti destinatari dei servizi.

4 Misurazione e valutazione della performance

Va precisato che l'Azienda assume che il Piano della Performance sia costituito dal Piano Attuativo Locale (PAL, performance aziendale), dal Progetto Complessivo Aziendale (assegnazione obiettivi di budget, performance dei Centri di Responsabilità), dall'assegnazione di progetti specifici finanziati con le Risorse Aggiuntive Regionali (RAR, performance dei Centri di Responsabilità), nonché dalle valutazioni individuali (performance individuali).

Va inoltre precisato che l'Azienda non redige il Piano delle Performance come documento programmatico triennale bensì annuale, in coerenza con le linee della programmazione regionale che prevedono l'annualità come unico periodo di riferimento programmatorio.

I provvedimenti che hanno definito e successivamente aggiornato il Piano delle Performance 2018 sono di seguito elencati:

- il PAL è stato adottato con il decreto n. 253/2018 definendo il quadro delle risorse e degli obiettivi di attività;
- decreto n. 412/2018 recante "Formalizzazione del documento descrittivo del "Ciclo delle performance e del sistema dei controlli interni" e dell'assegnazione del Budget ai Centri di Responsabilità aziendali per l'anno 2018" nel quale si è provveduto all'assegnazione del Budget ai Centri di Responsabilità aziendali per l'anno 2018, nonché degli "Obiettivi strategici" considerati particolarmente funzionali alla realizzazione delle strategie aziendali programmate (e come tali suscettibili di giudizio da parte dell'OIV, anche ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato per il personale dirigente e alla retribuzione collettiva per il personale di comparto)
- decreto n. 824 dd. 24/10/2018 avente ad oggetto "Preso d'atto della valutazione operata dall'Organismo Indipendente di valutazione delle prestazioni in relazione agli esiti del secondo monitoraggio al 31 agosto 2018 degli obiettivi di budget 2018", con il quale si è preso atto del monitoraggio intermedio sullo stato di raggiungimento degli obiettivi a fine anno disponendo la corresponsione di una quota parziale della retribuzione di risultato per la dirigenze e della produttività per il personale del comparto conformemente a quanto stabilito dagli accordi con le Organizzazioni Sindacali delle tre aree contrattuali, del Comparto, della Dirigenza

Medica e Veterinaria e della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa e al grado di raggiungimento intermedio degli obiettivi

- decreto n. 1041 dd. 20/12/2018 avente ad oggetto “Approvazione della revisione al 31 agosto 2018 degli obiettivi di budget 2018” mediante il quale si è provveduto a formalizzare la revisione di alcuni indicatori capaci di misurare più efficacemente il raggiungimento o meno degli obiettivi, rimandando ulteriormente l’esame di alcune richieste di modifica alla fase di monitoraggio finale.

Per quanto riguarda gli obiettivi RAR, essi sono stati oggetto di negoziazione con la parte sindacale e sono stati sottoscritti nei mesi di ottobre e novembre 2018 i relativi contratti integrativi per il personale della Dirigenza Medico – Veterinaria, della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa e del Comparto.

Di seguito vengono esposti i risultati raggiunti a livello aziendale, a livello di Struttura e a livello individuale.

4.1 La performance aziendale nel 2018

Il riepilogo delle performance a livello aziendale per l’anno 2018 è ampiamente dettagliato nella Relazione al Bilancio Consuntivo 2018 approvata in via definitiva con Decreto del Commissario Straordinario n. 364/2019 citato in Premessa.

Rimandando per i dettagli alla suddetta documentazione, in particolar modo ai seguenti paragrafi (allegati alla presente per organicità – v. allegato 1):

- 4.2 Obiettivi esercizio PAL 2018;
- 4.3 Patto annuale tra Regione e Direttore Generale dell’ASUITs;
- 5. L’attività del periodo.

Per quanto concerne l’esercizio in argomento, si ritiene di evidenziare comunque in questa sezione alcune peculiarità riguardanti i principali vincoli/obiettivi posti dall’Amministrazione regionale agli enti del SSR nell’ambito del processo di Programmazione 2018.

Data la rilevanza dei vincoli sulle risorse professionali, economiche e strumentali che hanno caratterizzato l’esercizio in argomento, appare opportuno una sintetica digressione (estratta dalla relazione sulla Gestione al Bilancio Consuntivo 2018) su questi aspetti e sulla loro correlazione con le molteplici riorganizzazioni - anche strutturali - attuate al fine

di conseguire gli obiettivi quali-quantitativi di attività in un contesto caratterizzato da una – seppur lieve - contrazione delle risorse a disposizione e ad un aumento dei consumi (soprattutto di beni sanitari).

Per quanto attiene invece gli specifici obiettivi di attività assegnati all'Azienda nel suo complesso (Ciclo delle performance aziendali), si ritiene invece rimandare alla lettura delle tabelle di sintesi riportate in coda al capitolo.

4.1.1 I vincoli operativi

In apertura, corre l'obbligo di evidenziare che l'esercizio si è chiuso con un conto economico che ha evidenziato un risultato positivo pari a 1.308.004 di euro. L'obiettivo economico dell'equilibrio di bilancio sulla gestione complessiva è stato, pertanto, raggiunto nel 2018. Alla data di redazione della presente Relazione è già stata adottata la DGR 1091 dd. 28/6/2019 con la quale la Regione ha approvato il bilancio consolidato consuntivo degli enti del S.S.R. confermando il raggiungimento dell'obiettivo economico aziendale.

Questo risultato è frutto anche di un assestamento di bilancio che ha visto l'assegnazione di una integrazione di finanziamento da parte della Regione nel mese di novembre 2018 (DGR n. 2165 dd. 23/11/2018). L'andamento del bilancio durante tutto l'anno ha confermato l'esistenza di alcune problematiche che sono state espresse nelle diverse sedi relative alla predisposizione degli atti di programmazione e di controllo infrannuali e si può ascrivere ai seguenti fattori:

1) aumento del costo dei beni sanitari (farmaci e dispositivi).

I più elevati costi sostenuti per i farmaci sono dovuti, per la maggior parte, alle seguenti cause:

- la tendenza di molte terapie che vengono impiegate ormai sino a progressione di malattia e non più a cicli come in passato, aumentando inevitabilmente i consumi dei farmaci come quelli ad esempio utilizzati nelle immunoterapie. Ciò ha comportato la cronicizzazione di certe forme a cui conseguono tempi di trattamento più lunghi e maggior consumo di farmaco;
- l'immissione di nuovi farmaci per aree prima completamente sfornite di farmaco (come ad esempio le malattie rare quali la sindrome uroemolitica, la mucoviscidosi e molte dell'infanzia);

- un arruolamento di pazienti massiccio trattati per eradicare il virus HCV da quando, negli ultimi quattro anni, si sono resi disponibili i nuovi farmaci;
- un incremento di utilizzo dei farmaci biologici per le malattie reumatologiche;
- un incremento dei pazienti in cura per la sclerosi multipla;
- i nuovi anticoagulanti orali di recente commercializzazione, più maneggevoli ma molto più costosi del warfarin;
- l'immissione di farmaci per il trattamento di seconde, terze sino alla quinta linea di terapia, vedi mieloma multiplo, per patologie emato- oncologiche rispetto al passato quando ci si fermava dopo progressione dell'unica opzione allora disponibile.

I più elevati costi sostenuti per i dispositivi sono dovuti, per la maggior parte, alle seguenti cause:

- in generale, all'aumento dell'attività chirurgica ospedaliera che, nell'anno 2018, ha registrato circa 1.100 interventi in più, sia di tipo ambulatoriale che di ricovero, pur a fronte di una diminuzione del 6,4% dei dimessi (24.155 nel 2017 contro i 22.598 del 2018) e del 8,2% delle giornate di degenza (214.243 nel 2017 contro le 196.720 del 2018). Questo si spiega con un aumento della complessità dei ricoveri e con un aumento dei ricoveri con DRG chirurgico rispetto a quello medico;
- in ambito dispositivi medici, aumento significativo dei consumi per il materiale dedicato al sistema chirurgico robotico Da Vinci, acquistato nel 2018 da parte dell'Azienda che, nel 2017, era a noleggio (cfr contrazione dei costi alla voce Noleggi sanitari, nonché aumento del materiale impiegato per la preparazione e la somministrazione dei farmaci antitumorali);
- in ambito dispositivi IVC, avvio dell'erogazione delle prestazioni di Medicina di Laboratorio anche per la popolazione dell'area isontina dell'AAS 2.

2) Il semplice dato di incremento dei costi (in totale + euro 3.584.526, distinto principalmente in + 3.143.912 euro per il personale dipendente e assimilato, + 145.424 euro per il personale universitario e + 246.691 euro per il personale interinale) tra 2018 e 2017 deducibile dalla tabella sotto esposta non consente una corretta lettura degli effetti economici della manovra, per la cui disamina si fa rinvio alla specifica parte della presente relazione.

Nell'ambito delle misure complessive di **contenimento dei costi**, l'Azienda ha realizzato nel corso del 2018 le seguenti performance:

Tetto procapite DIRETTA TERRITORIALE € 61,00

Dato ASUITS anno 2018 € 60,33 = OBIETTIVO RAGGIUNTO

Tabella 1c: Farmaceutica territoriale diretta – Spesa netta e pro capite per azienda di residenza comprensiva dei farmaci per l'HCV e al netto dei farmaci B02BD per i pazienti emofilici affetti da malattia rara in ASUI-TS e AAS 3 (spesa annua > 500.000 €), con variazione rispetto allo standard fissato (€61) (80%). Fonte ASCOT, WebDPC.

	2018	Pro capite 2018	Δ rispetto allo standard (€ 61)	Δ% rispetto allo standard (€ 61)
ASUI-TS	16.928.812	60,33	-0,67	-1,1%
AAS2	17.444.205	60,97	-0,03	-0,1%
AAS3	11.598.079	60,43	-0,57	-0,9%
ASUI-UD	18.894.459	66,68	5,68	9,3%
AAS5	22.311.942	66,51	5,51	9,0%
TOTALE	87.177.496	63,29	2,29	3,8%

Spesa per farmaci B02BD per il paziente emofilico affetto da malattia rara in AAS 3 (>500.000 €)

AAS 3	3.443.158
-------	-----------

Tetto procapite DPC € 28,50

Dato ASUITS anno 2018 € 28,44 = OBIETTIVO RAGGIUNTO

Tabella 2c: Farmaceutica territoriale (convenzionata+DPC) – Spesa pro capite per azienda, con variazione rispetto allo standard fissato (€25,45) **comprensiva** dei farmaci B02BD per i pazienti emofilici gravi in AAS 2 e AAS 5 (spesa annua > 500.000 €). Fonte WebDPC.

	2018	Pro capite Proiezione 2018	Δ rispetto allo standard (€ 28,50)	Δ% rispetto allo standard (€ 28,50)
ASUI-TS	7.981.080	28,44	-0,06	-0,2%
AAS 2	10.450.767	36,53	8,03	28,2%
AAS 3	6.345.870	33,06	4,56	16,0%
ASUI-UD	9.739.083	34,37	5,87	20,6%
AAS 5**	11.798.619	35,17	6,67	23,4%
TOTALE	46.315.420	33,62	5,12	18,0%

Spesa per AAS 2 e AAS 5 **al netto** dei farmaci B02BD per i pazienti emofilici gravi (spesa annua > 500.000 €).

AAS 2	9.846.509	34,41	5,91	20,7%
AAS 5**	9.689.615	28,88	0,38	1,3%
TOTALE	43.602.157	31,65	3,15	11,1%

** : Paziente arruolato in sperimentazione clinica in un centro fuori regione

Tetto procapite CONVENZIONATA € 125

Dato ASUITS anno 2018 € 121,48 (a cui va scorporato il FEIBA che incide per circa 2 € pro capite) = OBIETTIVO RAGGIUNTO

Tabella 3c: Farmaceutica territoriale (convenzionata) – Spesa pro capite per azienda, con variazione rispetto allo standard fissato (€125) **comprensiva** dei farmaci B02BD per il paziente emofilico affetto da malattia rara in ASUI-TS (spesa annua > 500.000 €). Fonte Liqueuro.

	2018	Spesa pro capite pesata	Δ rispetto allo standard (€ 125)	Δ% rispetto allo standard (€ 125)	
ASUI-TS	34.088.121	121,48	-3,52	-2,8%	●
AAS 2	34.826.737	121,72	-3,28	-2,6%	●
AAS 3	22.329.112	116,33	-8,67	-6,9%	●
ASUI-UD	34.091.698	120,32	-4,68	-3,7%	●
AAS 5	39.420.718	117,51	-7,49	-6,0%	●
TOTALE	164.756.575	119,61	-5,39	-4,3%	●

Spesa per ASUI-TS **al netto** dei farmaci B02BD per i pazienti emofilici gravi (spesa annua > 500.000 €).

ASUI-TS*	33.564.822	119,62	-5,38	-4,3%	
TOTALE*	164.233.277	119,23	-5,77	-4,6%	

* Dato non consolidato

Vincoli operativi OSPEDALIERA - 2,0% (esclusi i vaccini e i farmaci oncologici ed ematologici)

Dato ASUITS anno 2018 - 2,2% = OBIETTIVO RAGGIUNTO

Tabella 6b: Spesa ospedaliera – Spesa ospedaliera al netto dei vaccini e dei farmaci oncologici ed emato-oncologici, per azienda, con variazioni rispetto al periodo gennaio-dicembre 2017 – Dicembre 2018. Fonte ASCOT, WebDPC

	2017	2018	Δ	Δ%	Vincolo Linee 2018	
ASUI-TS	10.649.702	10.418.022	-231.680	-2,2%	2,0%	●
AAS 2	5.004.472	5.079.738	75.266	1,5%	1,0%	●
AAS 3	2.563.332	2.378.710	-184.623	-7,2%	1,0%	●
ASUI-UD	20.568.592	22.096.381	1.527.790	7,4%	1,0%	●
AAS 5	10.679.524	10.404.359	-275.165	-2,6%	2,0%	●
BURLO	2.903.281	4.508.729	1.605.448	55,3%	1,0%	●
CRO	2.901.731	2.688.578	-213.153	-7,3%	1,0%	●
TOTALE	55.270.633	57.574.515	2.303.882	4,2%	-	

Spesa per ASUI-UD e BURLO **al netto** dei farmaci per la cura della atrofia muscolare spinale (SMA) con costo terapia annua per paziente superiore ai 100.000 euro.

ASUI-UD	20.568.592	19.945.001	-623.590	-3,0%	1,0%	●
BURLO	2.903.281	2.304.989	-598.292	-20,6%	1,0%	●
TOTALE	55.193.633	53.558.168	-1.635.465	-3,0%	-	

Si noti come il **tasso di ospedalizzazione** sia sceso dal 2017 al 2018 in maniera importante. Come sempre detto Trieste sconta, non solo la composizione della

popolazione, ma anche i fenomeni di disagio sociale, le aree di povertà, il fatto che molti anziani vivano da soli e la considerazione che nelle grandi città in ogni caso l'ospedale vicino costituisce momento di attrazione. Per questi motivi, come già segnalato sia nel corso degli incontri di negoziazione in Direzione Centrale Salute sia per iscritto nel PAL ASUITS 2018, il dato (seppur ottimo considerando la discesa dell'ultimo decennio) non può essere paragonato a quello degli altri territori regionali e il target del 122,5 ‰ non appare realistico né probabilmente corretto, pur a fronte di una ben articolata organizzazione territoriale.

Tasso di ospedalizzazione			
	2016	2017	2018
ASUITS	134,17	134,07	130,48

Contrarre il numero delle prestazioni ambulatoriali procapite. Si assiste nel 2018 ad un incremento di circa 44mila prestazioni (senza laboratorio), cosa che porta il procapite ASUITS al 4,12 senza fuga, 4,18 compresa la stima della fuga contro il 3,96 del 2017 - 4,03 con fuga – (su oltre 3 milioni di prestazioni). Come dichiarato più volte l'obiettivo di comprimere la specialistica (target regionale al 3,4 procapite) risulta difficilmente raggiungibile dai residenti ASUITS perché significherebbe una riduzione di oltre 220.494 prestazioni annuali e non sarebbe armonizzabile con la necessità di diminuire le ospedalizzazioni né con il mantenimento dei tempi di attesa. Nello specifico aumentano di molto le prestazioni di riabilitazione (+12mila), cardiologia (+6mila), endocrinologia (+3,8mila), nefrologia (+3,7mila) neurologia (+3mila), diagnostica per immagini (+3mila). Come sempre va però tenuto presente che a Trieste sono molte le prestazioni di odontostomatologia (36.482 non presenti in altre sedi regionali) che, se estrapolate, porterebbero il procapite attuale a 3,99.

Si segnala inoltre che nel 2018 vi è stato un aumento di 2mila prestazioni di Ostetricia e Ginecologia che non sono controllabili da ASUITS, in quanto erogate da altro Ente presente sul territorio (IRCCS Burlo Garofolo).

Le manutenzioni ordinarie edili impiantistiche dovranno avere costi massimi di quelli sostenuti nell'anno 2015; le Aziende adotteranno come priorità di intervento la sicurezza delle strutture e degli impianti.

Si riportano di seguito i valori di riferimento:

- Risultato anno 2018: euro 5.797.421
- Risultato anno 2015: euro 5.616.444

Relativamente alle manutenzioni edili-impiantistiche, si evidenzia che gli incrementi registrati sono imputabili alle necessità di effettuare interventi emergenti correlati a problematiche inerenti la sicurezza.

Per quanto riguarda la voce "Manutenzione impianti di trasmissione dati e telefonia", l'aumento è determinato dall'entrata a regime per tutto l'anno del nuovo contratto CONSIP "SGMSIPDL Servizio Gestione Manutenzione Sistemi IP e Postazioni di Lavoro" di manutenzione del sistema telefonico, nonché alla realizzazione di prese dati aggiuntive rispetto all'attività ordinaria, dovute ai numerosi spostamenti logistici.

Per i Dispositivi medici, ridurre la spesa per dispositivi medici del 3% rispetto al costo 2017.

Come riportato nella tabella che segue, il contenuto aumento dell'importo dei dispositivi medici va messo in relazione al maggior numero di interventi registrati nel 2018 rispetto all'anno precedente (12.231 contro gli 11.714) mentre il rilevante aumento registrato dai dispositivi diagnostici in vitro va imputato all'erogazione delle prestazioni nell'ambito del Dipartimento Interaziendale di Medicina di Laboratorio anche per l'area isontina:

descrizione	2018	2017	delta %
Dispositivi medici	24.599.743,03	24.385.482,73	0,88%
Dispositivi medici impiantabili attivi	1.997.706,98	2.011.052,84	-0,66%
Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	8.342.542,16	6.934.026,07	20,31%

Per quanto sopra esposto, il vincolo può dirsi sostanzialmente raggiunto poiché l'aumento di costo registrato è dovuto ad un correlato aumento di attività.

In relazione alla spending review: il vincolo regionale prevedeva che le Aziende dovessero fare riferimento a quanto già attuato dal 2012 integrato con quanto previsto dalla DGR n. 1813/2015. ASUITs ha dato completa attuazione a quanto disposto dal DL 06/07/2012, n. 95 e s.m.i., art. 15, comma 13 relativamente ai beni e servizi individuando le azioni di razionalizzazione tese al conseguimento dei necessari risparmi. Per la disamina si rimanda a quanto esposto nella Relazione sulla gestione al Bilancio Consuntivo 2018 al capitolo 4.4 Vincoli operativi e Spending Review

4.2 La performance dei Centri di Responsabilità

4.2.1 Obiettivi gestionali correlati con fondi di risultato e produttività collettiva.

Gli obiettivi gestionali in argomento, vengono assegnati nell'ambito del processo di budget. Il livello di raggiungimento di tali obiettivi determina proporzionalmente la quota di retribuzione di risultato o di produttività collettiva spettante ai singoli componenti dell'equipe.

Il processo di definizione degli obiettivi per il budget 2018 è iniziato nel mese di gennaio e si è concluso nel mese di aprile. L'Azienda ha determinato i propri obiettivi in coerenza con le linee strategiche della Regione, facendo attenzione al controllo di bilancio e considerando quali elementi di innovazione, di sviluppo e di sperimentazione potessero essere tradotti in obiettivi capaci di indirizzare l'Azienda verso la realizzazione delle sue finalità istituzionali e scegliendo la metodologia "bottom up" per la realizzazione del progetto complessivo aziendale. In altre parole, a partire dalle indicazioni metodologiche della Direzione Regionale e dalle scelte strategiche comunicate dal Direttore Generale, le Strutture hanno proposto gli obiettivi (comprensivi di azioni/obiettivi operativi e di indicatori) per l'anno di riferimento.

Dalla negoziazione con il Direttore Generale, è poi scaturito il Progetto Complessivo Aziendale, adottato con decreto 412/2018 e contenente, per ogni singola Struttura Complessa e Semplice Dipartimentale, gli obiettivi da raggiungere e le risorse assegnate. L'aspetto innovativo nella strutturazione degli obiettivi per l'anno 2018 rispetto ai due anni precedenti è stata l'assegnazione di un obiettivo individuale al Responsabile della Struttura di un obiettivo strategico consistente nel rispetto del budget economico per i beni sanitari, a parità di condizioni di attività, con l'attribuzione di un peso significativo pari al 50% del complesso degli altri obiettivi negoziati. La verifica a posteriori del grado di raggiungimento di questo obiettivo ha evidenziato che tutte le Strutture hanno raggiunto l'obiettivo, sia in termini assoluti, che in termini relativi all'attività erogata (nel senso che diverse Strutture hanno sfiorato il budget assegnato motivando però, ad esempio, con una maggiore attività sanitaria).

Si riporta in allegato 2 la tabella riepilogativa con la sintesi delle percentuali di raggiungimento degli obiettivi per ogni singola Struttura.

4.2.2 Obiettivi gestionali correlati alle Risorse Aggiuntive Regionali

Relativamente agli obiettivi in argomento, gli esiti degli accordi integrativi per le diverse aree contrattuali, sono pubblicati nei documenti di dettaglio sul sito internet aziendale (www.asuits.sanita.fvg.it) alla voce Amministrazione trasparente / Personale / Contrattazione integrativa.

L'assegnazione dei diversi progetti correlati alle RAR è avvenuta con una logica sostanzialmente simile a quella della predisposizione degli obiettivi del Piano complessivo Aziendale e, cioè, mediante proposizione da parte dei diversi Responsabili dei progetti nell'ambito delle Linee strategiche individuate dagli accordi regionali, con la successiva alla valutazione da parte della Direzione Generale relativamente alla congruità rispetto alle indicazioni regionali, alla rilevanza aziendale del progetto e ai fondi a disposizione.

L'esito del monitoraggio conclusivo del raggiungimento degli obiettivi RAR è riportato negli allegati 3a, 3b e 3c.

4.3 La performance individuale

La valutazione delle performance individuali chiude sostanzialmente il ciclo delle performance. Tale valutazione avviene secondo impianti diversificati per le aree del Comparto e della Dirigenza, definiti nell'ambito della contrattazione integrativa aziendale.

Per l'anno 2018 le valutazioni del personale dirigente sono ancora differenziate per l'area ex Ospedaliera e per l'area ex Territoriale con sistemi definiti nell'ambito della contrattazione integrativa aziendale dei due precedenti enti, nel mentre, per l'Area del Comparto, l'Azienda ha provveduto ad adottare il nuovo *Regolamento per la valutazione permanente delle prestazioni individuali svolte e dei risultati del personale del comparto dell'ASUITs* con decreto del Direttore Generale n. 943 dd. 27/6/2018.

La valutazione avviene sulla base di obiettivi assegnati ai singoli e delle relative competenze e, naturalmente, tiene conto sia della qualità della prestazione resa, sia del livello quali-quantitativo di partecipazione al raggiungimento degli obiettivi di equipe.

La performance individuale è anche collegata al sistema incentivante ovvero alla retribuzione di risultato per l'area della Dirigenza e della produttività collettiva per l'area del Comparto: una valutazione negativa comporta l'esclusione del dipendente dal sistema incentivante.

4.3.1 Sintesi dei risultati per l'area del Comparto

Si riportano di seguito i risultati medi rilevati, per l'area del Comparto, a conclusione del processo di valutazione 2018, nelle diverse aree ed articolazioni organizzative aziendali.

Le scale, e gli item di valutazione sono differenziati in base ai seguenti criteri:

- categoria da A a Bs;
- categoria da C a Ds.

In base a quanto definito del Regolamento sulle Valutazioni Annuali del Comparto, approvato con decreto n. 493 dd. 27/06/2018, nella scheda di valutazione ciascun valutatore esprime un giudizio di valore riferito alla frequenza di un certo comportamento (poche volte, quasi sempre, sempre, sempre e benissimo) , a tale valutazione corrisponde rispettivamente ad un valore (1, 3, 3.5, 4). Tale valore viene moltiplicato per un coefficiente di pesatura che varia a seconda dell'importanza dell'item, e che consente di riportare tutte le schede ad un punteggio massimo di 100/100.

Nell'ambito dell'accordo sindacale dd. 29/01/2019, avente ad oggetto "Criteri per la definizione delle procedure delle progressioni economiche orizzontali" relative all'anno 2018 si è stabilito che la soglia di positività delle schede di valutazione sia fissata a 60/100.

Si riportano di seguito alcune tabelle riportanti l'analisi dei dati rilevati per l'anno 2018 (i dati sono riferiti alle valutazioni positive e per quei dipendenti che nel corso del 2018 hanno prestato la propria attività lavorativa per almeno 22 giorni di presenza effettiva:

Dipendenti per ruolo:

Ruolo	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio
Tecnico/Amministrativo	554	89,66
Tecnico/Sanitario	3010	89,77
totale	3564	89,75

Tabella 4.1: Numero dei dipendenti per ruolo valutati e relativo punteggio medio

Dipendenti per area:

AREA	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio	Deviazione Standard
Amministrativi	346	89,98	5,66
Assistenti Sanitari/Sociali, Dietisti, Educatori	83	93,60	4,53
Infermieri	1631	90,61	5,18
Infermieri Generici	73	89,78	4,40
Osteriche	20	90,00	4,94
Ota/Oss	593	88,40	4,61
Riabilitazione	146	92,06	6,71
Tecnici Non Sanitari	364	87,71	5,70
Tecnici Sanitari	308	87,82	5,66
Totale	3564	89,75	5,46

Tabella 4.2: Numero dei dipendenti per Area valutati e relativo punteggio medio

Ruolo tecnico/amministrativo per struttura:

STRUTTURA	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio	Deviazione Standard
RICER INNOV QUAL RISCHIO CLIN	3	95,35	5,78
118 AUTISTI	17	93,98	4,02
118 OSS - AMM.	3	90,60	7,36
ACCERT CLIN LEGALI FIN PUBBL	2	92,40	6,93
AFF GEN LEGALI ASSICURAZIONI	19	87,64	4,97
AMMINISTRATIVI DAI CARTOVA	6	86,51	8,93
AMMINISTRATIVI DAI CHIR SPEC	3	89,10	2,33
AMMINISTRATIVI DAI CHIRURGIA	5	89,36	2,65
AMMINISTRATIVI DAI DIAGN IMMAG	8	90,91	7,86
AMMINISTRATIVI DAI MED SERVIZI	5	85,08	3,09
AMMINISTRATIVI DAI MED SPEC	6	86,75	4,91
AMMINISTRATIVI DAI MEDICINA	2	87,50	0,00
AMMINISTRATIVI DAI NORMEL	3	88,60	2,69

STRUTTURA	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio	Deviazione Standard
APPROVVIG GESTIONE SERVIZI	21	93,66	2,75
ARCHIVIO CARTELLE CLINICHE	6	82,15	4,48
ATTIVITA' AMM NON IN USO	5	95,70	4,12
ATTIVITA AMMINISTRATIVE DIP	9	92,79	6,23
BIBLIOTECA	4	80,20	1,88
CENTRALINO	7	88,59	4,41
COMANDATI OUT	6	84,72	4,95
COMUNICAZIONI	2	94,00	5,66
CONTROLLO DI GESTIONE	3	91,10	6,42
CONV III SETTORE ACQUI VAL IMM	7	91,10	1,75
COORD ANALISI ATT SAN ACC AMM	7	91,84	2,64
COORD ANATOMIA PATOLOGICA	2	86,90	0,57
COORD ATT DOM AMB 0 - 18 D1	1	80,30	
COORD CLIN ORT TRAUMAT DEGENZA	1	85,80	
COORD CORSO DI LAUREA INFERM	3	81,27	5,66
COORD CSM1	2	78,90	5,52
COORD CSM2	1	95,00	
COORD CSM3	1	87,50	
COORD FISICA SANITARIA	2	90,50	1,41
COORD GESTIONE SPORTELLI	10	86,74	1,22
COORD MEDICINA CLINICA	1	87,50	
COORD OFFERTA AMBULATORIALE	2	87,50	0,00
COORD PATOLOGIA CLIN MAGGIORE	1	80,30	
COORD RX MAGGIORE	1	89,00	
COORD SAR	4	93,20	5,03
COORD SQ ACCOMP DEGENTI (SAD)	3	87,50	0,00
DIREZIONE DSM	6	92,66	2,78
DISINFEZIONE DISINFESTAZIONE	3	97,50	0,50
DISTRIBUZIONE CORRISPONDENZA	8	80,66	10,12
ECONOMICO FINANZIARIA	26	88,61	4,06
FARMACIA COORD.	13	86,06	4,89
FARMACIA TERRITORIALE	8	94,89	8,26
FORMAZIONE	4	92,03	1,38
GEST SERV AMM COORD SOC SAN	2	95,50	0,00
GEST SERV AMM DDD	3	89,83	5,62
GESTIONE DEL PERSONALE	2	88,05	4,60
GESTIONE SERV AMM D1	5	96,08	1,21
GESTIONE SERV AMM D2	7	92,31	3,18
GESTIONE SERV AMM D3	7	88,73	5,05
GESTIONE SERV AMM D4	9	93,71	1,31

STRUTTURA	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio	Deviazione Standard
GESTIONE SERVIZI GENERALI	14	95,09	1,79
GESTIONE STABILIMENTI	24	86,95	5,33
GESTIONE TELEFONIA	2	89,00	1,41
GUARDIAFUOCHI	16	86,99	1,46
IGIENE ALIMENTI NUTRIZIONE	2	87,50	0,00
IGIENE ANIM ALLEV PRODUZ ZOOT	5	91,50	3,72
IMMOBILI E IMPIANTI	9	88,90	3,00
INFORMATICA TELECOMUNICAZIONI	14	93,66	3,16
INGEGNERIA CLINICA	25	91,10	2,79
LOGISTICA E SERVIZI ECONOMALI	3	93,53	3,22
MAGAZZINO SCORTE VARIE	10	87,34	5,52
MEDICINA CONVENZIONATA	4	89,35	1,67
PO ASSUNZ CONCORSI	8	91,04	4,25
PO TRATT ECONOMICO	13	89,32	4,58
PO TRATT GIURIDICO	11	87,85	6,91
PORTIERATI 12 H	1	84,50	
PORTIERATI 24 H	26	83,76	5,39
PREVEN PROTEZ AMBIENTI LAVORO	3	87,77	0,46
PROGRAMMATORI	4	88,83	2,75
PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	16	93,67	2,41
PROTOCOLLO GENERALE	3	88,87	1,72
PULIZIE CATTINARA	3	88,43	12,60
RELAZIONI SINDACALI	2	96,00	0,00
SERV INFERMIER DIP_LE D2	1	89,80	
SERV INFERMIER DIP_LE D3	1	63,50	
SERVIZIO GESTIONE AMBIENTALE	1	90,00	
SICUREZZA IMPIANTISTICA	1	98,80	
SS STAFF E UFF DAT	1	87,50	
STAFF E UFFICIO DIR STRATEGICA	6	89,42	4,69
STAFF FORMAZ SVILUP ORGANIZ	1	100,00	
STAFF GESTIONE DEL PERSONALE	12	93,48	4,71
SUPPORTO GIURIDICO DAT	1	89,65	
TRASPORTI ESTERNI	2	92,65	6,86
TRATT PREVIDENZIALE	2	86,30	1,41
UFF CERTIFICAZ ACCREDITAMENTO	1	97,50	
URP	3	94,83	4,54
VERIFICA STRUTTURE PUBBL PRIV	2	87,50	0,00
ALTRO	4	91,60	3,22
totale	554	89,66	5,73

Tabella 4.3: Numero dei dipendenti per struttura valutati, del relativo punteggio medio e della relativa deviazione standard

Ruolo tecnico/amministrativo per qualifica:

STRUTTURA	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio	Deviazione Standard
Assistente Amministrativo	129	89,69	5,31
Coadiutore Amministrativo	51	87,81	5,12
Coadiutore Amministrativo Senior	61	88,10	6,20
Collaboratore Amministrativo	80	91,75	5,14
Collaboratore Amministrativo Professionale Senior	24	95,08	4,01
Collaboratore Tecnico Professionale	43	90,57	4,19
Collaboratore Tecnico Professionale Programmatore	4	91,58	3,67
Collaboratore Tecnico Professionale Senior	2	88,90	1,98
Collaboratore Tecnico Professionale Senior Programmatore	1	90,00	
Commesso	1	87,50	
Op. Tec. Spec.	1	86,30	
Op. Tec. Spec.	1	82,50	
Op. Tec. Spec. Senior	14	90,79	4,34
Op. Tec. Spec. Senior - Autista Ambulanze	21	92,12	5,47
Op. Tecnico Spec.	29	88,33	5,82
Operatore Professionale - Assistente Tecnico	31	91,33	4,15
Operatore Tecnico	60	85,90	6,84
Programmatore	1	90,50	
Totale	554	89,66	5,73

Tabella 4.4: Numero dei dipendenti per qualifica valutati, del relativo punteggio medio e della relativa deviazione standard

Ruolo tecnico/sanitario per struttura:

STRUTTURA	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio	Deviazione Standard
RICER INNOV QUAL RISCHIO CLIN	1	92,40	
118 AUTISTI	18	90,62	4,20
118 INFERMIERI	44	94,11	5,18
118 OSS - AMM.	22	89,83	3,46
AFF GEN LEGALI ASSICURAZIONI	2	88,15	0,92
AMBUL COMPL OP E DAY S MAG	2	88,55	7,42

STRUTTURA	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio	Deviazione Standard
AMBULATORIO TERAPIA ANTALGICA	5	90,46	1,13
APPROVVIG GESTIONE SERVIZI	1	86,00	
ARCHIVIO CARTELLE CLINICHE	3	82,75	2,05
ASS. SANITARIA AMBIENTI LAVORO	3	98,00	1,00
ATTIVITA' AMIANTO CORRELATE	2	99,00	0,00
CENTRALINO	7	85,74	4,43
CHIRURGIA VASCOLARE	17	88,32	1,88
COMANDATI OUT	1	99,30	
CONSULTORIO FAMILIARE D2	1	86,75	
CONTROLLO RICOVERI E SDO	3	85,43	4,29
CONV III SETTORE ACQUI VAL IMM	1	88,50	
COORD PER REC ROOM non utiliz	12	91,09	2,47
COORD 118	1	100,00	
COORD ACCO - DH - AMBULATORI	43	89,08	3,43
COORD ANALISI ATT SAN ACC AMM	1	90,00	
COORD ANATOMIA PATOLOGICA	28	87,36	1,69
COORD ANESTESIA E RIANIMAZIONE	26	89,51	3,35
COORD ARTA E PRELIEVO ORGANI	63	88,47	3,38
COORD ASS SOCIALI DDD	8	92,03	5,01
COORD ASSISTENTI SALA E PS	14	86,75	3,58
COORD ATT CONSULTORIO D1	9	87,79	4,85
COORD ATT CONSULTORIO D2	8	86,76	1,79
COORD ATT CONSULTORIO D3	8	90,43	4,08
COORD ATT DOM AMB 0 - 18 D1	12	96,58	2,64
COORD ATT DOM AMB 0 - 18 D2	13	86,75	2,20
COORD ATT DOM AMB 0 - 18 D3	11	97,77	2,16
COORD ATT DOM AMB 0 - 18 D4	12	94,75	4,31
COORD ATT DOM AMB 0-18 SLO D2	2	83,75	0,35
COORD ATT INF AMB D1	12	94,28	2,48
COORD ATT INF AMB D2	23	88,48	5,24
COORD ATT INF AMB D3	15	93,90	6,14
COORD ATT INF AMB D4	11	90,77	4,95
COORD ATT RIABIL AZIENDALE	2	99,15	1,20
COORD ATT SAN MEDICINA LEGALE	6	89,38	7,32
COORD ATTIVITA' DIALISI	67	88,72	4,94
COORD ATTIVITA' GERIATRIA	41	87,11	2,84
COORD ATTIVITA' NEFROLOGIA	17	87,49	3,20
COORD ATTIVITA' UTIC	37	91,03	4,05
COORD CARDIO AMB	29	88,61	3,89
COORD CARDIOCHIRURGIA DEGENZE	68	89,85	5,06

STRUTTURA	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio	Deviazione Standard
COORD CARDIOLOGIA DEGENZE	36	88,87	3,88
COORD CCH TIN TIPO	6	86,35	5,74
COORD CENTRO CARDIOVASCOLARE	21	88,99	3,76
COORD CHIRURGIA PLASTICA	28	94,22	2,69
COORD CHIRURGIA TORACICA	15	90,18	4,22
COORD CL NEUROLOGICA AMB IP	2	97,40	0,85
COORD CL OCUL AREA AMBULATOR	18	86,88	2,07
COORD CL OCUL DAY SURGERY DEG	33	88,91	2,38
COORD CL ODONTOSTOMATOLOGICA	34	89,29	1,83
COORD CLIN CHIRURGICA 1	43	90,65	3,12
COORD CLIN CHIRURGICA 2	45	90,92	2,78
COORD CLIN NEUROLOGICA AMB	8	90,84	2,90
COORD CLIN ORT TRAUMAT DEGENZA	47	86,73	2,98
COORD CLIN ORTO AMBULATORIO	6	94,13	4,60
COORD CLIN ORTO SALA GESSI	14	93,77	4,50
COORD CLINICA DERMATOLOGICA	17	87,50	2,52
COORD CLINICA MEDICA	45	89,11	4,93
COORD CLINICA NEUROLOGICA	34	89,97	3,32
COORD CLINICA ORL	37	92,27	4,91
COORD CLINICA PATOLOGIE FEGATO	12	88,05	5,01
COORD CLINICA UROLOGICA	36	88,52	2,38
COORD COMP OPER E DAY S MAGG	20	88,14	4,87
COORD COMPL OPERATORIO CCH	21	84,58	4,47
COORD COMPLESSO OPERATORIO 2	98	92,42	4,82
COORD CORSI DI LAUREE	8	90,63	4,39
COORD CORSO DI LAUREA FKT	7	90,56	1,95
COORD CORSO DI LAUREA INFERM	13	91,84	4,45
COORD CSM1	31	91,03	3,13
COORD CSM2	34	97,48	3,13
COORD CSM3	29	94,76	5,40
COORD CSM4	31	92,18	3,56
COORD DERMO DEGENZE INFETTIV	4	90,65	1,60
COORD DIABETOLOGIA	15	89,30	2,49
COORD DIPENDENZE SOST ILLEGALI	30	91,92	3,13
COORD DIPENDENZE SOST LEGALI	16	96,03	2,09
COORD DOM RESID INTEGRATA D1	7	90,93	4,67
COORD DOM RESID INTEGRATA D2	8	93,70	3,38
COORD DOM RESID INTEGRATA D3	7	96,51	2,25
COORD DOM RESID INTEGRATA D4	8	91,02	6,30
COORD EMATOLOGIA	25	89,20	1,83

STRUTTURA	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio	Deviazione Standard
COORD EMODINAMICA	17	89,28	4,86
COORD FISICA SANITARIA	5	97,40	5,81
COORD GASTROENTEROLOGIA	22	87,33	3,56
COORD GESTIONE SPORTELLI	23	87,60	1,90
COORD I MEDICA	36	88,21	7,74
COORD IGIENE E SANITA' PUBBLIC	2	86,25	0,35
COORD III MEDICA	41	87,34	4,39
COORD IMMTRASF ATTIV INFERM	21	86,46	7,43
COORD IMMTRASF GO_MONF	9	86,09	3,90
COORD IMMTRASF RISORSE UMANE	35	85,02	6,54
COORD INF DOMICIL D2	28	94,15	4,00
COORD INF DOMICIL ALTIPIANO D1	20	93,56	1,75
COORD INF DOMICIL CITTA' D1	18	94,15	0,83
COORD INF DOMICIL D3	29	96,15	2,59
COORD INF DOMICIL D4	36	93,78	4,59
COORD MALATTIE INFETTIVE	24	90,29	3,12
COORD MED LAV DIP	5	96,52	1,74
COORD MED RIAB CATTINARA	15	84,60	6,89
COORD MED RIAB DEGENZA	25	90,05	2,56
COORD MED RIAB MAGGIORE	31	86,97	4,91
COORD MED. BIC NON UTILIZZATO	8	86,18	4,72
COORD MEDICINA CLINICA	35	89,76	3,26
COORD MEDICINA DEL LAVORO	12	86,25	2,25
COORD MEDICINA D'URGENZA	47	85,00	1,56
COORD MEDICINA NUCLEARE	14	84,10	6,64
COORD MICROBIOLOGIA VIROLOGIA	10	85,70	2,04
COORD NEUROCHIRURGIA	30	83,13	5,83
COORD OFFERTA AMBULATORIALE	2	87,50	0,00
COORD ONCOLOGIA AMBULATORIO	25	88,88	1,92
COORD ONCOLOGIA DEGENZE	10	88,74	2,72
COORD PATOLOGIA CLIN CATTINARA	34	84,04	5,01
COORD PATOLOGIA CLIN MAGGIORE	33	81,36	3,51
COORD PNEUMOLOGIA	37	89,48	5,14
COORD PRONTO SOCC TERAP URG 2	135	85,10	3,80
COORD RADIOTERAPIA	15	89,71	1,72
COORD REMS	11	91,88	2,50
COORD RISORSE UMANE RX CATT	69	88,28	2,04
COORD RSA S GIUSTO DEGENZA	24	85,36	8,74
COORD RSA S GIUSTO FKT	4	92,58	9,08
COORD RX MAGGIORE	29	88,53	2,53

STRUTTURA	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio	Deviazione Standard
COORD SAR	9	95,13	3,28
COORD SPDC	18	97,02	4,39
COORD SQ ACCOMP DEGENTI (SAD)	26	86,60	3,38
COORD STAFF E UFF DIREZ SANIT	1	87,50	
COORD STRUTT RESIDENZIALI D1	1	90,80	
COORD STRUTT RESIDENZIALI D3	1	99,00	
COORD. ATT. CONSULTORIO D4	7	97,23	4,73
DIR INFERMIERISTICA OSTETRICA	8	100,00	0,00
DIREZIONE DSM	4	98,95	0,82
DISINFEZIONE DISINFESTAZIONE	6	98,23	0,88
DISTRIBUZIONE CORRISPONDENZA	3	71,93	8,70
ECONOMICO FINANZIARIA	1	89,00	
FARMACIA COORD.	7	91,06	4,51
FORMAZIONE	11	93,91	2,82
GEST RISCHIO CLINICO E QUALIT	1	91,00	
GEST SERV AMM COORD SOC SAN	2	95,50	0,00
GESTIONE STABILIMENTI	1	89,00	
IGIEN ALI ORIG ANIM NON IN USO	2	99,05	0,35
IGIENE ALIMENTI NUTRIZIONE	7	98,54	0,86
IGIENE ANIM ALLEV PRODUZ ZOOT	2	97,15	0,49
INFORMATICA TELECOMUNICAZIONI	2	92,50	3,54
MEDICINA LEGALE	1	100,00	
PNEUMO AMBULAT E FISIOT	11	89,21	3,12
PORTIERATI 12 H	7	83,74	2,25
PORTIERATI 24 H	8	84,93	3,18
PRESIDIO PORTUALE PREVENZIONE	3	98,43	1,37
PREST SAN PROGETT ATT SOCIOSAN	1	100,00	
PREVEN PROTEZ AMBIENTI LAVORO	8	90,89	4,26
PREVENZ SICUR CANTIERI EDILI	3	97,77	0,46
PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	3	95,27	3,50
PROMOZIONE SALUTE	2	95,75	1,77
RIABILITAZIONE COMPARTO D1	10	93,89	2,45
RIABILITAZIONE COMPARTO D2	11	100,00	0,00
RIABILITAZIONE COMPARTO D3	8	98,36	0,80
RIABILITAZIONE COMPARTO D4	11	98,97	1,22
RID CHIRURGIA SPECIALISTICA	1	98,40	
RID MEDICINA DEI SERVIZI	1	84,50	
RID NEURO ORTO RIAB MED LAVORO	1	96,40	
SANITA' ANIMALE	1	87,50	
SERV INFERMIER DIP_LE D1	5	90,40	6,65

STRUTTURA	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio	Deviazione Standard
SERV INFERMIER DIP_LE D2	5	89,88	5,23
SERV INFERMIER DIP_LE D3	8	97,56	6,89
SERV INFERMIER DIP_LE D4	4	100,00	0,00
SERVIZIO GESTIONE AMBIENTALE	5	90,28	0,63
SERVIZIO PROF. SANITARIE	5	98,40	1,52
SICUREZZA IMPIANTISTICA	1	98,80	
STAFF GESTIONE DEL PERSONALE	1	95,80	
STERILIZZAZIONE	9	96,37	3,58
TOSSICOLOG FORENS NON IN USO	1	89,80	
TRASPORTI ESTERNI	11	84,84	4,94
TUT SAL BAMB ADOL DONNE FAM D2	1	77,30	
TUT SALUTE ADULTI ANZIANI D4	1	98,80	
TUTELA SALUTE IGIENE ABITATO	1	97,30	
UFF COORD SOCIO SANITARIO	1	96,00	
URP	3	93,27	5,33
URP OSP	6	95,17	5,52
VACCINAZIONI E PROFILASSI	11	95,63	1,64
ALTRO	13	86,99	1,51
Totale	3010	89,77	5,41

Tabella 4.5: Numero dei dipendenti di Ruolo tecnico/sanitario per struttura valutati, del relativo punteggio medio e della relativa deviazione standard

Ruolo tecnico/sanitario per qualifica:

QUALIFICA	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio	Deviazione Standard
Ausiliario Specializzato Addetto Assistenza	120	85,53	4,15
Ausiliario Specializzato Servizi Economali	4	80,08	10,59
Coll. Profess. Sanitario - Educatore Professionale	1	98,00	
Coll. Profess. Sanitario - Massaggiatore Non Vedente	1	88,80	
Coll. Profess. Sanitario - Terapista della Riabilitazione	106	91,70	6,90
Coll. Profess. Sanitario - Assistente Sanitario	39	94,18	4,01
Coll. Profess. Sanitario - Dietista	9	89,90	3,98
Coll. Profess. Sanitario - Infermiere	1569	90,43	5,11

QUALIFICA	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio	Deviazione Standard
Coll. Profess. Sanitario - Logopedista	22	93,23	6,34
Coll. Profess. Sanitario - Odontotecnico	2	91,00	0,00
Coll. Profess. Sanitario - Ortottista	4	87,95	1,54
Coll. Profess. Sanitario - Ostetrica	20	90,00	4,94
Coll. Profess. Sanitario - Podologo	1	87,50	
Coll. Profess. Sanitario - Tecnico Angiocardiocirurgia Perfusione e Fisiopatologia Cardiovascolare	7	85,63	1,65
Coll. Profess. Sanitario - Tecnico della Prevenzione	23	97,83	2,06
Coll. Profess. Sanitario - Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica	9	95,49	2,91
Coll. Profess. Sanitario - Tecnico Di Laboratorio Medico	134	84,94	4,78
Coll. Profess. Sanitario - Tecnico Di Neurofisiopatologia	24	89,82	5,85
Coll. Profess. Sanitario - Tecnico Di Radiologia Medica	101	88,21	3,95
Coll. Profess. Sanitario - Tecnico Igienista Dentale	1	91,00	
Coll. Profess. Sanitario - Terapista Occupazionale	2	85,00	1,41
Coll. Profess. Sanitario Senior - Ex 8 Bis	2	93,50	3,54
Coll. Profess. Sanitario Senior - Tecnico della Prevenzione	5	97,12	4,08
Coll. Profess. Sanitario Senior - Tecnico di Radiologia Medica	3	93,10	5,53
Coll. Profess. Sanitario Senior - Terapista della Riabilitazione	3	92,77	5,40
Coll. Profess. Sanitario Senior. - Infermiere	53	95,44	4,91
Coll. Profess. Sanitario Senior. - Tecnico di Laboratorio Medico	1	87,50	
Coll. Profess. Sanitario Senior.- Assistente Sanitario	7	95,39	4,98
Coll. Profess. Sanitario -Tecnico Audiometrista	2	94,65	0,49
Coll. Profess. Sanitario -Tecnico Terapista della Neuro e Psicomotricita dell'Eta' Evolutiva	2	88,60	15,98
Collaboratore Professionale - Assistente Sociale	27	93,39	4,88
Inf. Psichiatrico Senior	8	94,29	5,59
Infermiere Generico Senior	73	89,78	4,40
Op. Tecnico Spec. - Autista	26	88,46	5,94
Operatore Socio Sanitario	582	88,40	4,63
Operatore Tecnico - Addetto Assistenza	11	88,73	3,16
Operatore Tecnico - Autista	6	84,10	5,90
Totale	3010	89,77	5,41

Tabella 4.6: Numero dei dipendenti di Ruolo tecnico/sanitario per qualifica valutati, del relativo punteggio medio e della relativa deviazione standard

In tutte le tabelle si evidenzia una discreta variabilità dei punteggi medi assegnati con deviazione standard quasi sempre positiva e con un andamento variabile.

4.3.2 Analisi dei risultati per il personale dirigente (ex AOUTs)

Si riportano di seguito i risultati medi rilevati, per l'area della Dirigenza, a conclusione del processo di valutazione 2018.

Per quanto attiene le valutazioni della Dirigenza PTA (area numericamente meno significativa di quella Medica e Sanitaria), non si ritiene opportuno elaborare statistiche che, in ragione del relativamente basso numero di casi osservati, non risulterebbe significativa.

Si riporta di seguito la tabella con l'evidenza dei risultati delle valutazioni per Struttura di appartenenza.

STRUTTURA	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio	Deviazione Standard
ANATOMIA ISTOLOGIA PATOLOGICA	11	84,64	15,60
ANESTESIA RIAN TER ANTALGICA	49	94,86	2,12
ANESTESIA RIANIMAZIONE	10	98,60	2,95
CARDIOCHIRURGIA	16	92,00	11,22
CARDIOLOGIA	29	89,17	8,55
CHIRURGIA TORACICA	6	100,00	0,00
CL CHIR MAXILOFACCIALE ODONTO	14	98,57	2,85
CLINICA CHIRURGIA PLASTICA	6	100,00	0,00
CLINICA CHIRURGIA VASCOLARE	7	99,00	2,65
CLINICA CHIRURGICA	28	95,36	5,13
CLINICA DERMATOLOGICA	8	99,13	2,47
CLINICA MEDICA	10	93,00	0,00
CLINICA OCULISTICA	11	85,73	9,22
CLINICA ORTO TRAUMATOLOGIA	19	99,63	1,61
CLINICA OTORINOLARINGOIATRICA	10	80,60	9,36
CLINICA PATOLOGIE DEL FEGATO	3	95,33	8,08
CLINICA UROLOGICA	14	94,29	7,31
DAO	2	100,00	0,00
DIR INFERMIERISTICA OSTETRICA	1	100,00	
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	9	81,44	10,98
EMATOLOGIA	13	86,62	8,10
FARMACIA CATTINARA	9	97,67	3,50
FISICA SANITARIA	7	98,14	4,91
GASTROENTEROLOGIA	9	82,78	13,84
GERIATRIA	8	87,50	7,56
IGIENE SANITA' PUBBL MICROBIOL	2	100,00	0,00

STRUTTURA	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio	Deviazione Standard
INGEGNERIA CLINICA	1	100,00	
LABORATORIO ANALISI	13	91,23	14,76
MALATTIE INFETTIVE	9	93,11	5,78
MANUTENZ SVILUPPO PATRIMONIO	1	100,00	
MED URGENZA	26	94,77	6,45
MEDICINA CLINICA	13	92,00	5,08
MEDICINA DEL LAVORO	7	100,00	0,00
MEDICINA INTERNA	17	96,70	4,08
MEDICINA LEGALE	3	88,67	14,01
MEDICINA NUCLEARE	7	70,29	14,90
MEDICINA TRASFUSIONALE	15	91,37	12,51
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	5	96,20	5,76
NEFROLOGIA E DIALISI	12	93,17	6,39
NEUROCHIRURGIA	8	92,63	9,02
NEUROLOGIA	16	100,00	0,00
ONCO SENO RIPRODUTTIVO FEMM	1	93,00	
ONCOLOGIA	8	90,00	4,93
PNEUMOLOGIA	19	95,05	7,69
PREST SAN PROGETT ATT SOCIOSAN	1	100,00	
PREVEN PROTEZ AMBIENTI LAVORO	1	73,00	
PRONTO SOCCORSO	22	90,91	8,90
RADIOLOGIA	13	84,69	6,93
RADIOTERAPIA	6	98,83	2,86
RIABILITAZIONE	11	98,09	4,53
RICER INNOV QUAL RISCHIO CLIN	1	73,00	
RX DIAGNOSTICA INTERVENTISTICA	27	89,93	3,80
sistema 118	1	100,00	
Totale	578	92,84	8,91

Tabella 4.7: Risultati delle valutazioni per Struttura di afferenza dei valutati, del relativo punteggio medio e della relativa deviazione standard

Dal confronto dei dati tra le diverse strutture si evidenzia una discreta differenziazione nell'attribuzione dei punteggi e solo in pochissime articolazioni, alla luce di alcuni valori pari a zero o comunque bassi della deviazione standard, si rileva una certa omogeneità nell'assegnazione dei punteggi.

4.3.3 Analisi dei risultati per il personale dirigente (ex AAS 1)

Si riportano di seguito i risultati medi rilevati, **per l'area della Dirigenza ex AAS**, a conclusione del processo di valutazione 2017.

La deliberazione n. 775 dd. 21/11/2009 regola il sistema di valutazione annuale della dirigenza per l'ex AAS1, prevedendo le seguenti quattro tipologie di schede di valutazione:

- valutazione del dirigente con incarico professionale;
- valutazione del dirigente con incarico di responsabile di Struttura Semplice;
- valutazione del dirigente con incarico di responsabile di Struttura Complessa;
- valutazione del dirigente con incarico di responsabile di Struttura Operativa.

Non è previsto un punteggio per i vari item, ma un giudizio di positivo/negativo.

Per la liquidazione della retribuzione di risultato si parte dall'assunto che il giudizio pienamente positivo consente la liquidazione dell'intero incentivo mentre, in presenza di giudizi negativi, si deve valutare il numero/percentuale dei giudizi negativi formulati nel complesso degli indicatori stabiliti nelle schede, abbattendo proporzionalmente la retribuzione di risultato, come di seguito esplicitato:

- 0-15% = 100% della retribuzione
- 16-25% = 80% della retribuzione
- 26-50% = 60% della retribuzione
- 51-70% = 40% della retribuzione
- oltre 70% = 0% della retribuzione

Si evidenzia che tutti i dirigenti hanno raggiunto una valutazione positiva, e si evidenziano pochissimi casi di item negativi.

Si riportano infine le tabelle con l'evidenza delle valutazioni dei Direttori di Dipartimento e dei Direttori di Struttura Complessa e Struttura Semplice Dipartimentale.

TABELLA RIASSUNTIVA DELLE VALUTAZIONI DEI DIRETTORI DI DIPARTIMENTO**ANNO 2018**

DIPARTIMENTO	NOMINATIVO	Esito Valutazione
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	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 4.8: Tabella riassuntiva delle valutazioni dei direttori di dipartimento - anno 2018**TABELLA RIASSUNTIVA DELLE VALUTAZIONI DI DEI DIRETTORI DI STRUTTURA
COMPLESSA E DI STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE – ANNO 2018**

SC/SSD	DIPARTIMENTO	NOMINATIVO	QUALIFICA	Esito Valutazione
SC Cardiovascolare e Medicina Dello Sport	DAI Cardiotoracovascolare	Andrea DI LENARDA	Dirigente Medico	positivo
SC CENTRO SOCIALE ONCOLOGICO	CENTRI INTERDISTRETTUALI	Rita CECCHERINI	Dirigente Medico	positivo
SC Chir Toracica	DAI Cardiotoracovascolare	CORTALE MAURIZIO	Dirigente Medico	positivo
SC Pneumologia	DAI Cardiotoracovascolare	CONFALONIERI MARCO	Dirigente Medico	positivo

SC/SSD	DIPARTIMENTO	NOMINATIVO	QUALIFICA	Esito Valutazione
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	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
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/SSD	DIPARTIMENTO	NOMINATIVO	QUALIFICA	Esito Valutazione
SC Radiologia HC (UCO)	DAI di Diagnostica per immagini	STACUL FULVIO	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	FESTINI GIANLUCA	Dirigente Medico Fino al 30/06/2018	Positivo
SC Ematologia Clin	DAI Ematologia, Oncologia, Infettivologia	ZAJA FRANCESCO	Dirigente Medico Dal 01/07/2018	
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 Pronto Soccorso	DAI Emergenza, Urgenza, Accettaz	COPETTI ROBERTO	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
SSD Anestesia e Rianimazione in ambito Cardiovascolare	DAI Emergenza, Urgenza, Accettazione	MEZGEC DIEGO	Dirigente Medico fino al 31/01/2018	positivo
SC Clin Medica (UCO)	DAI Medicina	BIOLO GIANNI	Dirigente Medico	positivo
SC Geriatria	DAI Medicina	CESCHIA GIULIANO	Dirigente Medico	positivo
SC I Medica	DAI Medicina	BIANCHINI DARIO	Dirigente Medico	positivo
SC III Medica	DAI Medicina	SPANGARO FRANCO	Dirigente Medico	positivo

SC/SSD	DIPARTIMENTO	NOMINATIVO	QUALIFICA	Esito Valutazione
			fino al 31/10/2018	
SC Medicina Interna	DAI Medicina	BIANCHINI DARIO	Dirigente Medico dal 01/11/2018	positivo
SC Med Clin (UCO)	DAI Medicina	CARRETTA RENZO	Dirigente Medico Fino al 31/10/2018	positivo
SC Med Clin (UCO)	DAI Medicina	FABRIS BRUNO	Dirigente Medico Fino al 31/10/2018	positivo
SC Nefrol e Dialisi	DAI Medicina	BOSCUTTI GIULIANO	Dirigente Medico	positivo
SSD 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 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/SSD	DIPARTIMENTO	NOMINATIVO	QUALIFICA	Esito Valutazione
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	SCORRETTI CARLO	Dirigente Medico Fino al 31/10/2018	positivo
SC Med Legale (UCO)	DAI Patologia e Medicina Legale	SANTANGELO ELIO	Dirigente Medico Dal 01/11/2018	positivo
DAT	DAT	Emanuela FRAGIACOMO	Dirigente Medico	positivo
DISTRETTO 1	DAT	Cesarino ZAGO	Dirigente Psicologo	positivo
SSD Attività di supporto direzionale	DAT	Daniela ZARO	Dirigente Amministrativo	positivo
SC Centro Immunotrasf	Dipartimento di Medicina Trasfusionale	MASCARETTI LUCA GIOVANNI	Dirigente Medico	positivo
SSD Immunoematologia e Distribuzione del Sangue	Dipartimento di Medicina Trasfusionale	BARCOBELLO MONICA	Dirigente Medico	positivo
SSD Immunotrasfusionale BURLO	Dipartimento di Medicina Trasfusionale	BET NICOLA	Dirigente Medico	positivo
SSD Immunotrasfusionale Gorizia - Monfalcone	Dipartimento di Medicina Trasfusionale	GIAVITTO MARIA	Dirigente Medico	positivo
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Valentino PATUSSI	Dirigente Medico	positivo
SANITA' PUBBLICA	DIPARTIMENTO DI	Corrado ABATANGELO	Dirigente	positivo

SC/SSD	DIPARTIMENTO	NOMINATIVO	QUALIFICA	Esito Valutazione
VETERINARIA	PREVENZIONE		Veterinario	
SC ACCERTAMENTI CLINICI E LEGALI PER LE FINALITA' PUBBLICHE	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Paolo GOLIANI	Dirigente Medico fino al 21/12/2018	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	Tiziana DEL PIO LUONGO	Dirigente Medico fino al 31/10/2018	positivo
SC IGIENE SANITA' PUBBLICA PREVENZIONE AMBIENTALE	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Adele MAGGIORE	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 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/SSD	DIPARTIMENTO	NOMINATIVO	QUALIFICA	Esito Valutazione
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 Attivita' Sociosanitaria	DAT	PAOLETTI FLAVIO	Dirigente Infermieristico	positivo
SC Controllo di Gestione	Direzione Generale	ROZZINI LUCIANA	Dirigente Amministrativo	positivo
SC Ricerca, Innovazione Clinica Assistenziale, qualità, accreditamento e	Direzione Generale	CENTONZE SANDRO	Dirigente Medico	positivo

SC/SSD	DIPARTIMENTO	NOMINATIVO	QUALIFICA	Esito Valutazione
rischio clinico				
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
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

SC/SSD	DIPARTIMENTO	NOMINATIVO	QUALIFICA	Esito Valutazione
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 FRAGIACONO	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 4.9: Tabella riassuntiva delle valutazioni di dei direttori di struttura complessa e di struttura semplice a valenza dipartimentale – anno 2018

4.3.4 Analisi di genere

Alla data di stesura della presente Relazione l'Azienda non ha redatto il bilancio di genere. Pur tuttavia sono state stilate alcune statistiche, allegate alla presente (v. Allegato 4), in relazione alla composizione del personale, distinguendo il genere per età, qualifica, di ruolo/non di ruolo, afferenza alla direzione strategica, al contratto di lavoro.

5 Il ciclo delle performance ed i piani triennali per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza

In quanto alla correlazione tra obiettivi ricompresi nel ciclo delle performance ed i piani in argomento, si rimanda alla “Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni e Attestazione degli obblighi relativi alla trasparenza e all’integrità” per l’anno 2018 predisposta dall’Organismo indipendente di valutazione delle prestazioni dell’ASUITs e pubblicata sul sito nell’apposita sezione dell’Amministrazione Trasparente, Controlli e rilievi sull’amministrazione, Organismi Indipendenti di Valutazione.

Va qui solo segnalato che, in fase di negoziazione degli obiettivi costituenti il Progetto Complessivo Aziendale correlato alla produttività collettiva per il personale del Comparto e della retribuzione di risultato per il personale dirigenziale, sono stati assegnati dalla Direzione obiettivi correlati a quanto disposto dalla medesima nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2018 – 2020 (PTPC), in ciò costituendo raccordo tra quest’ultimo ed il ciclo delle performance. Ulteriormente, i dirigenti delle Strutture ed i referenti all’uopo individuati, hanno la responsabilità di elaborare, trasmettere e aggiornare i dati di pertinenza in ottemperanza agli obblighi di pubblicazione nella sezione dedicata all’Amministrazione Trasparente.

Allegato 1: Estratto dalla Relazione sulla gestione del bilancio d'esercizio 2018 adottato in via definitiva con decreto del Commissario Straordinario n. 364 dd. 15/5/2019

4.2 Obiettivi Esercizio PAL 2018

Obiettivi dell'esercizio relativi alla struttura ed all'organizzazione dei servizi

LINEE PROGETTUALI

3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1. Degenze	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Posti letto	Conclusione e consolidamento del percorso di ridefinizione dei posti letto in coerenza a quanto definito dalla DGR 2673/2014.
Attuazione al 31/12/2018: ASUITS ha messo in atto manovre di riorganizzazione seguendo le indicazioni regionali	
Degenze	<p>Il Dipartimento delle dipendenze ha recentemente inaugurato la nuova sede della SC Dipendenze Comportamentali e da Sostanze Legali, sita in via dei Ralli 5, che ospita tra l'altro la Residenza Specialistica Alcolologica. Tale servizio, come definito nell'allegato n. 1 della DGR FVG n. 2673 dd. 30/12/2014, prevede posti letto a valenza sovra-aziendale finalizzati al trattamento h24 di soggetti con problematiche di dipendenza, in primis da alcool, che presentano situazioni ad elevata complessità. I costi relativi ai percorsi residenziali saranno coperti a "compensazione" in base al tariffario regionale che verrà definito prossimamente.</p> <p>Nel corso del 2018, stante che con DGR 2243 dd. 07/12/2017 è stato approvato il "Regolamento per il rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale alle strutture residenziali e semiresidenziali per la terapia riabilitativa delle dipendenze in attuazione degli articoli 48 e 49 della L.R. 16/10/20014 n. 17", ASUITS avvierà l'iter previsto per accreditare anche tale struttura.</p>
Attuazione al 31/12/2018:	

Il 25 e 26 marzo 2019 c'è stata la valutazione da parte della Commissione regionale, che ha dato esito positivo. Quindi la struttura residenziale è stata autorizzata ed accreditata a pieno titolo

Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso: la procedura di accreditamento di tutte le strutture regionali residenziali, pubbliche e private, è stata posticipata nel 2019 per ragioni tecniche su decisione regionale.

3.1.3. Emergenza urgenza

ASUITS ha provveduto (settembre 2017) al completamento dell'assetto previsto dal Piano Emergenza Urgenza per tutti i mezzi di terra.

3.1.4. Medicina di laboratorio

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Medicina di laboratorio	<ul style="list-style-type: none">- Nel 2018 è prevista la conclusione del progetto del Laboratorio unico dell'area giuliano-isontina, secondo il modello hub & spoke, costituito da due sedi hub collocate presso l'Ospedale Maggiore per la routine (coreLab) e presso l'Ospedale di Cattinara per le urgenze, collegati funzionalmente e operativamente ai Laboratori spoke dell'IRCCS Burlo Garofolo, dell'ospedale di Monfalcone e dell'Ospedale di Gorizia.- Il trasferimento dei campioni verso il laboratorio hub sarà graduale e continuo, esauendosi nel primo semestre del 2018. Successivamente è previsto lo spostamento della routine degli interni di AAS2 per il secondo semestre dell'anno, e sarà contestuale con l'aggiornamento delle tecnologie presso i laboratori spoke di Gorizia e Monfalcone.- Sarà definito uno specifico Atto di intesa per la regolazione dei rapporti tra ASUITS e AAS2, nel rispetto delle indicazioni fornite dalla programmazione regionale nelle Linee di Gestione.

Attuazione al 31/12/2018:

Nel 2018 è stata conclusa la realizzazione del Laboratorio Unico dell'area giuliano-isontina secondo il modello hub & spoke: costituito da due sedi hub poste presso l'ospedale Maggiore di Trieste, dedicato agli esami di routine e specialistici (coreLab) e presso l'ospedale di Cattinara per le urgenze. Le sedi hub sono collegate funzionalmente e operativamente ai Laboratori spoke dell'IRCCS Burlo Garofolo, dell'ospedale di Monfalcone e dell'Ospedale di Gorizia.

Il trasferimento degli esami di routine è avvenuto rispettivamente dal 14.12.2016 per l'IRCCS Burlo (con il passaggio contestuale degli esami interni ed esterni ad ASUITS e l'attivazione di un nuovo

laboratori per le urgenze presso lo spoke del Burlo). Il 21.3.2018 sono stati trasferiti gli esami esterni di Gorizia e Monfalcone su ASUITs e il completamento del progetto è stato raggiunto con il trasferimento degli esami interni nel luglio-agosto 2018 e la contestuale attivazione dei laboratori spoke dedicati alle urgenze presso gli ospedali di Gorizia e Monfalcone.

3.1.5. Sangue ed emocomponenti

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Sangue ed emocomponenti	<ul style="list-style-type: none"> - L'attività residuale di produzione di emocomponenti consiste nella preparazione di concentrati piastrinici da buffy-coat. Come previsto dalle Linee di Gestione, il Dipartimento di Medicina Trasfusionale Giuliano Isontino (DIMIT) cesserà tale attività che verrà trasferita al Centro Unico di Produzione (CUPRO) a Palmanova (AAS2). Sarà sottoscritto un contratto tra ASUITs e AAS2 che definisca il quantitativo di concentrati piastrinici giornalieri, lo standard di prodotto e chi è responsabile della produzione in urgenza di tali emocomponenti. - Sempre dal 1 luglio 2018, transiterà in AAS2 la funzione di raccolta sangue territoriale svolta con le unità di raccolta mobile attualmente in comodato d'uso presso l'ASUIUD e l'ASUITs. Anche per questa funzione, pertanto, si dovrà procedere con analogo scorporo che riguarderà: <ul style="list-style-type: none"> - i mezzi, le attrezzature ed i beni utilizzati per tale attività - il personale dipendente o a contratto interamente impegnato in tale attività - contratti e convenzioni in essere finalizzate a tale attività. - L'autoemoteca regionale basata a Gorizia è attualmente gestita dal DIMIT. Tale mezzo verrà trasferito ad AAS2 che sarà responsabile della raccolta territoriale per tutta la Regione. Non è previsto il trasferimento né di personale medico né personale infermieristico. Gli strumenti attualmente utilizzati in autoemoteca (scompositori e bilance) verranno ceduti ad AAS2. - Entro la fine del 2018 dovrà essere riverificato e rinnovato l'accreditamento istituzionale di tutte le strutture trasfusionali della Regione. - Il DIMIT verrà sottoposto a verifica ispettiva per

	il rinnovo dell'accreditamento istituzionale secondo gli standard previsti dalla DGR 2528/11.
Attuazione al 31/12/2018:	
<ul style="list-style-type: none"> - La produzione di concentrati piastrinici da buffy-coat è stata trasferita al Centro Unico Regionale di Produzione Emocomponenti (CURPE) a metà ottobre 2018. E' stata redatta una Convenzione tra il Dipartimento di Medicina Trasfusionale Giuliano Isontino e il CURPE (allegato 1). - L'autoemoteca Regionale basata a Gorizia è stata trasferita ad AAS. 2 il 1 dicembre 2018. Oltre alle risorse tecnologiche in dotazione al mezzo, sono state trasferiti 1 infermiera e 1 autista. L'atto di scorporo costituisce l'allegato 2. - La visita ispettiva per il rinnovo dell'Accreditamento Regionale ha avuto luogo all'inizio di ottobre con esito positivo (allegato 3). Il decreto di accreditamento a pieno titolo verrà pubblicato a breve. 	
Accreditamento istituzionale	Entro la fine del 2018 verifica e rinnovo dell'accreditamento istituzionale di tutte le strutture trasfusionali della Regione
Attuazione al 31/12/2018:	
V. linea precedente	

3.1.6. Reti di patologia	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Rete oncologica	<p>ASUITs ha definito nel 2017 dei percorsi integrati di presa in carico del paziente oncologico (percorsi dedicati per le prestazioni di radiodiagnostica di controllo prescritti da SC Oncologia) e sono in previsione ulteriori azioni nel 2018 volte a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - realizzare percorsi integrati attivi e da implementare nell'ambito della presa in carico del paziente oncologico - migliorare la gestione del paziente attraverso discussione multidisciplinare (Breast unit, Prostate unit, Meeting urologico, Meeting dei tumori gastrointestinali, Tumori testa collo con partecipazione a progetto dell'Università Bocconi condotto a livello regionale) - implementare la presa in carico rapida delle nuove diagnosi (Progetto DRIN attivo e tracciabile per codifica creata ad hoc) - garantire la partecipazione a gruppo ginecologico oncologico <p>attivare la consulenza per pazienti provenienti</p>

	da area vasta presso il nostro centro hub per confermare il trattamento con i farmaci ad alto costo con limitazione di centro
Attuazione al 31/12/2018: Tutti gli obiettivi descritti sono stati raggiunti, con un particolare impegno, dichiarato esplicitamente, di sviluppare sempre di più la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale	
Realizzare un sistema per gestire teleconferenze tra clinici e riunioni operative a distanza per ogni sede ospedaliera	Attivazione entro il 30.9.2018 di almeno 2 sale attrezzate per gestire teleconferenze cliniche e riunioni operative a distanza, nonché permettere la visione contemporanea di documentazione e immagini diagnostiche di alta qualità.
Attuazione al 31/12/2018: AsuITS ha già numerose sale attivate. Inoltre ha a disposizione un carrello portatile per allestire teleconferenze.	

3.1.7. Modifiche/integrazioni delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 1437/2015	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Modifiche/integrazioni delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 1437/2015	A parziale modifica delle DGR 2673/2014 e 929/2015, presso l'ASUITS è mantenuta come autonoma la funzione di Igiene e Sanità Pubblica, anche in considerazione della valenza regionale e del mandato della stessa che è distinto rispetto alla Microbiologia e Virologia, che è struttura deputata a supportare le decisioni cliniche; pertanto viene espunta la specificazione indicata accanto alla funzione di Microbiologia e Virologia nell'allegato 2 alla DGR 929/2015 riguardante lo svolgimento assicurato in Igiene e Sanità Pubblica.
Attuazione al 31/12/2018: La situazione è mantenuta come descritta	

3.1.8. Modifiche/integrazioni alla DGR 42/2017	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Modifiche/integrazioni alla DGR 42/2017	ASUITS e ASUIUD concordano la quota di budget, di quanto assegnato con l'articolo 6 dell'allegato 1 della DGR n. 42/2017 alla <i>Casa di Cura Città di Udine</i> , che è finalizzata alle attività di medicina di laboratorio (in particolare prelievi) svolte nel territorio di pertinenza dell'ASUITS..

Attuazione al 31/12/2018:

La quota è stata concordata

3.1.10 Lean management

Obiettivo aziendale

Risultato atteso

Sviluppare un nuovo progetto da portare a compimento entro l'anno

Evidenza del progetto concluso

Attuazione al 31/12/2018:

Sono state attuate numerose edizioni di momenti formazione per operatori e dirigenti

3.2 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.2.1. Tutela della salute della donna	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Implementazione del percorso gravidanza fisiologica seguita dall'ostetrica	<p>Avvio implementazione del percorso gravidanza fisiologica seguita dall'ostetrica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - offerta del primo colloquio ostetrico al primo accesso al servizio per gravidanza (offerta di cura) a partire da 1/7/2018 - predisposizione del percorso di formazione (ostetriche) entro giugno 2018 - definizione e descrizione del percorso aziendale entro 31/12/2018 - trasmissione report di attività alla DCS entro 31/12/2018
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offerta del primo colloquio ostetrico al primo accesso al servizio per gravidanza dal 1/7/2018 • La formazione aziendale (11 crediti ECM) è stata effettuata il 13/6/2018; vi hanno partecipato ostetriche e ginecologhe ASUITS <p>http://ecm.sanita.fvg.it/it/web/ecm/ecm/dettaglioevento?idEvento=19580&idEdizione=43629</p> <ul style="list-style-type: none"> • ASUITS ha preso atto del percorso regionale "Percorso nascita in Friuli Venezia Giulia. Progetto gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica" (del. 723 del 21/3/2018), che richiede l'attivazione dei percorsi amministrativi per poter essere messo in atto ed ha avviato le attività per la sua realizzazione: <ul style="list-style-type: none"> o Nel corso del 2018 il gruppo aziendale delle ostetriche ha partecipato al tavolo interistituzionale (ASUITS IRCCS Burlo Garofolo) sulla gravidanza fisiologica definendo percorsi di continuità. o Nelle more dell'attivazione del percorso regionale, ASUITS ha definito il Percorso Assistenziale denominato "La protezione dell'Allattamento nel Percorso Nascita: il Modello di Assistenza di ASUITS" inserito nel Manuale degli operatori 2018- 2010 e decretato la Politica Aziendale di Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste per l'Allattamento Materno e l'Alimentazione dei Bambini" - 2018-2020 (decreto 180 del 7/3/2018); 	
Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio in tutte le aziende	<p>Mantenimento dell'offerta di prima visita ambulatoriale presso i Consultori Familiari (Accoglienza Mamma Bambino) in continuità con il Punto nascita di riferimento.</p> <p>Report attività 2018</p> <p>Mantenimento dell'offerta della prima visita domiciliare ostetrica nelle situazioni di rischio psicosociale e sanitario (su segnalazione del</p>

	punto nascita, su rilevazione degli operatori). Report attività 2018
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Nell'ambito del Percorso Assistenziale denominato "La protezione dell'Allattamento nel Percorso Nascita: il Modello di Assistenza di ASUITS" inserito nel Manuale degli operatori 2018- 2010 e decretato la Politica Aziendale di Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste per l'Allattamento Materno e l'Alimentazione dei Bambini" - 2018-2020 (decreto 180 del 7/3/2018) è prevista l'offerta attiva di un primo Bilancio di salute dopo la dimissione dalla maternità secondo un accordo consolidato con IRCCS Burlo Garofolo (accoglienza Mamma Bambino dei Consulteri Familiari ASUITS).</p> <p>In accordo con la SC Neonatologia TIN di IRCCS Burlo Garofolo è stato messo a punto un foglio informativo concordato con entrambi i loghi da consegnare alle madri alla dimissione dal punto nascita, per favorire l'accesso ai Consulteri Distrettuali entro la prima settimana di vita del bambino, per un bilancio di salute dell'ostetrica (salute della madre e salute del bambino).</p> <p>Nel 2018 sono stati effettuati 1223 bilanci di salute a coppie mamma bambino dopo la dimissione dalla maternità coprendo il 91.4% delle donne residenti che hanno partorito.</p> <p>È proseguita l'attività di Protezione dell'allattamento secondo gli standard UNICEF (7 passi) sulla base dell'Autovalutazione e del Piano d'azione 2018 definito all'interno del Gruppo di lavoro aziendale deliberato nel 2017.</p> <p>È proseguita l'attività di FFSC del gruppo interistituzionale ASUITS IRCCS Burlo Garofolo sull'allattamento (audit di casi clinici, presentazione di protocolli, attivazione di percorsi formativi).</p> <p>I tassi di allattamento esclusivo alla seconda vaccinazione di ASUITS sono 40</p> <p>Numero parti residenti 1223/1338 (91.4%)</p> <p>Numero nati vivi residenti 1355/ 8270</p>	
Nell'ambito dei percorsi di preparazione al parto e nei centri nascita veicolare il messaggio dell'importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani	Mantenimento dell'informazione strutturata nei Corsi di accompagnamento alla nascita sulle vaccinazioni della prima infanzia
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Nel corso del 2018 hanno avuto luogo 38 gruppi post parto presso i Consulteri Familiari distrettuali. Per tutti i gruppi post parto un incontro di 2 ore è stato dedicato alle informazioni sulle vaccinazioni, a cura degli operatori degli ambulatori vaccinali distrettuali.</p>	
Implementazione di percorsi relativi all'età post fertile	Mappatura delle aree di criticità inerenti i percorsi di promozione e prevenzione e definizione di un piano di intervento
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Le donne di età compresa tra i 50 e i 65 anni che hanno avuto almeno un intervento presso i Consulteri Familiari di Asuits nel 2018 sono state 784 pari a circa il 3% della popolazione femminile di questa fascia d'età residente nel territorio di riferimento. Dal sistema informativo regionale dei Consulteri, risulta che nel corso del 2018 nei CCFF di ASUITS sono stati aperti 402</p>	

episodi di cura nell'area delle “problematiche menopausa/climaterio”. Questo dato si riferisce a situazioni in cui la richiesta di intervento da parte dell'utente è stata esplicitata in questo senso e ha avuto carattere prevalente. In dettaglio in quest'area sono state eseguite, prevalentemente dalle ginecologhe, 502 visite, analisi, procedure cliniche o controlli; 266 relazioni, prescrizioni, certificazioni; 98 colloqui, consulenze, valutazioni; 93 attività di informazione/prevenzione. Inoltre i CCF di ASUITS, a scopo preventivo, offrono a tutte le donne fino ai 65 anni la possibilità di sottoporsi a visita ginecologica e senologica gratuita una volta all'anno e nel corso di questa attività, registrata nell'area prevenzione, possono essere affrontate anche problematiche relative menopausa, nonché promuovere l'adesione agli screening oncologici organizzati a livello regionale (cervice uterina, mammella, colon). Su richiesta della persona o su invio della ginecologa che ne rilevi l'opportunità, vengono offerti percorsi di sostegno o consulenze sia psicologiche che sociali. I Consultori Familiari proseguiranno ad offrire alle donne in età postfertile le attività descritte. Per avere un quadro più ampio riguardante i percorsi di prevenzione relativi alle donne di questa fascia di età e poter realizzare azioni più mirate, risulterebbe utile avere i dati di adesione agli screening per la prevenzione dei tumori al collo dell'utero, della mammella e del colon, scorporati per territorio e per fasce d'età.

3.2.2. Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<p>Screening opportunistico: avvio di uno screening opportunistico su stili di vita e rischio cardiovascolare globale nelle Aziende sanitarie della regione in coordinamento con A.I.R. dei MMG.</p>	<p>Il 10% dei pazienti eleggibili di ogni MMG che aderisce allo screening opportunistico è valutato per la definizione del rischio cardiovascolare.</p> <p>Il risultato del rischio viene inserito nella piattaforma regionale del rischio cardiovascolare.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Il software-piattaforma per l’inserimento dei dati ed il calcolo del rischio CV era già pronto a inizio 2018.</p> <p>La fase di test sulle cartelle cliniche della Medicina Generale per l’inizio della fase di installazione è stato completato nella prima metà del 2018.</p> <p>Identificati i fondi regionali per il rinnovo del contratto di assistenza al software-piattaforma per l’inserimento ed il calcolo del rischio CV.</p> <p>La lettera di invito per i MMG al programma di screening regionale delle MCV, il contratto gratuito di ogni singolo MMG per l’installazione del software, la modulistica per il consenso informato per i pazienti che danno la disponibilità ad aderire al programma di screening sono stati condivisi con l’Area Prevenzione della DCS, con la DS ASUITS, con l’Ingegneria Clinica ed il responsabile della Privacy ASUITS, pronte per essere per essere inviati ai MMG, per raccogliere le adesioni e completare l’installazione del software per il calcolo del rischio CV collegato alla cartella informatizzata negli studi dei MMG.</p> <p>A livello regionale non è stato purtroppo possibile inserire il Progetto di Screening opportunistico del Rischio CV tra gli obiettivi della Medicina Generale per il 2018. Per tale motivo l’obiettivo di Screening opportunistico del Rischio CV è stato sospeso per il 2018 e rimandato al 2019.</p>	
<p>Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso:</p>	

A livello regionale non è stato purtroppo possibile inserire il Progetto di Screening opportunistico del Rischio CV tra gli obiettivi della Medicina Generale per il 2018. Per tale motivo l'obiettivo di Screening opportunistico del Rischio CV è stato sospeso per il 2018 e rimandato al 2019.

3.2.3. Gli screening oncologici in Regione Friuli Venezia Giulia (Programma II PRP)

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Gestire la transizione del programma regionale di screening della cervice ad HPV-molecolare realizzando presso l'Anatomia Patologica di ASUITS un laboratorio unico regionale per tutti gli esami di HPV-molecolare primari e tutte le letture dei pap-test secondari;	<ul style="list-style-type: none"> - Laboratorio unico HPV molecolare e cervicocitologia di screening realizzato presso l'Anatomia Patologica di ASUITS entro il 30.9.2018. - Fascia di popolazione obiettivo 50-64 invitata a screening con HPV-DNA come test primario. - HPV-molecolare primari e tutte le letture dei pap-test secondari analizzati presso l'Anatomia Patologica di ASUITS, - Letture dei pap test primari presso le sedi di attuale competenza fino a transizione del programma ultimata - Programma partecipato di controllo di qualità realizzato. - Gare realizzate e logistica di supporto riorganizzata

Attuazione al 31/12/2018:

Al 31/12/2018 si sono concluse le gare con aggiudicazione definitiva. Il laboratorio è stato realizzato e completato. Si sono definiti anche, in collaborazione con la Direzione Regionale tutti i percorsi relativi ai trasporti ed il programma formativo per il personale coinvolto nelle attività dello screening. Il laboratorio sarà operativo dal giugno 2019 ed è previsto che i primi campioni, come da decisione dell'Assessorato alla Salute, arriveranno a partire dal 1° luglio 2019.

Raggiungere e mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 70 % per la cervice uterina, al 70 % per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto	Adesione pari al 70% per la cervice uterina, al 70% per la mammella e al 70% per il carcinoma del colon retto
---	---

Attuazione al 31/12/2018:

Adesione cervice 2018 $\geq 70\%$. ASUITS 61,86%

Adesione colon retto 2018 $\geq 70\%$. ASUITS 57,59%

Adesione mammella 2018 $\geq 70\%$. ASUITS 67,68%

Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso:

Storicamente Trieste presenta criticità ampiamente documentate e motivate negli anni

<p>Garantire il rispetto degli standard di qualità, come previsto dall'Atto d'Intesa del 18 dicembre 2014 della Conferenza Stato-Regioni sul documento recante "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia".</p>	<p>Rispetto da parte di ASUITS dei requisiti previsti dal sistema regionale di verifica dei centri di senologia con invio alla Direzione regionale dei dati di autovalutazione entro il 30.11.2018.</p>						
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>I requisiti sono rispettati.</p> <p>ASUITS ha verificato i requisiti nazionali ed europei e il suo centro ha ricevuto la certificazione Eusoma già anni fa, confermata nel 2019 sui dati del 2018.</p>							
<p>Garantire che i radiologi certificati svolgano sia la lettura del test mammografico di screening sia la gestione del percorso di approfondimento diagnostico dei casi richiamati</p>	<p>Lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati</p>						
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Nell'ambito dello screening senologico tutte le letture di primo livello e la gestione del percorso di approfondimento diagnostico di tutte le pazienti sono state effettuate dalle 3 radiologhe certificate per l'attività di screening (dott.sse Martina Assante, Cristiana Gasparini e Maura Tonutti). I dati relativi al percorso di approfondimento diagnostico sono desumibili dal G2 clinico.</p> <p>Si conferma che l'obiettivo è stato raggiunto al 100%</p>							
<p>Garantire la corretta chiusura dell'esito dei casi di secondo livello dello screening mammografico nel G2 clinico ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente > = 95% - percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10% 						
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pazienti richiamate al secondo livello 434, casi non completi 10 pari al 2,3%, percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente > = 95%. La percentuale di casi chiusi che doveva essere controllata da ogni singolo centro - percentuale di early recall "sospesi" 6.9% 							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #4F81BD; color: white;"> <th style="padding: 5px;">Esiti sospesi</th> <th style="padding: 5px;">Esiti chiusi</th> <th style="padding: 5px;">Tasso sospesi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">507</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">6,9</td> </tr> </tbody> </table>		Esiti sospesi	Esiti chiusi	Tasso sospesi	35	507	6,9
Esiti sospesi	Esiti chiusi	Tasso sospesi					
35	507	6,9					
<p>Garantire il rispetto dei requisiti definiti dalla regione per i centri di secondo livello.</p>	<p>Rispetto dei requisiti previsti dal sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di secondo livello con invio alla Direzione regionale dei dati di autovalutazione entro il 30.11.2018.</p>						
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>I requisiti sono rispettati</p>							
<p>Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica (in particolare la</p>	<p>Percentuale di cartelle correttamente compilate >=95%</p>						

codifica del livello di rischio assicurando di rendere definitiva la compilazione) per gli esami di 2° livello di screening	Tempo di attesa per colonscopia di approfondimento di secondo livello < o = 30 giorni
garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello entro 30 giorni dalla positività del FOBT di screening	
Attuazione al 31/12/2018: Obiettivi raggiunto, cartelle compilate al 99% A fine 2018 (rilevazione degli ultimi tre mesi) il 100% delle prestazioni sono eseguite entro i	
Mantenere aggiornate, tramite i distretti, le anagrafi sanitarie verificando assistiti in base ai dati del monitoraggio delle lettere inesitate fatti pervenire dalla Direzione Centrale Salute.	Percentuale di inviti inesitati < = 1,5%
Attuazione al 31/12/2018: Dai dati in nostro possesso gli inviti 2018 sono stati 67.198, mancando il residuo del 4° trimestre delle inesitate possiamo solo stimare la percentuale delle inesitate complessivamente nel 5,8%.	
Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso: Dal dato di 3915 (inesitate dei 4 trimestri meno il residuo del 4° trimestre) tutte controllate solo 715 si potevano correlare a un problema di anagrafe sanitaria (cancellazione per emigrazione, cancellazione per altri motivi, variazione di indirizzo, decessi) mentre le restanti 3200 inesitate risultavano corrette in anagrafe sanitaria, quindi non c'erano problemi di correzione. Il dato dei 715 è ben al di sotto dell' 1,5% dell'obiettivo regionale.	

3.2.5. Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP)

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Perseguire gli obiettivi previsti dal Piano regionale della prevenzione sul territorio regionale	Invio alla AAS2 dei dati dell'attività svolta in ASUITS al fine della predisposizione del report regionale per la DCS
Attuazione al 31/12/2018: Le attività previste sono state segnalate al referente regionale per la consueta rendicontazione.	
L'azienda collabora e sostiene percorsi ed azioni coerenti a diffondere in tutta la Regione il modello di Scuola che promuove la salute, che ha lo scopo di migliorare il successo scolastico e facilitare l'azione in favore della salute	Adesione di almeno il 50% delle 35 scuole della provincia alla rete di Scuole che promuovono salute (SHE) sulla base della collaborazione instaurata tramite accordi conclusi nel 2015
Attuazione al 31/12/2018: Effettuata la formazione regionale SPS (06/09/18) e avviato il percorso regionale con l'adesione di 16 Istituti della provincia di Trieste (40 adesioni totali in FVG). Prevista una formazione territoriale e una regionale.	
Sviluppo di progetti di promozione della	Realizzazione in 17 istituti di almeno 1 dei

salute/peer education nelle scuole e negli enti di formazione professionale, continuando a diffondere e ad implementare progetti riconducibili alle buone pratiche, quali i modelli What's up, Unplugged, peer education, ecc.	<p>seguenti progetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afrodite - Unplugged - Progetto Emozioni in regola
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Avviati i seguenti progetti nell'anno scolastico 2018/2019:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afrodite (4 Secondarie secondo grado + 3 Enti professionali) - Unplugged (5 Secondarie primo grado + 2 Secondarie secondo grado + 1 ente professionale) - Progetto Emozioni in regola (3 scuole primarie + 1 come controllo) - Bulli di sapone - Buone Pratiche contro pedofilia (6 Secondarie primo grado) - Zooantropologia didattica (3 scuole primarie) - Sicuramente (4 scuole infanzia comunali – 9 Secondarie primo grado – 4 Secondarie secondo grado) - Alimentazione Ambiente Sostenibilità (2 Secondarie secondo grado) <p>I seguenti progetti sono stati avviati in 31 istituti scolastici (4 scuole infanzia comunali - 17 Istituti Comprensivi – 7 Istituti Secondari II grado – 3 enti formazione professionale).</p>	
Collaborazione nell'ambito del programma III del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) all'obiettivo specifico di promozione della cultura della salute e sicurezza in ambito scolastico sulla base delle indicazioni del coordinamento diretto dall'AAS 5	Avvio dei programmi e delle iniziative che verranno individuati dal coordinamento regionale dell'AAS5
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Continua la collaborazione e partecipazione come prevista dalla linea regionale</p>	
Inserimento nella banca dati PRO.SA. delle attività di promozione salute svolte negli istituti scolastici	Inserimento in banca dati PRO.SA. dell'attività svolta relativamente ai progetti Afrodite, Unplugged, Emozioni in regola
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Si conferma l'inserimento dei progetti in banca dati DORS visibili solo alle aziende regionali mentre per la pubblicazione nel circuito nazionale si rimane in attesa di alcuni dati prima di procedere.</p>	

3.2.6. Dipendenze	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.	<p>Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze.</p> <p>Invio e validazione dei dati per i flussi informativi</p>

	regionali raccolti dell'osservatorio. Rendicontazione delle azioni previste dal Piano operativo GAP 2017.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Gli incontri del gruppo tecnico si sono tenuti a Palmanova nelle seguenti giornate</p> <ul style="list-style-type: none"> • 23 gennaio, 20/2, 20/3, 17/4, 2 e 22/5, 1/6, 21/9, 22/10, 23/11 e il direttore del DDD ha partecipato al 100% di essi. <p>Il DDD ha inviato i report periodici relativi ai flussi informativi obbligatori SIND previsti ex lege, sia sui dati di utenza che sui dati di attività, secondo le tempistiche regionali. Assicurata la rendicontazione delle azioni previste dal Piano Operativo GAP.</p>	
Partecipazione al tavolo tecnico di confronto regionale con il terzo settore sui trattamenti alcolici.	Partecipazione dei referenti Aziendali dei trattamenti alcolici ad almeno il 70% delle riunioni indette.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Gli incontri del tavolo tecnico sulla rete alcolica con il terzo settore si sono tenuti nelle seguenti giornate:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30/1, 27/2, 27/3, 29/5, 9/10, 20/11 e la presenza del DDD è stata garantita per il 100% 	
Promuovere e aumentare il numero di programmi terapeutico riabilitativi in misura alternativa alla detenzione per detenuti con dipendenza patologica e di messe alla prova.	Partecipazione alla realizzazione di una formazione a valenza regionale sulle misure alternative e messe alla prova.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>E' stato realizzato il seguente evento formativo:</p> <p>“Workshop Misure alternative alla detenzione”, organizzato dalla Regione FVG (Udine, 11 dicembre 2018), a cui hanno partecipato operatori dei diversi profili professionali del DDD, coinvolti nei percorsi specifici.</p>	
Partecipazione ai tavoli di monitoraggio sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.	Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale. Aumento delle misure alternative e messe alla prova
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Il report è stato redatto a partire dal monitoraggio di 3 indicatori tra quelli previsti dal tavolo tecnico regionale, e precisamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • numero di Borse di Formazione Lavoro che sono state rinnovate, con specificazione del razionale; • numero di Borse di Formazione Lavoro che sono state interrotte per “abbandono” - drop out; • numero di Borse di Formazione Lavoro concluse in seguito al raggiungimento degli obiettivi previsti. <p>Il report è stato inviato alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.</p>	

Monitoraggio degli esiti dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza.	Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi all'esito dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza.
Attuazione al 31/12/2018: Il report è stato inviato al referente della Direzione centrale salute della Regione con gli indicatori di outcome concordati: 1. follow-up dei soggetti tabagisti a 6 mesi dal trattamento: su un totale di 63 soggetti, si sono presentati 59 soggetti alla visita di follow up, di cui 47 sono risultati astinenti; 2. monitoraggio dei drop out: sostanze illegali 70 soggetti, alcol 73 soggetti, tabacco 62 soggetti, GAP 17 soggetti; 3. monitoraggio decessi per suicidio o overdose: 2 decessi per overdose e 1 suicidio.	
Partecipazione alla stesura del nuovo Piano d'Azione Regionale per le Dipendenze.	Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette.
Attuazione al 31/12/2018: Gli incontri del gruppo tecnico regionale dedicati alla discussione del nuovo PARD si sono tenuti nelle giornate seguenti: • 20/3, 17/4, 1/6, 23/11 e 23/1/2019. Il direttore del DDD ha partecipato al 100% degli incontri.	
Aumento del testing per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze alcoliche alle persone che afferiscono ai servizi per le Dipendenze.	Almeno il 20% di testati sui testabili.
Attuazione al 31/12/2018: E' stato testato più del 20 % degli utenti con alcol dipendenza (n. 190 soggetti su 830 utenti in carico con diagnosi di alcol-dipendenza).	
Partecipazione alla definizione di percorsi condivisi a livello regionale per le procedure legate agli accertamenti legali.	Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette.
Attuazione al 31/12/2018: Gli incontri del gruppo tecnico regionale si sono tenuti nelle seguenti giornate: • 20/3, 19/6, 21/9 e 22/10. Il personale del DDD ha partecipato al 100% degli incontri.	

3.2.7. Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Sviluppare progetti di attività fisica rivolti alla popolazione adulta	Report su quanto realizzato
Attuazione al 31/12/2018: ASUITS ha predisposto un Avviso rivolto alle Associazioni Sportive Dilettantistiche, Associazioni di Promozione Sociale e Associazioni di Volontariato per implementare o proporre progetti di	

attività fisica rivolta alla popolazione adulta. Sono stati valutati i progetti a cui sono stati corrisposti i contributi regionali, di seguito un breve riassunto delle attività:

Associazione Benessere ha implementato l'attività già esistente ed inoltre sono stati attivate 2 nuove sedi per essere più presente sul territorio

Associazione Lunga Vita Attiva: progetto di attività motoria in acqua con nuoto lento rivolto a persone over 60, nel 2018 sono stati effettuati 2 corsi

Associazione Equilandia progetto di attività motoria, passeggiata con cavallo, e presenza di guida naturalistica per persone over 50 anni attivato 1 corso

Associazione Lega Italiana per la lotta contro i Tumori: il progetto di implementazione delle attività di yoga, e nuovi corsi di Nordic Walking e gruppi di cammino

Associazione Comitato Regionale UISP FVG: il progetto ha previsto l'implementazione delle attività di ginnastica per adulti e la costituzione di corsi in nuove sedi

Tutte le Associazioni hanno predisposto un questionario d'ingresso e fine percorso di attività per valutare il gradimento e talvolta la modifica degli stili di vita

Realizzare progetti di promozione attività fisica adattata	Almeno 1 iniziativa/progetto
Attuazione al 31/12/2018:	
In ASUITs è presente un progetto di attività fisica adattata con l'Associazione Sportiva Ginnastica Triestina per le persone che afferiscono al Centro Cardio Vascolare con un protocollo operativo dedicato di invio e monitoraggio dell'attività	
Diffondere opportunità di attività fisica presenti sul territorio attraverso il sito regionale (<i>invecchiamentoattivo.fvg</i>)	Presenza, sul sito, delle attività realizzate in collaborazione con le associazioni
Attuazione al 31/12/2018:	
Tutte le Associazioni che hanno partecipato all'avviso per l'attività motoria sono iscritte al sito regionale "invecchiamentoattivo.fvg" descrivendo le attività	

3.2.8 Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)

Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Il Dipartimento di Prevenzione partecipa e sostiene l'attività che andrà a delinearsi per la prevenzione degli incidenti stradali, sulla base del coordinamento della DCS	Collaborazione alla stesura del report sull'attività svolta a livello regionale o predisposizione di un report sull'attività svolta a livello locale sulla base delle attività che, su indirizzo della DCS, andranno a delinearsi
Attuazione al 31/12/2018:	
Le attività di implementazione previste relative l'utilizzo dei buoni taxi si concluderanno a febbraio 2019.	
Partecipato alla tavola rotonda prevista dal Progetto Regionale Sicuramente il 21.11.2018 a Trieste.	

3.2.9. Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Coordinare le attività relative al perseguimento degli obiettivi del programma VII PRP prevenzione degli incidenti domestici.	Report congiunto di monitoraggio relativo alle attività previste dal Programma VII PRP inviato alla DCS.
Svolgere attività di sensibilizzazione della popolazione alla prevenzione degli incidenti domestici	Almeno un'iniziativa di sensibilizzazione attraverso i media
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Il Report congiunto di monitoraggio relativo alle attività previste dal Programma VII PRP è stato inviato alla DCS in data 21/12/2018 via PEC (prot. 71393/T-GEN-IV-1-A)</p> <p>La campagna di prevenzione degli incidenti domestici realizzata in collaborazione fra tutte le Aziende Sanitarie della Regione, l'IRCSS Burlo Garofolo e la SISSA è stata presentata in data 3 Dicembre 2018 dall'Assessore alla Sanità, Riccardo Riccardi, nel corso di una conferenza stampa (comunicato stampa disponibile all'indirizzo:</p> <p>http://www.regione.fvg.it/rafvfg/comunicati/comunicato.act?dir=%2Frafvg%2Fcms%2FRAFVG%2Fnotiziedallagiunta%2F&nm=20181203155826002&fbclid=IwAR2gXqWls6wwUUYPq500tqZBfDf3iseji3j-o2VmqHqmkNLCQLV5Iklj7Q).</p> <p>La campagna di prevenzione, il sito ed i suoi contenuti sono stati ulteriormente pubblicizzati attraverso il TG Regionale (https://www.youtube.com/watch?v=AHfWDCqy6Dk&feature=youtu.be) ed altri media locali (http://www.udinetoday.it/cronaca/prevenzione-incidenti-domestici-friuli-venezia-giulia-2017-2018.html; https://messengeroveneto.gelocal.it/dalla-giunta/2018/12/03/news/salute-riccardi-aumentare-prevenzione-su-rischi-incidenti-domestici?id=finegil:messenger-veneto.site:-1327468643&refresh_ce) e durante la trasmissione televisiva "Family Salute e benessere" di Telefriuli in data 11/12/2018.</p> <p>Il programma di prevenzione è stato inoltre presentato e diffuso attraverso la newsletter ed i social di "Guadagnare Salute" ed il sito Epicentro dell'Istituto Superiore di Sanità.</p>	
Effettuare la rilevazione attraverso la check-list dei rischi nelle abitazioni	Almeno 50 abitazioni valutate
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Rilevati i rischi in 80 abitazioni</p>	

3.2.10. Miglioramento della qualità nelle attività del dipartimento di prevenzione con particolare riferimento alle attività di vigilanza e controllo (Programma VIII PRP)	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Partecipare alla stesura delle schede di prodotto e delle flow chart, con le metodiche e strumenti predisposti nell'ambito della IV fase del progetto di ricerca "Prodotti Finiti FVG"	Partecipazione alla elaborazione di almeno 90 schede di prodotto a livello regionale

<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Le Strutture dipartimentali (SCISP, SCIAN, SCPSAL, SCSPA) hanno contribuito alla realizzazione di 107 schede. I documenti sono disponibili sul sito del progetto.</p>	
<p>Monitoraggio dell'attività al 31.08.2018:</p> <p>Il risultato atteso è in fase di realizzazione ed è prevedibile il suo raggiungimento nei tempi previsti</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rilascio del 100% dei pareri di ammissibilità relativi alle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori delle strutture residenziali alla Regione - rilascio del 100% delle nuove autorizzazioni all'esercizio entro 90 giorni dalla ricezione del parere di ammissibilità della domanda da parte della Regione - monitoraggio e verifica degli adempimenti e adeguamenti previsti per il livello di nuova classificazione nel 100% delle Residenze per anziani ri-autorizzate all'esercizio - vigilanza nel 10% delle strutture residenziali per anziani autorizzate sul territorio
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Sono stati rilasciati 77 pareri di ammissibilità relativi alle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori delle strutture residenziali alla Regione rilasciante entro 90 giorni dalla ricezione delle stesse.</p> <p>E' stata eseguita la vigilanza su 10 strutture residenziali del territorio</p>	
<p>Monitoraggio dell'indicatore sanitario al 30.06.2018:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione ai lavori del GRE - Realizzazione di un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme relative alla sicurezza del lavoro in edilizia - Report elaborato da parte del GRE sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in edilizia in regione
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>In data 18/12 il coordinatore del Gruppo Regionale per l'Edilizia (GRE) ha trasmesso ai Responsabili SPSAL il report sull'omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in edilizia nella Regione FVG.</p> <p>Partecipazione alle 3 riunioni in data 18/06, 14/09 e 21/11.</p> <p>L'incontro provinciale sull'edilizia si è svolto a Trieste il 06/12 presso l'aula magna dell'ITIS A. Volta</p>	
<p>Verificare l'omogeneità dell'applicazione in ambito regionale delle procedure di vigilanza in agricoltura e prosecuzione della diffusione delle stesse ai portatori di interesse</p>	<p>Partecipazione ai lavori del GRA</p> <p>Realizzazione di un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme relative</p>

	<p>alla sicurezza del lavoro in agricoltura</p> <p>- Report elaborato da parte del GRA sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in edilizia in regione</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Sono state convocate n. 4 riunioni del GRA (19/03, 09/05, 11/06, 12/12 - per ASUITS partecipano Crocco, Zorzenon, Scalisi).</p> <p>L'incontro provinciale con i portatori d'interesse si è svolto il 14/12.</p>	
SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	Mantenimento della qualifica degli auditor formati e partecipazione di operatori SIAN/VET ad eventuali corsi per auditor organizzati dalla Regione
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>8 operatori con qualifica di auditor. 5 hanno seguendo il programma per il mantenimento della qualifica, 2 hanno completato il percorso di accreditamento come auditor, 1 ha seguito il percorso per diventare auditor regionale</p>	
Partecipare al corso di sostegno alle capacità organizzativo-gestionali delle risorse umane per dirigenti, coordinatori e P.O. dei Dipartimenti di Prevenzione organizzato dall'AAS 5	Partecipazione al corso di almeno un operatore per Struttura
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Agli incontri del corso Tangram ha partecipato almeno un operatore per struttura</p>	
Partecipare al programma regionale di audit nel comparto portuale e marittimo	Avvio dell'attività di audit sui SGSL in 5 aziende operanti in ambito portuale
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>E' stato richiesto a 4 aziende la verifica sullo stato di avanzamento delle soluzioni. In un'azienda è stata effettuata la verifica delle raccomandazioni. Sono stati effettuati 2 nuovi audit.</p>	
Diffondere le Linee guida regionali per la prevenzione dei rischi in campo estetico e del Protocollo operativo regionale di controllo per le pratiche estetiche	Pubblicazione delle linee guida regionali per la prevenzione dei rischi in campo estetico e del Protocollo operativo regionale di controllo per le pratiche estetiche sul sito aziendale
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Le linee guida regionali ed il protocollo operativo sono state pubblicate sul sito aziendale.</p>	
Attuare il Protocollo operativo regionale di controllo per le pratiche estetiche	<p>Effettuazione dei controlli nel 100% delle nuove SCIA di tatuatore e piercer</p> <p>Effettuazione dei controlli nel 20% delle nuove SCIA presentate per estetista</p> <p>Effettuazione dei controlli nel 10% delle nuove SCIA presentate per acconciatore</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p>	

Sono stati effettuati i seguenti controlli:

Tatuatori e piercer: 4 su 4 SCIA pari al 100%

Estetisti: 3 SU 14 SCIA pari al 20%

Acconciatori: 2 su 16 SCIA pari al 10%

3.2.11. Migliorare la salute e la sicurezza nei comparti a maggior rischio (Programma IX PRP)

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale	<p>Effettuazione della vigilanza sul 5% delle aziende del territorio, sulla base dei riferimenti indicati dalla DCS</p> <p>Edilizia: svolgimento di attività di vigilanza sul 12% dei cantieri notificati nell'anno 2017.</p> <p>Agricoltura: contribuire all'attività di vigilanza su 90 aziende agricole a livello regionale nel numero indicato dalla DCS, minimo 3 aziende</p> <p>Predisposizione del report di attività, anche complessivo tra tutte le AAS/ASUITs, e invio dello stesso alla DCS</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018</p> <ul style="list-style-type: none"> - fatti sopralluoghi in 452 aziende (5,15 % delle PAT, vedi obiettivo LEA). - Edilizia: ispezionati n. 199 cantieri (14,9 % rispetto ai 1334 cantieri notificati nel 2017) + 22 monitoraggi eseguiti - Agricoltura: le tre ispezioni sono state eseguite in data 09/10, 25/10 e 21/11. - Il report di attività del Gruppo Agricoltura è stato inoltrato alla DCS dalla coordinatrice del gruppo, dott.ssa Zuliani, in data 08/01/2019. - Il report di attività del Gruppo Edilizia è stato inoltrato alla DCS dal coordinatore del gruppo, dott.Perin, in data 18/12/2018. 	
Realizzazione di un incontro informativo/formativo rivolto ai soggetti della prevenzione operanti nei settori edile ed agricolo.	Predisposizione del report di attività con descrizione dell'evento formativo, comprensivo del numero degli operatori formati suddivisi per categoria, ed invio dello stesso alla DCS
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>L'incontro per l'edilizia si è svolto a Trieste il 06/12 presso l'aula magna dell'ITIS A. Volta</p> <p>L'incontro per l'agricoltura si è svolto il 14/12.</p> <p>Il report è stato inviato alla DCS</p>	

3.2.12. Emersione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP)

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Realizzare in modo coordinato, 2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione, rivolti alle figure della prevenzione, finalizzati ad una maggiore conoscenza della corretta valutazione dei rischi ergonomici, al reinserimento dei soggetti patologici e all'appropriatezza e qualità delle segnalazioni di malattia professionale	Collaborazione nell'organizzazione di 2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione a livello regionale
Attuazione al 31/12/2018:	
Al Gruppo regionale ergonomia partecipano per la SCPSAL la dott.ssa Lucia Santarpia, l'ing. Giuseppina Di Guida e l'A.S. Gabriella Borsoi.	
Il Gruppo ha organizzato due corsi in data 01/10 a Pordenone, il 24/11 a Udine	
Partecipare all'avvio dell'applicazione del metodo OCCAM	Collaborazione a livello regionale nell'organizzazione dell'analisi OCCAM su una neoplasia professionale. Obiettivo dipendente dalla disponibilità dei dati INPS essenziali all'effettuazione della valutazione
Attuazione al 31/12/2018:	
Obiettivo non raggiunto	
Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso:	
A fronte della variazione della normativa sulla privacy l'INPS non può fornire i dati essenziali allo svolgimento dello stesso. Del fatto è stato informato il dott. Paolo Pischiutti, Direttore di Area Promozione Salute e Prevenzione della Direzione Centrale Salute, Integrazione Sociosanitaria, Politiche Sociali e Famiglia. Il coordinatore di progetto, Dr. Loris Zanier ha sospeso questa attività.	
Prosecuzione del programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolga i medici competenti, per la declinazione operativa delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici..." del PRP	Produzione di un report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale Adozione di regolamento regionale sul fumo Offerta di percorsi per smettere di fumare
Attuazione al 31/12/2018:	
Report predisposto. Percorsi attivi.	
ASUITS ha proseguito il programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici	

3.2.13. Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza (Programma XI PRP)

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Alimentare le banche dati Informo e Malprof e coordinarsi per la stesura di un report regionale	Collaborare alla redazione di un report congiunto di attività da inviare alla DCS

<p>Attuazione al 31/12/2018</p> <ul style="list-style-type: none"> - MALPROF: la banca dati è stata alimentata costantemente dalla referente SCPSAL, A.S. Gabriella Borsoi. Il report è stato predisposto a fine anno dal dott. Venturini - INFORMO: tornato funzionante on-line l'applicativo (nell'autunno 2018), sono stati inseriti tutti i dati relativi agli infortuni mortali del 2017. Il coordinatore del gruppo regionale, dott. Dino Toscani, ha predisposto un report. 	
<p>Sviluppo di sistemi informativi rivolti alla dematerializzazione delle comunicazioni obbligatorie</p>	<p>Collaborazione a livello regionale ad uno studio di fattibilità e prima applicazione delle procedure per l'informatizzazione delle notifiche ex art. 99 del D.Lgs. 81/08</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Il GRE nel 2018 si è riunito 2 volte (18 giugno e 14 settembre) per discutere dei contenuti della notifica telematica. Quanto deciso è stato poi trasmesso dal Coordinatore dott. Perin (AAS2) all'INSIEL ai fini dello studio di fattibilità.</p>	
<p>Inviare i dati di attività della Struttura Complessa Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro alla Regione per la successiva trasmissione al Comitato Interregionale di Coordinamento</p>	<p>Dati inviati alla DCS</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>I dati sono stati elaborati e trasmessi alla DCS entro il 15/02/2019</p>	
<p>Monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito Database</p>	<p>Inserimento nel Database aziendale del 75% delle verifiche periodiche effettuate</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Sono state inserite nel database aziendale il 75% delle verifiche</p>	
<p>Restituzione, a carico dell'IRCCS Burlo Garofolo, dei risultati della rilevazione 2017 del Progetto Okkio alla Salute ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende</p>	<p>Partecipazione ad almeno un incontro relativo al progetto Okkio alla Salute</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Partecipazione al convegno regionale Okkio alla Salute il 05/12/2018 a Udine</p>	
<p>Realizzazione, con il coordinamento dell'IRCCS Burlo Garofolo e in collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende del FVG, della raccolta dati periodica del progetto HBSC nelle scuole della provincia</p>	<p>Collaborazione all'effettuazione dello studio</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>La raccolta dei dati nelle scuole della provincia è stata effettuata.</p>	
<p>Studi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento</p>	<p>Proseguire le indagini di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento in funzione della numerosità del campione che verrà individuata a livello</p>

	Regionale
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>PASSI: Al 31/12/2018 realizzate 275 interviste delle 280 necessarie a garantire la rappresentatività aziendale.</p> <p>PASSI D'Argento: realizzate 1495 interviste in ASUITS su un totale di 6985 interviste a livello regionale. In linea con la programmazione regionale</p>	
<p>Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso:</p> <p>Il Protocollo PASSI prevede che le interviste programmate per l'anno in corso vengano completate entro il febbraio dell'anno successivo. Dal 2018 l'esecuzione delle interviste per il FVG è stata affidata al call center regionale L'adesione all'indagine è volontaria; in caso di rifiuto o di non reperibilità del titolare campionato, viene proposta l'intervista ad un sostituto, previo invio della lettera informativa da parte dell'azienda sanitaria di appartenenza, il che richiede tempi tecnici. Lo scostamento delle 5 interviste rispetto all'atteso è relativo ai mesi di novembre e dicembre 2018: sono state inviate le lettere informative e sono in corso le telefonate da parte del call center regionale.</p>	

3.2.14. Ambiente e salute, facilitare una migliore qualità dell'ambiente e del territorio, secondo il modello della salute in tutte le politiche (Programma XII PRP)

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<p>Partecipare attivamente alle attività del "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali" di cui al Decreto n°630/SPS del 12.08.15 finalizzato alla valutazione delle ricadute sulla salute connesse ai determinanti ambientali, comportamentali e sociali e della "Cabina di Regia" di cui al Decreto n. 695/SPS del 19.05.2017</p>	<p>Partecipazione del titolare o di un delegato al "Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali" ed alla "Cabina di Regia"</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>ASUITS (dott. Patussi) ha partecipato alla riunione del 28/11/2018</p>	
<p>Stesura del programma di controllo regionale per garantire la tutela della salute della popolazione dalle sostanze radioattive presenti nelle acque destinate al consumo umano secondo quanto previsto dal Decreto del 2.08.2017.</p> <p>Valutazione preliminare dei dati disponibili di concerto con ARPA FVG e con gli Enti Gestori.</p> <p>Avvio del monitoraggio.</p>	<p>- Partecipazione alla stesura del programma</p> <p>- Effettuazione dei campionamenti previsti</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>I campionamenti sono previsti a partire da gennaio 2019. Personale della SCISP ha partecipato alle riunioni del 08/06/18 e 03/12/18</p>	
<p>Conclusione, da parte degli operatori sanitari</p>	<p>Partecipazione di almeno 1 operatore ai due</p>

<p>individuati come formatori, del percorso di formazione iniziato nel corso dell'ultimo trimestre del 2017 nell'ambito del progetto CCM 2015 "EpiAmbNet" (Rete nazionale di epidemiologia ambientale, valutazione impatto integrato sull'ambiente e salute, formazione e comunicazione) del Ministero della Salute.</p> <p>Nel corso del secondo semestre dovranno essere stabiliti gli obiettivi didattici ed i contenuti dei percorsi formativi che verranno realizzati a livello regionale nel 2019 e che saranno destinati ai MMG, PLS e gli altri operatori del Dipartimento di Prevenzione</p>	<p>moduli formativi previsti nel 2018</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Partecipazione del dott. Tominz ai due moduli</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Torino EpiAmbNet2: 9-11 maggio 2. Firenze EpiAmbNet3: 21-24 maggio 	
<p>AMIANTO</p>	
<p>Raccogliere i dati relativi ai mesoteliomi degli esposti e inviarli al COR assicurando la trasmissione delle schede ReNaM</p>	<p>Trasmissione al COR delle schede ReNaM relative ai casi segnalati entro il 30.10.2018</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Trasmesse n. 21 schede relative a n. 23 casi segnalati di cui 2 con schede già inviate da altra AAS.</p>	
<p>Trasmissione dei dati relativi al numero dei soggetti attualmente esposti ad amianto alla DCS e al CRUA in base alle relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica utilizzando il MeLa Amianto</p>	<p>Invio alla DCS e al CRUA dell'informazione sul numero di lavoratori attualmente esposti, calcolati sulla base dei dati contenuti nelle relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Sulla base del lavoro del gruppo di studio regionale è stato rilasciato l'applicativo MELAM - portale ditte – ditta esecutrice - dell'INSIEL, i cui dati vengono trasmessi dalla DCS al COR ed al CRUA</p>	
<p>Numero di controlli coerenti con il piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate</p>	<p>Effettuazione dei controlli sulla base delle indicazioni regionali</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Sulla base del lavoro del gruppo di studio regionale è stato rilasciato l'applicativo MELAM - portale ditte – ditta esecutrice - dell'INSIEL, i cui dati vengono trasmessi dalla DCS al COR ed al CRUA</p>	
<p>AAS2 "Bassa Friulana-Isontina": realizzare un evento formativo rivolto in particolare agli operatori dei Servizi di igiene e</p>	<p>Partecipazione dei referenti REACH della SCISP, ed eventualmente di altro personale SCISP, all'evento formativo predisposto dall'AAS2</p>

<p>sanità pubblica dei Dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie e dell' Arpa coinvolti nelle attività di prevenzione e controllo in materia ambientale mirato ad aumentare le conoscenze dei regolamenti REACH e CLP e delle loro interazioni con le normative di settore con la finalità di informare e assistere le imprese interessate all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche</p>	
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>I TdP Landini e Verch hanno partecipato all'evento formativo "Il contributo del regolamento REACH alla protezione e tutela dell'ambiente e della salute umana" cod. AAS2_18161 a Udine il 16/11/2018. Organizzata da: AAS2 - Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 - "Bassa Friulana-Isontina".</p>	
<p>AAS3 "Alto Friuli – Collinare – Medio Friuli": realizzare un evento formativo sui Regolamenti Reach e CLP quale ricaduta dei corsi nazionali di formazione per ispettori nei confronti dei nuovi ispettori REACH/CLP della regione FVG in fase di addestramento</p>	<p>Partecipazione dei referenti REACH della SCISP agli eventi formativi predisposti dall'AAS 3</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>I TdP Landini e Verch hanno partecipato all'evento formativo "Corso regionale di formazione degli Ispettori REACH e CLP per il controllo della classificazione ed etichettatura delle miscele e dell'autorizzazione all'uso delle sostanze" codice AAS3_18106 tenutosi il 23 e 25 maggio 2018 a Gemona del Friuli.</p>	

3.2.15. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive, inclusa la resistenza antimicrobica (Programma XIII PRP 2014-2018) e piano nazionale di contrasto alle resistenze antimicrobiche 2017-2018 (PNCAR)

<p>Obiettivo aziendale:</p>	<p>Risultato atteso:</p>
<p>Adottare e applicare le Linee guida regionali per il controllo della tubercolosi e realizzare la formazione degli operatori</p>	<p>- Collaborazione nell'organizzazione di un evento informativo relativo alla gestione delle attività conseguenti alla segnalazione di casi di TBC a livello regionale o locale</p> <p>- 1 iniziativa formativa/informativa in ogni azienda</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Concordati in data 12 settembre, presso la Direzione Medica di Presidio, con i responsabili delle SC Malattie Infettive, Pneumologia e Radiologia del Maggiore, i contenuti ed il calendario degli eventi.</p> <p>Sono stati concordati 4 incontri nei mesi di novembre e dicembre.</p> <p>Realizzata la formazione degli operatori sanitari delle Case di Riposo della provincia di Trieste (4 incontri formativi di 3 ore ciascuno) in tema di prevenzione/controllo della tubercolosi presso il</p>	

Dipartimento di Prevenzione, ASUITS

Sono stati effettuati 3 incontri informativi (15, 22 e 29 novembre 2018) presso la sede del Dipartimento di prevenzione.

Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate e quelle di nuova introduzione **Miglioramento delle coperture vaccinali rispetto a quelle del 2017**

Attuazione al 31/12/2018:

Le coperture vaccinali sono nettamente migliorate, come si può osservare nella tabella allegata, anche a fronte del mutamento normativo e della criticità legata al personale. Relativamente alla vaccinazione antimeningococcica è stata data priorità al recupero delle corti per Men. B.

	2017	2018°
Meningo B (1° anno di vita - MENB)*	73,7% (d1), 65,3% (d2); 19,3% (d3) [#]	<u>85,0 % (d1), 82,9% (d2),</u> <u>80,3 % (d3) ^{###}</u>
Rotavirus (1° anno di vita - ROTQ, ROTX)*	non riportato	<u>1,90% (d2) ^{###}</u>
Varicella d1 (2° anno di vita - VARC, MMRV)*	77,3% [#]	<u>81,6% (d1) ^{###}</u>
Varicella d2 (5-6 anni VARC, MMRV)**	26,1% [#]	<u>46,91% ^{###}</u>
HPV maschi 11enni*** (HPV, HPV-G, HPV9)	5,3% (d1); 1,2% (d2)	<u>26,89% (d1); 0,12% (d2)</u>
IPV (adolescenti)§ (IPV)	92,3% (d4); 40,5% (d5) [#]	<u>96,85% (d4); 43,82% (d5) ^{###}</u>
Meningo ACWY135 (MENTC adolescenti)§	40,8% [#]	<u>27,23% ^{###}</u>
Pneumococco (65enni) PNE	28,18%	<u>36,54% ^{###}</u>
Zoster (65enni) HZ	non riportato	<u>14,42% ^{###}</u>
Influenza (età 65+) IF-T, IF-A, IF-S, IF-U	47,8% ^{###}	<u>50,93% ^{###}</u>

*coorte dei nati del 2015 per il 2017, coorte dei nati del 2016 per il 2018

** a 7 anni di vita, nati del 2011 per il 2017 (il report regionale non riporta i dati per la coorte del 2012). 2012 per il 2018

*** nati del 2005 (come da report regionale) per il 2017, nati del 2006 per il 2018

§ 16enni coorte del 2001 Come da report regionale per il 2017, e coorte 2002 per il 2018

dati tratti dal Coperture vaccinali nell'infanzia e nell'adolescenza in Friuli Venezia Giulia- anno 2017, sito Regione FVG Nel confronto fra anni da tenere conto che non sempre è stato possibile rispettare il vincolo di vaccinati entro una determinata età.

## dati calcolati da SIASI	
### dati calcolati da SISR	
Assicurare, accertato l'inadempimento dell'obbligo vaccinale, l'avvio della procedura per il recupero della vaccinazione	Adozione della procedura regionale per la gestione dei soggetti inadempienti, in carenza del licenziamento della stessa predisposizione ed adozione di una procedura aziendale che tenga conto degli indirizzi emersi negli specifici gruppi di lavoro regionale
Attuazione al 31/12/2018: La procedura è stata inviata alla DCS il 7 novembre. Il 26 novembre il dott. Pischiutti recepisce la procedura	
Avvio di un processo di accreditamento dei servizi vaccinali	Evidenza di avvio del processo a valle delle specifiche indicazioni regionali
Attuazione al 31/12/2018: I piani di miglioramento sono stati predisposti e trasmessi alla Direzione del Dipartimento.	
Adottare e applicare il piano regionale di sorveglianza e risposta alle arbovirosi trasmesse da zanzare	Garantire la presenza di un Medico e di un TdP dagli incontri regionali
Attuazione al 31/12/2018: La presenza del rappresentante aziendale, nonché referente aziendale, è stata assicurata. Di prassi non è richiesta la presenza di un medico	
Malattie Sessualmente Trasmesse (MST)	Collaborazione con il Burlo per il completamento del PDTA sulla gestione di laboratorio delle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST)
Attuazione al 31/12/2018: PDTA (IRCCS BURLO) sulla gestione di laboratorio delle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) condiviso ed approvato con i colleghi del Burlo.	
Resistenze antimicrobiche	
Partecipare alle attività regionali per l'individuazione del coordinatore regionale medico e veterinario e la costituzione del gruppo tecnico regionale (GTR) per l'implementazione del PNCAR. Il GTR identifica le modalità di implementazione delle azioni e costruzione il sistema di monitoraggio del PNCAR a livello regionale	Partecipazione al gruppo tecnico regionale, se richiesta, per la definizione delle modalità azioni regionali identificate nel PNCRA 2018 (output: documento tecnico) e per lo sviluppo del sistema di monitoraggio del PNCAR a livello regionale.
Attuazione al 31/12/2018: Partecipazione attiva al gruppo tecnico regionale sulle RESISTENZE ANTIMICROBICHE	
Veterinari:	Verrà realizzato il censimento dei laboratori

Censimento dei laboratori privati coinvolti nel monitoraggio e sorveglianza dell'AMR	privati che eseguono esami batteriologici e test di farmaco-sensibilità in Regione FVG con le modalità che saranno fornite dal gruppo tecnico regionale (GTR) per l'implementazione del PNCAR
Attuazione al 31/12/2018: Non risultano laboratori privati autorizzati nel territori di competenza.	
Veterinari: Adesione al Sistema Informativo Nazionale per la completa digitalizzazione della gestione del medicinale veterinario e della ricetta elettronica	La S.C. Sanità Animale assicurerà che le aziende zootecniche siano progressivamente integrate nel sistema informatico di supporto all'attività di classificazione delle aziende sulla base di indicatori di rischio compatibilmente con l'implementazione del sistema da parte del Ministero della Salute e l'emanazione delle relative disposizioni da parte della DCS
Attuazione al 31/12/2018: Con l'attivazione parziale del sistema informativo centralizzato per la ricetta elettronica a novembre 2018 sono stati registrati gli allevamenti che detengono scorte farmaci e le strutture veterinarie autorizzate. La piena operatività del sistema è prevista per il 2019.	
Veterinari: Progressiva integrazione delle aziende zootecniche al sistema informatico di supporto all'attività di classificazione delle aziende sulla base di indicatori di rischio	La S.C. Sanità Animale assicurerà che le aziende zootecniche siano progressivamente integrate nel sistema informatico di supporto all'attività di classificazione delle aziende sulla base di indicatori di rischio compatibilmente con l'implementazione del sistema da parte del Ministero della Salute e l'emanazione delle relative disposizioni da parte della DCS
Attuazione al 31/12/2018: Le aziende che detengono scorte di farmaci sono state registrate nel sistema informativo nazionale. Il supporto informatico per la valutazione del rischio non è ancora integrato nel sistema informativo nazionale, pertanto attualmente viene utilizzato il sistema di valutazione del rischio predisposto dalla Direzione Regionale.	
Veterinari: Condivisione delle Linee guida nazionali per la corretta gestione degli allevamenti di animali da reddito al fine di ridurre le prescrizioni di antimicrobici e prevenire il rischio di antibiotico-resistenza	La S.C. Sanità Animale adotterà, quando disponibili, le Linee guida nazionali per la corretta gestione degli allevamenti di animali al fine di ridurre le prescrizioni di antimicrobici e prevenire il rischio di antibiotico-resistenza
Attuazione al 31/12/2018: In attesa dell'emanazione di specifiche linee guida nazionali, ci si attiene alle indicazioni del Piano Nazionale Integrato di contrasto alla Antomicrobicoresistenza.	
Veterinari: Recepimento check-list ed esecuzione di audit	La S.C. Sanità Animale recepirà ed adotterà le check-list per l'esecuzione secondo le procedure

secondo le procedure consolidate (entro il 2018).	consolidate. Sulla base della programmazione regionale 2018-2019 che identificherà il numero di allevamenti zootecnici (bovini, suini, pollame e pesci, esclusi i familiari), si effettuerà la valutazione di rischio in base alle check-list che verranno fornite dalla DCS. Nel 2018 la S.C. Sanità Animale realizzerà e registrerà in SICER il controllo ufficiale di farmacovigilanza sulla base della programmazione regionale
Attuazione al 31/12/2018: Sono state adottate ed utilizzate le check list fornite dalla Direzione Regionale per l'esecuzione dei controlli sulla farmacovigilanza e la valutazione del rischio fornite dalla Direzione Regionale. I controlli, per le tipologie per cui ciò è previsto sono state caricate nel sistema della Banca dati nazionale. Il sistema SICER caricherà i controlli di farmacovigilanza presumibilmente nella programmazione 2019	
Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso: L'entrata in vigore del Sistema Informativo Nazionale per la completa digitalizzazione della gestione del medicinale veterinario e della ricetta elettronica è stato posposto al 01/01/2019 (per ora). Si rimane in attesa dell'emanazione delle linee guida regionali.	
Almeno un corso di formazione per Medici e Veterinari sul buon uso degli antibiotici l'anno per azienda sanitaria (entro il 2018)	Partecipare ad un corso di formazione regionale per Medici e Veterinari sul buon uso degli antibiotici, organizzato da AAS2.
Attuazione al 31/12/2018: Partecipazione garantita.	

3.2.16. Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Predisposizione di una procedura mirata all'applicazione del protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti	Predisposizione della procedura e trasmissione della Procedura a <ul style="list-style-type: none"> - Prefettura - Caritas - ICS - Comuni/Servizi Sociali Comunali Report mensile trasmesso alla DCS ed alla Prefettura
Attuazione al 31/12/2018: <ul style="list-style-type: none"> • I report sono regolarmente trasmessi via PEC. • La Procedura "Azioni da attuarsi a seguito di rintraccio/ accoglienza di migranti richiedenti protezione internazionale" è stata adottata con DECRETO DEL DIRETTORE GENERALE n 881 20 dic 2017. • Il 12 febbraio si è tenuto un incontro in Prefettura con Commissario di Governo, 	

<p>rappresentanti di Caritas e di ICS e dell'associazione di volontariato Don Kisciote Trieste, Direttore Generale ASUITS, il Direttore della SO Dipartimento di Prevenzione ed il Responsabile della SC Igiene e Sanità Pubblica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nel mese di aprile è stata trasmessa una nota a Prefettura, Questura, associazioni di volontariato per sollecitare applicazione procedura ed è stata concordata una bozza di convenzione con l'associazione Don Kisciote. 	
<p>Garantire la possibilità di accesso ad un ambulatorio per cure primarie per i soggetti non in regola con le norme sul soggiorno, con l'individuazione di un percorso facilitato rispetto al rilascio del codice STP/ENI (Straniero Temporaneamente Presente/Europeo Non Iscritto)</p>	<p>E' prevista l'attivazione di un servizio ambulatoriale</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Nel corso del 2018 è stato garantito il percorso facilitato rispetto al rilascio attraverso un servizio di mediazione linguistico culturale in 3 giorni specifici (con la presenza di mediatori culturali formati).</p> <p>L'accesso agli ambulatori delle cure primarie è garantito, anche grazie al tempestivo rilascio della tessera STP/ENI.</p>	
<p>Garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship</p>	<p>Almeno il 25% di medici prescrittori formati</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Obiettivo raggiunto attraverso incontro formativo sull'Antimicrobial Stewardship' il 19.12.2018</p>	
<p>Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche</p>	<p>Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Il report è stato inviato</p>	
<p>In applicazione del Piano generale regionale di risposta alle emergenze, definire e formalizzare l'unità di crisi aziendale</p>	<p>Dare evidenza della formalizzazione dell'unità di crisi aziendale e delle procedure conseguenti, in applicazione del Piano generale</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>indicazioni rispettate</p>	

3.2.17. Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)

<p>Obiettivo aziendale:</p>	<p>Risultato atteso:</p>
<p>Garantire la partecipazione degli operatori</p>	<p>Almeno 80% operatori dedicati formati in ogni</p>

dedicati al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno	Azienda
Attuazione al 31/12/2018: In ASUITS 23/23 operatori dedicati (100%) sono stati formati secondo gli standard UNICEF-BFCI passo 2 (disponibile il registro della formazione). Di questi 3 (piu un operatore coinvolto) sono diventati formatori regionali con la metodologia PBL e due di loro hanno formato tutti i formatori regionali. 5 operatori dedicati nuovi assunti hanno partecipato alla formazione regionale, così come altri 6 operatori dedicati, anche se già formati in precedenza secondo gli standard UNICEF-BFCI passo 2.	
Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione	100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro un mese dalla dimissione e dalla seconda vaccinazione
Attuazione al 31/12/2018: Nel corso del 2018 tutte le schede allattamento alla seconda vaccinazione sono state inserite entro 1 mese dalla rilevazione. Al 31/12/2018 risultano a sistema 1288 schede/1307 attese. Il tasso di allattamento esclusivo di ASUITS è 40.68% a fronte del 33.21% del FVG. ASUITS non possiede punti nascita, il dato alla dimissione dalla maternità fa capo ai punti nascita.	
Monitoraggio delle gare di appalto di PA ed Enti già mappate nel 2016 e contributo nelle gare d'appalto in corso nel 2018 per favorire il maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, l'utilizzo di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta	Contributo, attraverso la collaborazione con PA ed Enti, al 5% delle gare d'appalto in corso nel 2018 nel settore della ristorazione collettiva del territorio di ASUITS
Attuazione al 31/12/2018: Attivata procedura di consulenza capitolato d'appalto per ristorazione scolastica su richiesta del Comune di Duino Aurisina e della SISSA per la ristorazione universitaria.	
Realizzazione di corsi di formazione su stili alimentari salutaris per operatori sanitari della prevenzione, delle cure primarie e degli ospedali anche integrati con le proposte dei programmi I e X	Realizzazione di un corso di formazione su stili alimentari salutaris per operatori sanitari della prevenzione, delle cure primarie e degli ospedali
Attuazione al 31/12/2018: Effettuato un corso di formazione accreditato (cod. ASUITS_00639).	
Partecipazione alla realizzazione del terzo corso di formazione, a valenza regionale, rivolto a formatori di GDO, Ristorazione Collettiva e Pubblica sui temi del maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, la dovuta attenzione ai soggetti allergici e intolleranti attraverso la corretta applicazione del Reg.CE 1169/2011	Contributo alla realizzazione del terzo corso di formazione regionale. Redazione di un report relativo alla diffusione nel territorio aziendale dei contenuti del corso regionale presso GDO, Ristorazione Collettiva e Pubblica
Attuazione al 31/12/2018:	

È stato realizzato il corso di formazione, a valenza regionale, sui temi del maggior consumo di frutta e verdura, la riduzione del consumo di sale, usando quello iodato, la dovuta attenzione ai soggetti allergici e intolleranti attraverso la corretta applicazione del Reg.CE 1169/2011. Le diapositive del corso sono state pubblicate sul sito aziendale nella pagina dedicata.

Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso:

Il gruppo regionale dei SCIAN ha per ora individuato il target del terzo corso regionale: GDO

In fase di valutazione le modalità più efficaci di diffusione nello specifico contesto delle tematiche date

3.2.18. Sicurezza alimentare, salute e benessere animale

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Effettuazione del 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserimento delle evidenze e dei verbali in BDN
Attuazione al 31/12/2018:	
Sono stati effettuati tutti i controlli previsti in base alle ultime indicazioni AGEA per i controlli nell'ambito del sistema delle condizionalità. 26 controlli su 26.	
Ottemperare alle indicazioni e raggiungere gli obiettivi contenuti nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare anche attraverso l'attività di ispezione, audit, campionamento e di classificazione, in base ai criteri del rischio, delle imprese alimentari;	<p>SCIAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. 400 interventi di controllo ufficiale - n. 200 valutazioni del rischio - n. 6 audit - 100% di campioni ufficiali programmati - 6 controlli congiunti con Servizio veterinario, come da Accordo Conferenza Stato Regioni <p>VET B:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ottemperamento alle indicazioni della Autorità competente Regionale in tema di sicurezza alimentare per raggiungere gli obiettivi contenuti nel PRISAN 2018 (Piano regionale integrato della sicurezza alimentare e nutrizionale). - Gli interventi di controllo ufficiale (ispezione, audit e valutazioni del rischio) verranno effettuati sulla base delle indicazioni programmatiche regionali. - 100% di campioni ufficiali programmati. - 6 controlli congiunti con la SCIAN, come da Accordo in Conferenza Stato Regioni
Attuazione al 31/12/2018:	

<p>SCIAN:</p> <p>402 interventi di controllo ufficiale pari al 100%</p> <p>6 audit pari al 100%</p> <p>8 controlli congiunti con Servizio Veterinario</p> <p>156 campioni effettuati pari al 100%</p> <p>Il programma SICER è stato implementato con la valutazione del rischio. Inserita la valutazione del rischio dei C.U. pregressi, pari a 305 valutazioni del rischio.</p> <p>VET B:</p> <p>632 interventi ispettivi su imprese alimentari riconosciute e registrate.</p> <p>5 audit</p> <p>154 campioni ufficiali su matrici alimentari, pari al 100% dei campioni programmati</p> <p>8 controlli congiunti con SCIAN</p> <p>Il programma SICER è stato implementato con la valutazione del rischio. Nel 2019 sarà inserita la valutazione del rischio delle nuove imprese alimentari e la revisione di quelle sottoposte a controllo ufficiale.</p>	
<p>Attuazione dell'ultimo anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura</p>	<p>Informazione, nel corso di tutte le verifiche programmate (PRISAN) presso le Aziende agricole, e attraverso le Associazioni di Categoria, sul Progetto Piccole Produzioni Locali e sui corsi di formazione regionali</p> <p>Stesura di una relazione finale dettagliata di verifica Aziendale, riportante il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni effettuate, un'analisi critica con punti di forza e debolezza del Progetto rilevate sul territorio. La relazione riporterà altresì il dettaglio delle attività eseguite su:</p> <ul style="list-style-type: none"> - carni suine e avicunicole - carni di specie diverse - prodotti lattiero caseari dimalga - vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>SCIAN:</p> <p>Postate sul sito aziendale i corsi PPL attivati anche nel secondo semestre 2018.</p> <p>VET B:</p> <p>E' stata redatta una relazione finale riportante il n. di PPL registrate e il n. di ispezioni effettuate.</p> <p>Nel mese di marzo si è svolta una riunione a Udine alla quale hanno partecipato i referenti</p>	

<p>aziendali PPL e i rappresentanti del Servizio Regionale.</p> <p>In data 10 aprile c.a. è stata organizzata dalla nostra Struttura una riunione con i produttori del Carso aderenti al progetto PPL salumi.</p> <p>I produttori di PPL salumi e i produttori di PPL miele hanno partecipato al corso obbligatorio che si è tenuto a Palmanova il 24 maggio c.a.</p> <p>I risultati del Progetto Piccole Produzioni Locali sono stati inseriti sul sito Web.</p>	
<p>Contribuire alla funzionalità del sistema informativo SICER per l'Area dell'Igiene e Sicurezza Alimentare degli Alimenti di origine animale (Area B) e SIAN, in funzione della disponibilità ed aggiornamento dello stesso, fatti non dipendenti da ASUITs</p>	<p>- Partecipazione del personale SIAN e VET B ai corsi di formazione regionali finalizzati all'acquisizione delle competenze necessarie per l'inserimento in SICER delle Notifiche e dei Controlli Ufficiali.</p> <p>- Piena funzionalità del sistema informatico SICER al 31.12.2018</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Personale del SIAN e VETB ha partecipato ai corsi regionali per l'inserimento in SICER delle Notifiche e dei Controlli Ufficiali</p>	
<p>Attuare il Piano regionale di monitoraggio e controllo della Malattia di Aujeszky dei suini</p>	<p>Effettuazione dei prelievi negli allevamenti da riproduzione e, preferibilmente al macello, in quelli da ingrasso sopra i 5 capi nella coorte individuata dal Piano regionale, al fine della richiesta dello status di Regione indenne.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Sono stati effettuati i controlli in Azienda previsti sugli allevamenti con più di 30 capi e vengono testati tutti i capi condotti al macello. Si rimane in attesa del ricalcolo dei controlli che restano da fare in ambito regionale. Secondo quanto disposto dalla Direzione Regionale, si è continuato ad effettuare i controlli al macello sino al 31/12/2018.</p>	
<p>Effettuare i controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo linee guida operative dettate dalla Task Force benessere animale, istituita con Decreto 659/SPS del 20/08/2015</p>	<p>Effettuazione degli interventi di controllo sul rispetto del benessere animale richiesti dal PRISAN 2018</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Sono stati effettuati i 10 controlli in azienda previsti.</p>	
<p>Attuare i controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.</p>	<p>Effettuazione dei controlli sul 3% degli allevamenti che detengono ovini o caprini come richiesto da LEA Ministeriali.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Sono stati effettuati i 3 controlli previsti.</p>	
<p>Applicare il PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria</p>	<p>Effettuazione dei controlli su tutte le strutture di ricovero e custodia della Provincia, sia convenzionate che non convenzionate, che</p>

	richiederanno il rilascio o il rinnovo del nulla osta ai sensi del Decreto del Presidente della Regione 19 ottobre 2017, n. 0241/Pres.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Sono state valutate tutte le strutture che hanno richiesto il rinnovo o rilascio del nulla osta e che hanno presentato la documentazione richiesta. Per una struttura, che ha presentato la richiesta il 17 dicembre, il controllo è stato effettuato il 14 gennaio 2019 su richiesta del titolare, impossibilitato per ragioni di salute nel mese di dicembre.</p>	
Applicare il piano vaccinale blue tongue	Effettuazione delle vaccinazioni in tutti gli allevamenti che detengono ovini, al fine di ottenere nuovamente l'indennità
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>E' stata effettuata la vaccinazione nel 100% degli allevamenti che detengono ovini.</p>	

3.3. ASSISTENZA DISTRETTUALE

3.3.1. Assistenza primaria	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Prosecuzione di quanto previsto dalla legge regionale 17/2014 per l'assistenza medica primaria, in coerenza con l'AIR 2016-2018 2. Attività sperimentale dello psicologo nel CAP 3. Avvio della sperimentazione del Fascicolo sanitario elettronico	- Sviluppo della riorganizzazione della Assistenza medica primaria in coerenza con le disposizioni regionali - Evidenza dell'attività effettuata dallo psicologo nel CAP - Almeno il 15% dei MMG in ogni AAS/ASUI partecipa alla sperimentazione secondo le modalità stabilite dalla Direzione centrale salute
Attuazione al 31/12/2018:	
<p>1) Al 30.04.2019 i dati relativi all'attività 2018 dei MMF/AFT riguardo obiettivi AIR 2016/2018 sono ancora in fase di elaborazione.</p> <p>Alla data del 31.12.2018, nessun Centro di Assistenza Primaria (C.A.P.) afferente all'intestata Azienda risulta attivo e funzionante "nel rispetto dei requisiti di forma e di sostanza previsti dalla normativa statale e regionale vigente".</p> <p>Pur in assenza di una formale attivazione di un CAP – funzionante nel rispetto dei requisiti di forma e di sostanza previsti dalla normativa nazionale e regionale vigente, il Distretto 3 ha attivato presso il Centro Sanitario di Muggia un'organizzazione equiparabile al CAP come previsto dall'AIR 2016 – 2018. Tale modello era già in essere prima dell'AIR sopra menzionato con modalità sovrapponibili.</p> <p>Il Centro Sanitario ubicato a Muggia, in Via Battisti 6, ha iniziato sperimentalmente l'attività nel novembre 2014 con 10 MMG che hanno garantito la turnazione di sette ore dal lunedì al venerdì e dalle 8.00 alle 10.00 il sabato. Gli stessi hanno sempre e comunque mantenuto la propria attività ambulatoriale. La rete informatica attivata permette il collegamento tra l'attività presso il distretto e i propri ambulatori.</p> <p>A partire dal 2016, la presenza dei MMG è aumentata a otto ore giornaliere e, grazie all'integrazione di personale infermieristico, l'apertura del Centro è stata ampliata sulle 12 ore dal lunedì al venerdì. A seguito del pensionamento di due MMG avvenuti a gennaio 2018, nella giornata del giovedì viene comunque garantita la presenza del medico di famiglia nel proprio ambulatorio, con le medesime modalità orarie ed organizzative.</p> <p>La sede di Muggia ha anche rafforzato le funzioni di centro di salute territoriale h 24 grazie alla presenza dei Medici di Continuità Assistenziale (Guardia Medica) garantendo una copertura sanitaria integrata H 24 sette giorni su sette.</p> <p>Al fine di evitare ricoveri inappropriati e disagi ai cittadini, specie se anziani, presso la sede di Muggia è presente un POCT per gli esami urgenti ed è attivo su tutto il territorio aziendale, dal lunedì al venerdì nelle ore pomeridiane, un servizio di radiologia domiciliare.</p> <p>2) Per quanto riguarda le evidenze dell'attività effettuata dallo psicologo nel CAP si rappresentano i seguenti dati: nel "CAP" di Muggia gli MMG hanno inviato al 1° Livello (Infermiere professionale con supervisione psicologo) 68 pazienti, di questi hanno avuto una completa recovery 38 (56%). I drop out sono 9, 5 non hanno raggiunto il valore sotto soglia clinica della sintomatologia e 8</p>	

hanno rifiutato il trattamento. 8 hanno avuto solo una consulenza specialistica dallo psicologo. Al follow up di 3 mesi l'82% dei pazienti ha mantenuto il livello sub clinico del sintomo, mentre 4 sono ricaduti in una sintomatologia superiore al cut off. Non raggiunti 3.

3) Secondo le modalità definite dalla Direzione Centrale Salute hanno partecipato all'obiettivo sulla sperimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico i seguenti MMG: Spanu, Cimolino, Brattovich, Orefice, Jevnikar, Tramarin, Franzin.

3.3.2. Accreditemento	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
4. Partecipazione attiva al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti.	- ASUITS mette a disposizione i valutatori per i sopralluoghi, secondo le indicazioni della direzione centrale salute, per almeno 30 giornate.
5. Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti.	- L'organismo tecnicamente accreditante (OTA), con il coordinamento dei referenti dell'accREDITamento di ASUITS, AAS 2 e EGAS che hanno partecipato al corso di formazione organizzato dall'AGENAS, predispone la documentazione di competenza necessaria per conseguire l'accREDITamento nazionale.
Attuazione al 31/12/2018:	
<ul style="list-style-type: none"> ASUITS ha messo a disposizione i valutatori per i sopralluoghi, secondo le indicazioni della direzione centrale salute L'OTA ha prodotto, con il coordinamento dei referenti dell'accREDITamento di ASUITS, AAS 2 e EGAS che hanno partecipato al corso di formazione organizzato dall'AGENAS, i documenti necessari all'audit nazionale degli OTA. Il raggiungimento dell'obiettivo è stato certificato dalla DCS con nota prot.0019122/P dd. 15/10/2018 	

3.3.3. Odontoiatria sociale	
6. Aumento delle prestazioni LEA erogate	10. Media aziendale di almeno 1,6 prestazioni/ora per odontoiatra
7. Prestazioni non LEA erogate	11. 200 casi di terapia ortodontica e 500 pazienti con almeno un'arcata edentula riabilitati con protesi totali, nelle sedi attivate
8. Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche	12. non superiore al 40% del totale delle prestazioni erogate (sono escluse le visite del pronto soccorso odontostomatologico)
9. ASUITs e Burlo Garofolo: razionalizzazione dell'offerta	13. Definizione di percorsi e competenze univoche per le prestazioni di odontoiatria pediatrica e ortognatodonzia.
Attuazione al 31/12/2018:	

Completo conseguimento di tutti gli obiettivi

3.3.4. Riabilitazione	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
14. Attivazione a livello aziendale della rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica	15. E' attivato un gruppo integrato neuromuscolare (GIN) con la finalità della presa in carico della persona con malattia neuromuscolare nell'ambito territoriale di competenza.
Attuazione al 31/12/2018: Nell'ambito della Neurologia e della Riabilitazione sono stati resi in carico con previa discussione clinica i casi di neuropatie demielinizzanti acute, di SLA e di Sclerosi Multipla. Sono stati messi in contatto differenti professionisti dal pneumologo, al cardiologo alla logopedista creando operativamente il gruppo integrato neuromuscolare.	
16. Attivazione a livello aziendale del PDTA per la sclerosi multipla .	17. Entro il primo semestre 2018 i pazienti con sclerosi multipla sono presi in carico con le modalità previste dal PDTA. - indicatori di verifica dell'applicazione del PDTA Sclerosi multipla: - n di pazienti presi in carico dal Centro con le modalità del PDTA - n di pazienti affetti da Sclerosi multipla presi in carico da Riabilitazione Ospedaliera e Riabilitazione territoriali - n pazienti presi ADI e ADR in continuità assistenziale - n Risonanza Magnetiche eseguite in trattamento e n. visite all'anno sulla popolazione in trattamento 18. - n di contatti con il medico di base e i riabilitatori (invii e lettere di relazione)
Attuazione al 31/12/2018: Tutti i pazienti che accedono alla Clinica Neurologica sono stati presi in carico con le modalita' del PDTA Ci sono 20 nuovi pazienti all'anno presi in carico secondo la modalita' del PDTA regionale. Dei pazienti in carico 18 sono stati presi in carico dalla Riabilitazione ambulatoriale e 1 paziente e' stato ricoverato. Nel 2018 sono state eseguite 600 visite per i pazienti con Sclerosi multipla. Sono state eseguite 200 Risonanza Magnetica I numero di contatti tra medico di base e medici riabilitatori e' di almeno 20 contatti per i nuovi casi di SM	

Rete neuromuscolare	
<p>1. Implementazione del percorso diagnostico assistenziale con gestione degli eventi di criticità per i pazienti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)</p>	<p>1.a Creazione nell'Azienda ospedaliera territoriale di un gruppo di esperti dedicati sia alla gestione del percorso di tali pazienti (GIN). Presa in carico riabilitativa per questi pazienti (n pazienti 40 per Trieste)</p> <p>1.b Risultati attesi: raccolta dati dei pazienti affetti da tale patologia, creazione di una rete operative, formazione di case manager</p> <p>1.c Evidenza dell'attivazione del percorso con report relative ai dati del 2018 e report di attività</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Sono stati identificati tutti i membri del gruppo integrato neuromuscolare e tutti sono stati contattati e avvisati. Il percorso PDTA regionale nelle malattie neuromuscolari è continuato con l'impegno al di fuori dell'orario di lavoro presso la sede di Udine sia per quanto riguarda le Atrofie muscolari spinali, sia per quanto riguarda le neuropatie acquisite demielinizzanti acute e croniche e prosegue in questo momento con le distrofie muscolari. Di fatto il GIN è operativo.</p> <p>Ci sono circa 37 pazienti in gestione. Tutti i pazienti eseguono 3 visite all'anno per un totale di 111 visite l'anno, hanno eseguito un percorso di neurofisiologia clinica e tutti sono stati valutati dalla Pneumologia e sono seguiti mediante assistenza domiciliare integrata. I dati di tale patologia sono raccolti in un database dedicato. Ogni martedì i pazienti vengono valutati dal neurologo, dal neurofisiologo e dal pneumologo.</p>	
<p>2. Implementazione del percorso diagnostico assistenziale con gestione degli eventi di criticità per i pazienti affetti da neuropatie autoimmunitarie e infiammatorie acute e croniche.</p>	<p>2.a Creazione nell'Azienda ospedaliera territoriale di un gruppo di esperti dedicati sia alla gestione del percorso di tali pazienti (GIN).</p> <p>2.b Risultati attesi: raccolta dati dei pazienti affetti da tale patologia, creazione di una rete operative, formazione di case manager</p> <p>2.c Evidenza dell'attivazione del percorso con report relative ai dati del 2018 e report di attività</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Sono stati identificati tutti i membri del gruppo integrato neuromuscolare e tutti sono stati contattati e avvisati. Il percorso PDTA regionale nelle malattie neuromuscolari è continuato con l'impegno al di fuori dell'orario di lavoro presso la sede di Udine sia per quanto riguarda le Atrofie muscolari spinali, sia per quanto riguarda le neuropatie acquisite demielinizzanti acute e croniche e prosegue in questo momento con le distrofie muscolari. Di fatto il GIN è operativo per le neuropatie demielinizzanti.</p> <p>Nel 2018 abbiamo avuto 10 casi di neuropatie acute demielinizzanti con grave disabilità acuta (pazienti con tetraplegia) trattati con Immunoglobuline e in 2 casi con plasmateresi. Di questi 6 pazienti sono stati seguiti presso la Riabilitazione intensiva.</p> <p>In un caso abbiamo eseguito biopsia di nervo in un paziente.</p>	

<p>In tutti i casi abbiamo attivato il percorso riabilitativo, il percorso con la pneumologia e le attivazione on il medico di base.</p> <p>Ci sono poi 60 pazienti con neuropatia demielinizzante cronica che eseguono 2 visite l'anno con almeno 120 visite l'anno e 60 elettroencefalografie</p>	
<p>3. Implementazione del percorso diagnostico assistenziale con gestione degli eventi di criticità per i pazienti affetti da Miastenia Grave</p>	<p>3.a Creazione nell'Azienda ospedaliera territoriale di un gruppo di esperti dedicati sia alla gestione del percorso di tali pazienti (GIN).</p> <p>3.b Risultati attesi: raccolta dati dei pazienti affetti da tale patologia, creazione di una rete operative, formazione di case manager</p> <p>3.c Evidenza dell'attivazione del percorso con report relative ai dati del 2018 e report di attività'</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Sono stati identificati tutti i membri del gruppo integrato neuromuscolare e tutti sono stati contattati e avvisati. Il percorso PDTA regionale nelle malattie neuromuscolari e' continuato con l'impegno al di fuori dell'orario di lavoro presso la sede di Udine sia per quanto riguarda le Atrofie muscolari spinali, la Sclerosi Laterale Amiotrofica sia per quanto riguarda le neuropatie acquisite demielinizzanti acute e croniche e prosegue in questo momento con le distrofie muscolari e Miastenia. Ci sono 40 pazienti con Miastenia Gravis seguiti almeno 4 volte l'anno per un totale di 160 visite l'anno. I pazienti eseguono anche valutazione pneumologica.</p>	

3.3.5. Superamento della contenzione	
<p>Obiettivo aziendale:</p>	<p>Risultato atteso:</p>
<p>Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016</p>	<p>In Asuits è condivisa da tempo la pratica di abolizione della contenzione in tutti i propri servizi e anche in quelli convenzionati (RSA e strutture protette) come anche nelle polifunzionali. Nel 2018 ASUITS effettuerà analogo monitoraggio.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>"Trieste è libera da contenzione" dal 2013 ed il sito aziendale (che ha tale definizione) è costantemente aggiornato con la evidenza delle iniziative locali nazionali e internazionali per eliminare la madre di tutte le cattive pratiche in ogni contesto assistenziale; è stato inoltre pubblicato un aggiornamento del saggio Maggioli scritto dalla drssa Maila Mislej e dalla drssa Livia Bicego.</p> <p>Inoltre 45 volontari cittadini di Trieste supportano in rete i care giver onde evitare la contenzione anche nei reparti semintensivi e intensivi di ASUITS.</p> <p>Continua il monitoraggio nelle residenze per anziani a Trieste da parte del personale dei distretti Dove non si pratica la contenzione ormai da una decina di anni.</p>	

3.3.6. Diabete

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<p>1. Gestione integrata del diabete in coerenza con la DGR 1676/2015</p>	<p>1.a Presentazione report dati attività 2017-2018 con evidenza di miglioramento.</p> <p>1.b Verranno messe in atto iniziative di incontro ed audit con MMG a livello distrettuale con l'obiettivo di presentare i dati di attività, analizzare le criticità e mettere in atto azioni di miglioramento delle stesse.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>1.a E' stata fatta una analisi dei dati di attività 2017-2018 dei pazienti inseriti in gestione integrata secondo quanto previsto dalla DGR 1676/2015 ed è stato rilevato quanto segue:</p> <p>1) pazienti sottoposti a dosaggio emoglobina glicata negli ultimi 12 mesi pari a 84% rispetto al 76% precedente (+ 8%)</p> <p>2) Pazienti sottoposti a dosaggio della microalbuminuria negli ultimi 12 mesi pari a 49% rispetto al 49,2% precedente (dato invariato)</p> <p>3) Pazienti sottoposti a dosaggio della creatinemia negli ultimi 12 mesi pari a 74% rispetto al 70% precedente (+ 4%)</p> <p>4) Pazienti sottoposti a dosaggio dell'assetto lipidico negli ultimi 12 mesi pari a 78% rispetto al 71% precedente (+ 7%)</p> <p>5) Pazienti che hanno eseguito un fundus oculi negli ultimi 12 mesi pari a 58% rispetto al 54% precedente (+4%)</p> <p>E' stata fatta inoltre una analisi dei pazienti seguiti presso i Centri Diabetologici Distrettuali per valutare la percentuale di questi che hanno eseguito nell'arco dell'anno contemporaneamente HbA1c, profilo lipidico, microalbuminuria, creatinemia e fundus oculi ed è stata fatta una comparazione tra il 2017 ed il 2018. Nel 2017 la percentuale di pazienti che avevano eseguito tutti gli indicatori era pari a 61,8%. Tale percentuale è salita a 65,6% (+3,8%) nel 2018.</p> <p>1.b Nell'arco del 2018 sono stati eseguiti due momenti (uno a novembre ed uno a dicembre) di incontro ed audit con MMG per analizzare i dati di attività e le criticità emerse.</p>	
<p>2. Diabete in ospedale (DGR 1572/2017):</p> <p>a- Implementazione del programma regionale per la formazione del personale ospedaliero;</p> <p>b-organizzazione dei team ospedalieri.</p>	<p>2.a organizzazione ed attuazione livello aziendale dei corsi di formazione rivolti al personale ospedaliero.</p> <p>2.b si procederà alla implementazione delle attività diabetologiche in ospedale rivalutando l'organizzazione del team ospedaliero, già in essere, alla luce di quanto previsto dalla DGR 1572/2017 e definendone obiettivi, ruoli e responsabilità</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Sono stati organizzati i corsi di formazione coinvolgendo sia i professionisti ospedalieri che territoriali e sono state definite competenze e composizione del team ospedaliero</p>	

3.3.7. Cronicità	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Implementare i PDTA sullo scompenso cardiaco	Evidenza dell'implementazione del PDTA sullo scompenso cardiaco attraverso reportistica di dati di attività
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Il PDTA sullo Scompenso Cardiaco ASUITS è stato implementato nel 2018 con diverse azioni documentate con i dati di attività:</p> <p>Presenza in carico e follow-up prioritizzato dei pazienti con scompenso cardiaco negli ambulatori dedicati della SC Cardiologia e SC Cardiovascolare (visite cardiologiche n 5210; valutazioni assistenziali infermieristiche - solo nella SC Cardiovascolare - n 380; ecocardiogrammi n=1946;</p> <p>Presenza in carico precoce (<30 giorni; n=303 pazienti) tra i pazienti ricoverati con prima diagnosi scompenso cardiaco nelle SC di Medicina presso la SC Cardiovascolare;</p> <p>Condivisione del PDTA scompenso con la MG per i pazienti a rischio più elevato (2 ricoveri per SC dal 1/1/2017) con condivisione e rivalutazione del percorso in caso di instabilità clinica e/o aumento significativo dei peptidi natriuretici;</p> <p>Inizio del programma di presa in carico precoce (<72 ore) dei pazienti con scompenso cardiaco a basso rischio dimessi dal Pronto Soccorso (n=21);</p> <p>Ciclo di incontri (n=4) di formazione per gli infermieri distrettuali coinvolti nella gestione domiciliare dei pazienti con scompenso cardiaco.</p> <p>Partecipazione al gruppo di lavoro per la definizione del "Percorso Assistenziale del paziente con Scompenso Cardiaco" nell'ambito del progetto Reti Clinica della DCS FVG.</p>	

3.3.8. Assistenza protesica	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Partecipazione ai lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica e alla formazione dei professionisti sanitari .	Attuazione delle nuove modalità di erogazione dell'assistenza protesica, compresi i percorsi semplificati stabiliti dalle nuove linee guida regionali.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>1 evento formativo per il personale di ASUITS (Ospedale, Territorio) sia sanitario che amministrativo. Al corso effettuato il 19 dicembre 2018 hanno partecipato 16 professionisti di ASUITS con l'obiettivo di condividere criticità e modalità di attuazione del regolamento regionale, ma anche la normativa Nazionale di riferimento. Sono stati condivisi tutti i percorsi dell'assistenza protesica dalla prescrizione per l'assistenza protesica personalizzata, ai percorsi semplificati; questi ultimi già presenti in ASUITS per le persone in continuità e/o in carico ai servizi territoriali, utilizzando gli ausili presenti nel magazzino ausili per facilitare la domiciliarità. Nel corso del 2019 a seguire la formazione regionale prevista è intenzione di continuare la formazione aziendale e predisporre un gruppo multiprofessionale aziendale di approfondimento per migliorare e condividere il percorso di assistenza protesica.</p>	

3.4. ASSISTENZA FARMACEUTICA E ASSISTENZA INTEGRATIVA

Assistenza farmaceutica	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Tetti spesa farmaceutica	
Per il 2018 rimangono confermati i tetti di spesa per la farmaceutica ridefiniti dalla Legge n. 232/2016 “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019”	<ul style="list-style-type: none"> - “tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti” pari al 6,89% del FSR (farmaceutica ospedaliera, diretta e DPC) - “tetto per la spesa farmaceutica convenzionata” pari al 7,96 % del FSR.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Vincoli operativi regionali farmaceutica</p> <p>Tetto procapite DIRETTA TERRITORIALE € 61,00</p> <p>Dato ASUITS anno 2018 € 60,33 = OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Tetto procapite DPC € 28,50</p> <p>Dato ASUITS anno 2018 € 28,44 = OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Tetto procapite CONVENZIONATA € 125</p> <p>Dato ASUITS anno 2018 € 121,48 (a cui va scorporato il FEIBA che incide per circa 2 € pro capite) = OBIETTIVO RAGGIUNTO</p> <p>Vincoli operativi OSPEDALIERA -2,0% (esclusi i vaccini e i farmaci oncologici ed onco-ematologici)</p> <p>Dato ASUITS anno 2018 -2,2% = OBIETTIVO RAGGIUNTO</p>	
1. Prescrittori	
<p>Sia a livello territoriale che ospedaliero le Aziende individueranno specifici obiettivi per i prescrittori, correlati a definiti indicatori di risultato, al fine di favorire l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia e prevedendo un monitoraggio periodico sull'utilizzo delle categorie dei farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriata. A tal fine le Aziende invieranno un report semestrale alla DCS con evidenza sia delle iniziative di audit e feedback adottate, sia delle azioni più significative intraprese nel corso del primo e del secondo semestre del 2018 (in particolare per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti).</p>	<p>ASUITS invierà due report a cadenza semestrale alla DCS da cui si evincano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - obiettivi per i prescrittori (negoziazioni) - azioni intraprese <p>In riferimento al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ASUITS invierà comunicazioni/reportistica agli operatori sanitari (MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali e Ospedalieri, infermieri) al fine di favorire l'utilizzo appropriato dei farmaci dal miglior rapporto costo/efficacia. Verranno individuati specifici indicatori sia a livello territoriale per i MMG (es. indicatori Osmed su depressione, PPI, EBPM, ipertensione, ipercolesterolemia, BPCO, vitamina D) che a livello ospedaliero, con particolare riferimento alle aree a maggior impatto di spesa (oncologia, oncoematologia, infettivologia, neurologia, reumatologia), che</p>

verranno discussi negli incontri di budget delle singole unità operative e periodicamente monitorati.

E' garantito l'invio puntuale e periodico dei report personalizzati ai MMG utilizzando alcuni indicatori del rapporto Osmed AIFA 2015, della newsletter periodica di interesse farmaceutico e delle evidenze degli obiettivi AIR ai singoli MMG con evidenza personalizzata di scostamento dall'obiettivo previsto. Inoltre ASUITS si impegna affinché nelle lettere di dimissione le prescrizioni siano allineate al Prontuario Terapeutico Ospedale Territorio.

Attuazione al 31/12/2018:

ASUITS ha inviato due report semestrali sull'attività svolta alla DSC:

Prot. FarmCatt 782/2018 (prima parte dell'anno)

Prot. FarmCatt 125/2019 (intero anno 2018)

Nel dettaglio:

In riferimento al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ASUITS ha inviato comunicazioni/reportistica agli operatori sanitari (MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali e Ospedalieri, infermieri) al fine di favorire l'utilizzo appropriato dei farmaci dal miglior rapporto costo/efficacia. Sono stati inviati alert sui farmaci omega-3, vitamina D, PPI, farmaci per l'ipertrofia prostatica, farmaci per la casa circondariale, approfondimenti sulla BPCO. In ambito ospedaliero sono state inviate comunicazioni ai clinici sui farmaci biosimilari, farmaci per l'ipertensione polmonare, farmaci per la sclerosi multipla, lacosamide, insuline, farmaci per la psoriasi.

Sono stati effettuati incontri con le UUOO a maggior impatto ed incremento di spesa nei mesi di giugno, luglio, ottobre e novembre, sui dati di consumo relativamente del primo quadrimestre, semestre e dei primi 9 mesi. Complessivamente sono stati effettuati 10 incontri con diverse UUOO (neurologia, medicina nucleare, pneumologia, centro e patologie del fegato, gastroenterologia, ematologia, medicina clinica, oncologia e dermatologia), nei quali sono stati discussi i principali farmaci/categorie di farmaci ad alto impatto di spesa e appropriatezza, oltre alle tabelle aggiornate dei costi annui di terapia.

C'è stato un confronto tra farmacisti e richiedenti per stabilire le esizialità delle richieste e se tutte le eventuali alternative dal miglior rapporto costo efficacia fossero state esplorate, fornendo a riguardo considerazioni desunte dalla letteratura e costi aggiornati di terapia in particolare per farmaci quali onco ematologici, biologici per le affezioni reumatiche e della cute, farmaci per la sclerosi multipla ed anti epatite C ed Anti HIV. A tal fine sono state elaborate e spedite con protocollo interno 86 note di approfondimento aventi temi riguardanti la sicurezza l'efficacia il budget impact e le possibili alternative dei farmaci richiesti alla SC Assistenza farmaceutica. Inoltre, a tutti i centri di costo si è provveduto ad inviare periodicamente un resoconto sull'andamento del proprio budget farmaceutico, con analisi dettagliata a cadenza quadrimestrale. Elaborati e trasmessi in tutto 37 report sull'andamento dei costi farmaceutici a tutti CdR di ASUITS: inoltrati al Controllo di gestione venivano fornite le analisi quadrimestrale di consuntivo sull'andamento della spesa farmaceutica attribuibile ai centri ASUITS e le previsioni per una sua

programmazione nella parte dell'anno rimanente.

Per farmaci ad alto impatto di budget richiesti e non compresi nel PTA, la Farmacia ha elaborato dossier specifici di approfondimento inviati alla Direzione Sanitaria per la decisione sull' eventuale acquisto. Sono stati a tal fine valutati ed approntati dossier per 50 richieste per farmaci ad alto impatto di spesa non presenti in PTA.

Per farmaci a basso impatto di budget , non presenti in PTA, si è provveduto ad interloquire col richiedente per accertarsi che quelli in dotazione aziendale non potevano effettivamente intercettare il problema clinico per cui era stato chiesto di ricorrere a farmaci extra PTA.

Tutte le richieste riguardanti l'impiego di farmaci off label sono state corredate da una relazione di approfondimento ad opera dei farmacisti che veniva inviata alla Direzione Sanitaria, assieme alla richiesta del clinico, per la decisione sull' eventuale assenso all'impiego. Sono a tal fine stati valutati ed approntati i dossier per 240 richieste di farmaci da impiegarsi off label.

Sono stati identificati ed assegnati obiettivi specifici sul contenimento dei consumi di antibiotici alle UUOO che evidenziavano a fine 2017 criticità di utilizzo di alcune classi di antibiotici. E' stato dato riscontro alle UUOO sull'andamento dell'obiettivo nel corso del 2018, con i dati relativi al periodo gennaio-maggio 2018. In particolare, sono state elaborate 28 analisi con il calcolo delle DDD degli antibiotici per via sistemica disaggregate a livello di singola struttura ed 1 analisi del' utilizzo complessivo calcolato in DDD/100 giornate di degenza aggregato a livello di ospedale in toto.

E' stato effettuato il monitoraggio delle richieste riguardanti antibiotici quali Ceftazidima+Avibactam, Ceftolozano+Tazobactam, Ertapenem, Daptomicina, Dalbavancina, Linezolid, Tigeciclina (269 terapie), antifungini quali Caspofungina, Ambisome (86 terapie) e farmaci vari per criticità di impiego dovuta a sicurezza, costi elevati ecc quali Dexmetedomina, Immunoglobuline arricchite in IgM, Alfa-1 antitripsina, levosimendan (55 terapie) ritenuti a criticità d'uso e la cui spedizione è avvenuta previa compilazione di un format dedicato e dopo validazione ad opera del farmacista.

Per i farmaci con ricetta ripetitiva limitativa quali NAO, nuovi antidiabetici, immunosoppressori quali Micofenolato, Tacrolimus, antiepatite B quali Tenofovir, Entacavir, qualora non prescritti dai medici autorizzati, si è provveduto a verificare la presenza di consulenza specialistica prima della loro spedizione.

Sono state monitorate tutte le richieste di farmaci intravitreali e concesso l'utilizzo di ranibizumab e aflibercept solo quando non ricorrevano le condizioni per l'utilizzo del bevacizumab intravitreale. L'attività specifica ha consentito che in ASUITS il 62% delle prescrizioni totali di intravitreali riguardassero Bevacizumab.

	<i>N iniezioni 2018</i>	<i>Pazienti 2018</i>	<i>% pz trattati con i diversi farmaci</i>	<i>Costo ivato 2018</i>
<i>bevacizumab (Avastin)</i>	<i>3.005</i>	<i>764</i>	<i>62%</i>	<i>38.656</i>
<i>desametasone impianto (Ozurdex)</i>	<i>290</i>	<i>189</i>	<i>15%</i>	<i>261.491</i>
<i>ranibizumab (Lucentis)</i>	<i>313</i>	<i>128</i>	<i>10%</i>	<i>191.717</i>
<i>aflibercept (Eylea)</i>	<i>452</i>	<i>152</i>	<i>12%</i>	<i>274.780</i>
<i>Totale</i>	<i>4.060</i>	<i>1.233</i>	<i>100%</i>	<i>766.643</i>

Sono state effettuate 2 riunioni della Commissione per il PTA con l'approntamento e la discussione

di 14 dossier e l'inserimento finale di 12 principi attivi per i nuovi farmaci richiesti anche nell'ottica dell'integrazione tra assistenza farmaceutica ospedaliera e territoriale. Inoltre, la Commissione Terapeutica Aziendale ha approvato il Prontuario Terapeutico Aziendale aggiornato, derivante dall'armonizzazione del Prontuario Terapeutico dell'ex AOU TS con quello dell'ex AAS 1, reso disponibile a tutte le UUOO.

A seguito dell'entrata in commercio e disponibilità di biosimilari o generici ad alto impatto di spesa o di nuove terapie sono state tempestivamente aggiornate le tabelle con i costi annui di terapia e inviate ai prescrittori (nel 2018 è stato fatto per sclerosi multipla, artrite reumatoide, artrite psoriasica, spondiloartrite anchilosante, psoriasi, epatite C, HIV, mieloma multiplo).

E' stato garantito l'invio puntuale e periodico di tre report personalizzati ai MMG, di sei newsletter di interesse farmaceutico e delle evidenze degli obiettivi AIR ai singoli MMG con evidenza personalizzata di scostamento dall'obiettivo previsto (due invii per medico).

2. Egas

Egas

L'EGAS nel corso del 2018, in qualità di aggregatore della domanda, avvalendosi delle competenze interne e anche di quelle delle Aziende sanitarie, potenzierà la capacità di coordinamento e di stesura di capitoli tecnici, al fine di perseguire un governo sulle politiche regionali di acquisto dei farmaci e dei dispositivi medici. Inoltre, in linea con le evidenze scientifiche e con i principi dell'HTA, sarà di supporto alla DCS al fine di contribuire alla realizzazione di un sistema regionale più regolato.

3. Medicinali a brevetto scaduto – indicatori AIFA-MEF

In ambito territoriale la prescrizione dei medicinali a brevetto scaduto, con particolare riferimento alle classi terapeutiche individuate dagli indicatori AIFA-MEF presenti sul sistema Tessera Sanitaria (TS) e riportati nella Tabella n. 1, dovrà tendere ai valori target indicati.

ASUITs invierà ai MMG i grafici del costo/terapia per le categorie a maggior impatto di spesa, che non risultino già tutte a brevetto scaduto, nonché indicazioni specifiche per tutti i prescrittori, compresi quelli ospedalieri che condizionano la successiva prescrizione territoriale.

Verranno effettuati specifici incontri con i MMG e i distretti.

Raggiungimento dei valori riportati nella Tabella

CLASSE	% media FVG (gen-sett 2017)	% target nazionale a cui tendere†
C08CA – derivati diidropiridinici	90,85%	92,10%
C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati	94,52%	97,50%
C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici	92,59%	96,00%
C10AA - inibitori della HMG COA riduttasi	80,69%	87,00%
G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa riduttasi	44,70%	57,80%
M05BA - bifosfonati	77,54%	83,10%
N03AX - altri antiepilettici	94,50%	98,70%
N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1	93,95%	97,10%
S01ED – sostanza beta-bloccanti	37,71%	41,40%

Attuazione al 31/12/2018:

ASUITs ha inviato a tutti prescrittori (MMG e ospedalieri) i grafici del costo/terapia per le categorie a maggior impatto di spesa (calcioantagonisti diidropiridinici, associazioni antipertensive precostituite, farmaci per l'ipercolesterolemia). Sono stati effettuati specifici incontri con AFT, MMG e centro cardiovascolare.

Si è lavorato anche su temi quali la vitamina D e gli omega 3.

Complessivamente il calo assoluto di spesa convenzionata per ASUITs è stato di € 3.139.106, al quale andrà aggiunto il valore del complesso protrombinico di dicembre.

Tabella 10: Percentuale di utilizzo (in DDD) dei medicinali a brevetto scaduto e possibile risparmio per categoria per azienda. Periodo Gennaio – dicembre 2018. Fonte: portale Tesseria Sanitaria (TS). Dati aggiornati al 14/02/2019.

	C08CA		C09CA		C09DA		C10AA		G04CB		M05BA		N03AX		N02CC		S01ED	
	% Consumi in DDD	Risparmio	% Consumi in DDD	Risparmio	% Consumi in DDD	Risparmio	% Consumi in DDD	Risparmio	% Consumi in DDD	Risparmio	% Consumi in DDD	Risparmio	% Consumi in DDD	Risparmio	% Consumi in DDD	Risparmio	% Consumi in DDD	Risparmio
TARGET LINEE 2018	92,1		97,5		96,0		87,0		57,8		83,1		98,7		97,1		41,4	
ASUI-TS	87,1%	€ 82.112	99,6%		99,0%		99,0%		100,0%		66,5%	€ 14.369	93,2%	€ 139.699	96,3%	€ 27.834	34,9%	€ 34.479
AAS 2	90,9%	€ 26.221	99,8%		99,1%		99,2%		100,0%		68,3%	€ 8.982	93,3%	€ 83.739	97,2%		34,0%	€ 36.881
AAS 3	93,1%		99,9%		99,6%		99,4%		99,6%		80,9%	€ 2.632	93,5%	€ 84.910	95,3%	€ 10.034	40,6%	€ 6.683
ASUI-UD	94,3%		99,8%		99,4%		99,3%		99,8%		68,5%	€ 11.824	94,4%	€ 100.534	97,8%		42,7%	
AAS 5	90,7%	€ 96.152	99,8%		99,2%		98,8%		99,6%		84,5%		94,7%	€ 87.628	95,1%	€ 48.677	34,9%	€ 30.791
FVG	€ 204.485		€ 0		€ 0		€ 0		€ 0		€ 37.807		€ 496.510		€ 86.545		€ 108.835	

4. Biosimilari

Nell'ambito delle categorie di medicinali per le quali è disponibile l'alternativa biosimile dovranno essere assicurate azioni di incentivazione, appropriatezza ed efficienza per il SSR, nel rispetto del recente quadro normativo (legge n. 232/2016, art. 1, comma 407), che ha previsto specifiche direttive a cui gli Enti del SSR devono fare riferimento. A tal fine le Aziende invieranno uno specifico report semestrale alla DCS sulle attività svolte. Inoltre, in tale ambito l'EGAS fornisce agli Enti del SSR e alla DCS tutte le informazioni relative alle procedure di acquisto in forma riepilogativa (farmaci, prezzi, eventuali

ASUITs invierà due report a cadenza semestrale alla DSC da cui si evincano le azioni messe in atto per il rispetto del recente quadro normativo. **(legge n. 232/2016, art. 1 comma 407)**

accordi quadro), secondo quanto stabilito dalla legge 232/2016.	
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>ASUITS ha inviato due report semestrali sull'attività svolta alla DSC:</p> <p>Prot. FarmCatt 782/2018 (prima parte dell'anno)</p> <p>Prot. FarmCatt 125/2019 (intero anno 2018)</p> <p>Nel dettaglio:</p> <p>Ogni richiesta nominale per pazienti naive di farmaci biologici che hanno presenza contemporanea sul mercato di farmaci biosimilari è stata intercettata dai farmacisti aziendali e discussa con il medico nel caso la scelta ricada sul farmaco ad impatto di spesa maggiore. Nel corso del 2018 sono state inviate 7 comunicazioni ai clinici inerenti farmaci biosimilari, sia di carattere generale che su singoli casi.</p> <p>Nel 2018 sono state attivate complessivamente 18 nuove terapie con infliximab (100% con il biosimilare aggiudicatario di gara regionale), 26 con etanercept 50mg (100% con il biosimilare) e 2 con etanercept 25mg (entrambi con l'originator perché unico aggiudicatario di gara al momento dell'avvio delle terapie).</p> <p>Per rituximab sono state avviate complessivamente 94 nuove terapie, delle quali 59 con il biosimilare aggiudicatario di gara e 35 con l'originator (perché avviate nella prima parte dell'anno nella quale il biosimilare non era disponibile o per scelta del clinico legata all'impiego, dopo la dose di attacco, della formulazione sc).</p> <p>Inoltre, sono stati switchati da originator a biosimilare 2 pazienti in trattamento con infliximab, 18 con etanercept e 22 con rituximab.</p> <p>Nel corso degli ultimi mesi del 2018 è stata avviata una discussione con i clinici oncologi per l'introduzione del biosimilare di trastuzumab, il cui impiego è iniziato a novembre 2018.</p> <p>Dai dati di consumo ASUITS dei farmaci per i quali è disponibile un'alternativa biosimilare nei canali ospedaliera e diretta si evince che l'uso dei biosimilari è in aumento per tutte le classi di farmaci e in particolare rappresenta una % sull'intera categoria di riferimento, non solo del brand di riferimento, di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ATC A10AE04 insulina glargine = 34.8% ▪ ATC B01AB05 enoxaparina = 27.8% (biosimilare disponibile da agosto 2018) ▪ ATC B03XA epoetine = 83.0% ▪ ATC L01XC02 rituximab = 37.3% (biosimilare disponibile da febbraio 2018 e da maggio 2018 per ematologia) ▪ ATC L03AA fattori di crescita granulocitari = 96.8% ▪ ATC L04AB anti TNF-alfa = 13.0% infliximab e 23.7% etanercept (sul totale degli anti TNF-alfa) <p>ATC H01AC GH = 100%</p>	
5. Medicinali brevetto scaduto – analisi prescrizioni	
Oltre alla promozione d'uso dei medicinali a brevetto scaduto a livello territoriale, in base a	ASUITS aderirà alle richieste effettuando analisi a campione su indicazione della DCS e

<p>quanto rilevato nel corso del 2017, potranno essere definite ulteriori analisi a campione sulle percentuali di prescrizione di queste categorie di medicinali in dimissione da ricovero o dopo visita ambulatoriale, in tempistiche e reparti comunicati dalla Direzione centrale.</p>	<p>comunicandone gli esiti nelle tempistiche indicate.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018: Non pervenute richieste dalla DCS.</p>	
<p>6. Distribuzione diretta farmaci alto costo</p>	
<p>Nell'ambito della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo le Aziende eroganti danno continuità ai percorsi definiti nel corso del 2017, per consentire alle AAS di residenza del paziente la verifica dell'appropriatezza d'uso, dandone anche evidenza alla DCS.</p>	<p>ASUITS conferma la disponibilità allo scambio di informazioni e dati in entrata e uscita</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018: Non pervenute richieste dalla DCS.</p>	
<p>7. Primo ciclo di terapia</p>	
<p>A seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale dovrà essere assicurata l'erogazione del I° ciclo di terapia in distribuzione diretta sia attraverso le strutture pubbliche che private accreditate. A tal fine le Aziende invieranno alla DCS due relazioni semestrali sull'attività svolta, indicando i risultati raggiunti. Continua inoltre l'attività di distribuzione diretta nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare presso tutte le strutture afferenti alle Aziende per l'assistenza sanitaria.</p>	<p>- Attuazione del I ciclo così come definito nei LEA e dalla DGr 12/2018</p> <p>- ASUITS darà evidenza del ricorso al I° ciclo di terapia e alla distribuzione diretta e si impegna per il massimo rispetto delle indicazioni rispetto al primo ciclo sia nelle proprie strutture che in quelle convenzionate.</p> <p>- Invio della DCS di due relazioni semestrali sull'attività svolta con i risultati raggiunti</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018: ASUITS ha inviato due report semestrali sull'attività svolta alla DSC: Prot. FarmCatt 782/2018 (prima parte dell'anno) Prot. FarmCatt 125/2019 (intero anno 2018)</p> <p>Nel dettaglio: ASUITS ha assicurato il ricorso al I° ciclo di terapia e si è impegnata per il massimo rispetto delle indicazioni rispetto al primo ciclo sia nelle proprie strutture che in quelle convenzionate (es Pineta del Carso). Sono stati organizzati due incontri per implementare l'erogazione diretta del I ciclo da parte del IRCCS Burlo, anche di medicinali DPC, ed è stato invertito il trend di decremento della distribuzione</p>	

diretta del Burlo che nei primi dieci mesi 2018 cresce del 269%.

Altresì sono stati forniti dal servizio farmaceutico dati di prescrizione di farmaci indotti da specialisti dello stesso IRCCS (somatropina, farmaci nota AIFA 74) per sensibilizzarne un uso appropriato.

Dato totale ASUITS delle erogazioni personalizzate in regime di distribuzione diretta, comprensivo di primo ciclo di terapia e distribuzione attraverso i distretti e ADI

Ann o	Numero confezion i	Numero unità	Costo ivato (€)	Numero allestimenti personalizzat i	Numer o pazienti	Numero confezioni/allestiment o medio
2015	163.388	3.021.057	17.243.008	43.303	19.871	3,8
2016	156.143	3.111.540	18.114.460	41.960	19.724	3,7
2017	160.288	3.139.143	20.237.549	43.316	20.230	3,7
2018	147.272	2.864.262	20.846.113	39.848	19.692	3,7

Nel corso del 2018 la spesa relativa ai medicinali erogati attraverso il canale della distribuzione diretta aumenta complessivamente del 3% rispetto al 2017; l'incremento si spiega attraverso l'aumento del 18,1% degli allestimenti dei farmaci ad alto costo (individuati nei farmaci in classe di rimborsabilità H) e del relativo numero di assistiti (+13,6%).

8. Farmaci aggiudicati a gara

Farmaci aggiudicati a gara

Al fine di favorire l'impiego dei medicinali acquistati centralmente l'EGAS rende disponibile a tutte le Aziende con frequenza di aggiornamento mensile la lista dei farmaci aggiudicati a gara con particolare riferimento a quelli della DPC. Lo stesso Ente assicura inoltre un monitoraggio puntuale delle politiche di acquisto dei medicinali in DPC, e adotta ogni misura conseguente, al fine di garantire la maggiore economicità per l'SSR rispetto ai costi della convenzionata.

9. Distribuzione per conto

Per i medicinali in DPC le Aziende adottano specifici monitoraggi e approfondimenti con i prescrittori in caso di elevato ricorso alla non sostituibilità, e assicurano le opportune informazioni sui medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio

Relativamente ai medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio e che sono inseriti nell'elenco dei farmaci erogabili in DPC verrà attuato ogni utile percorso per evitare aggravii di costo generati dall'erogazione tramite il canale

<p>inseriti nell'elenco dei farmaci erogabili in DPC, temporaneamente non disponibili sulla piattaforma.</p>	<p>convenzionale nelle more della effettiva disponibilità di tali medicinali in DPC correlandosi con i prescrittori. Altresì verrà monitorato il ricorso alla non sostituibilità dei farmaci in DPC al fine di evitare aggravamenti di costi generati da un'eventuale erogazione convenzionale. Indicatore: evidenza delle azioni adottate.</p>
--	---

Attuazione al 31/12/2018:

Relativamente ai medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio e che sono inseriti nell'elenco dei farmaci erogabili in DPC è stato attuato ogni utile percorso per evitare aggravamenti di costo generati dall'erogazione tramite il canale convenzionale nelle more della effettiva disponibilità di tali medicinali in DPC correlandosi con i prescrittori. Si segnalano iniziative con i prescrittori per evitare il ricorso alla convenzionata di farmaci DPC non disponibili nel magazzino EGAS. In caso di ricorso all'erogazione convenzionata sono stati effettuati tutti gli approfondimenti anche con i prescrittori per valutarne le motivazioni e in caso di difformità (es. mancanza PT specialistico si è provveduto al recupero di quanto indebitamente prescritto).

E' stato ribadito a tutti i prescrittori con apposita circolare e con ulteriore richiamo nella newsletter che il ricorso alla non sostituibilità dei farmaci in DPC deve essere posta solo in caso di motivate ragioni cliniche, al fine di evitare aggravamenti di costi generati da un'eventuale erogazione convenzionale. Sono stati messi in atto approfondimenti con i prescrittori sui medicinali antidiabetici SGLT-2 ed insuline, sugli agenti della fertilità e sulla somatropina con il Burlo (2 incontri). E' stato effettuato un monitoraggio del I semestre 2018 dei principi attivi erogati in DPC.

10. Medicinali soggetti a registro AIFA

<p>Per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà essere assicurata la registrazione di tutti i dati richiesti (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro. A tal fine potranno essere programmate analisi a campione da parte della direzione centrale. L'EGAS, nell'ambito della centralizzazione della logistica d'acquisto continua ad assicurare il ristoro delle somme spettanti a ciascun Ente, per tutti i farmaci per i quali sono previste forme di compartecipazione dei costi da parte delle aziende farmaceutiche e condivisione del rischio (risk sharing, cost sharing e payment by results).</p>	<p>I farmacisti ASUITs evadono le richieste di farmaci su registro web based o cartaceo, soltanto se correttamente compilato dal medico richiedente. Posizioni divergenti andranno sanate con i compilatori richiedenti prima della fornitura.</p> <p>Indicatore: Il 100% delle richieste vengono evase dopo la compilazione della richiesta web-based o cartacea. Tutti i cicli di cura conclusi sono stati processati per accedere alle procedure di rimborso (100% riscontrabile da portale AIFA)</p>
--	--

Attuazione al 31/12/2018:

I farmacisti ASUITS hanno evaso il 100% delle richieste di farmaci su registro web based o cartaceo, soltanto se correttamente compilato dal medico richiedente. Posizioni divergenti sono state sanate con i compilatori richiedenti prima della fornitura. Tutti i cicli di cura conclusi sono stati processati per accedere alle procedure di rimborso (100% riscontrabile da portale AIFA).

Nel corso del 2018 tale attività ha consentito la restituzione da parte delle Aziende di un valore pari a € 766.081 con note di credito ad ASUITS

11. Farmacovigilanza

Sul versante della farmacovigilanza continuano le attività già avviate a livello regionale dalla DCS ed, in particolare, le collaborazioni con le Aziende sanitarie universitarie integrate così come indicato dalle delibere di riferimento (DGR 435/2013 e 2199/2014), assieme alle progettualità regionali e multiregionali finanziate da AIFA e oggetto di specifica convenzione. Su tali iniziative gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzative. Nel corso del 2018 sarà avviata una specifica progettualità sui temi relativi ai medicinali per il trattamento di malattie rare, anche coinvolgendo il coordinamento regionale e la rete delle malattie rare. Inoltre in corso d'anno, anche tramite un nuovo di accordo di collaborazione/convenzione con le due Aziende sanitarie universitarie integrate e con il coinvolgimento di tutte le Aziende sanitarie e gli IRCCS sarà avviata una specifica progettualità pluriennale nell'ambito delle aree di attività stabilite dalla DGR 1365/2015 volta a favorire un uso sicuro appropriato dei farmaci a livello ospedaliero e nella continuità ospedale-territorio. Il percorso formativo a distanza (FAD) avviato a fine 2017 sull'utilizzo della nuova piattaforma nazionale Vigifarmaco ed altre tematiche di farmacovigilanza resterà disponibile in più moduli formativi anche per il 2018.

Riscontro sulla partecipazione da parte di ASUITS alle progettualità avviate dalla DCS e da parte degli operatori alle attività formative organizzate dalla stessa (report)

Attuazione al 31/12/2018:

ASUITS ha dato seguito alle diverse progettualità avviate dalla DCS e da parte degli operatori alle attività formative organizzate dalla stessa (progetto antidepressivi, progetto farmacovigilanza pluriennale, ...).

Con decreto n. 611/SPS dd. 17/04/2018 è stato approvato il progetto "Farmacisti in Ospedale/Territorio". A seguito di tale decreto ASUITS ha bandito e assegnato 3 borse di studio (2 per la stessa ASUITS e una per Burlo), avviate nel mese di novembre 2018.

Come iniziative sensibilizzanti la prevenzione delle ADR e l'uso in sicurezza dei farmaci sono stati trasmesse ai responsabili di farmacovigilanza delle Strutture 31 note sui rischi di utilizzo di farmaci

rilasciate da EMA ed AIFA. Elaborato un report sull'andamento annuale delle segnalazioni di ADR in ASUITS e rendicontato l'impegno sul tema delle diverse Strutture.

12. Dispositivi assistenza integrativa

<p>Le aziende potenziano il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa al fine di porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti. Dovranno, inoltre, essere avviate a livello aziendale o in collaborazione tra aziende iniziative che prevedano differenti modalità di erogazione/distribuzione dell'assistenza integrativa. In particolare, per quanto riguarda l'erogazione di ausili di assistenza protesica, gli enti del SSR dovranno favorire la distribuzione diretta come pure dovranno prevedere, relativamente agli ausili per diabetici modalità di erogazione vantaggiose per l'SSR (es. diretta, accordi con le farmacie). Le Aziende sanitarie assicurano il raccordo tra le varie strutture aziendali coinvolte per favorire politiche di acquisto basate sulle evidenze (es. innovazioni tecnologiche) anche per i dispositivi medici.</p>	<p>ASUITS assicurerà il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa al fine di porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti. Si consoliderà la distribuzione diretta degli ausili di assistenza protesica e verranno favorite modalità di distribuzione dei prodotti AFIR, anche ausili per i pazienti diabetici, economicamente vantaggiose per il SSR (es. accordi le farmacie, distribuzione diretta), in linea con la DGR 12/2018</p>
---	---

Attuazione al 31/12/2018:

ASUITS ha assicurato il monitoraggio e la verifica dell'appropriatezza d'uso dei dispositivi per l'assistenza integrativa al fine di porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti.

E' stata effettuata un'analisi delle strisce per la glicemia e si sta valutando la possibilità di implementare la distribuzione diretta tramite distretti di alcuni prodotti AFIR, economicamente vantaggiosa per il SSR non appena ASUITS sarà servita dalla logistica centralizzata. Sono stati forniti dal Servizio farmaceutico dati al fine di valutare un incremento della distribuzione diretta da parte dei distretti.

13. Cartella oncologica

<p>La cartella oncologia informatizzata dovrà essere implementata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti (due rilevazioni sulla completezza della compilazione: al 30.06.2017 e al 31.12.2017).</p>	<p>ASUITS: Completezza dei dati in cartella oncologica, pari ad almeno il 95% dei pazienti, per i campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione (due rilevazioni annue)</p>
--	---

Attuazione al 31/12/2018:

La percentuale del 95% è garantita

Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso:

14. Logistica centralizzata	
Logistica centralizzata	Per le Aziende servite dalla logistica centralizzata, la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per il 90% delle confezioni destinate alla distribuzione diretta nominale erogate mediante lo stesso applicativo, anche al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione dei medicinali acquisiti centralmente da EGAS.
Attuazione al 31/12/2018: ASUITS ha attivato i buffer della logistica centralizzata il 3.12.2018, pertanto tale obiettivo non risulta applicabile all'anno 2018.	
15. Prescrizione informatizzata piani terapeutici	
Tutte le Aziende dovranno garantire il ricorso (prima prescrizione e rinnovi) alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 50% di tutti i pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive, prevedendo azioni mirate di sensibilizzazione dei prescrittori all'utilizzo dello strumento nelle categorie di medicinali per i quali si osserva un ricorso prevalente al PT cartaceo (es antidiabetici). Le Aziende assicurano inoltre il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA, favorendo l'implementazione di tale sistema informatizzato.	Indicatore: ASUITs, che non si serve ancora della logistica centralizzata, persegue la prescrizione informatizzata dei piani terapeutici in almeno il 50% di tutti i pazienti che necessitano di tali medicinali Indicatore: Saranno assicurati il monitoraggio e informatizzazione dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA.
Attuazione al 31/12/2018: ASUITS, che ha attivato i buffer della logistica centralizzata per la dispensazione dei medicinali tramite PSM il 3.12.2018 per gli ospedali di Cattinara e Maggiore, ha perseguito comunque nel corso del 2018 la prescrizione informatizzata dei piani terapeutici in oltre il 50% dei nuovi pazienti che necessitano di tali medicinali (risultato ottenuto 63%, da comunicazione della DCS sul periodo gennaio-dicembre). Si è provveduto all'implementazione dell'informatizzazione delle strutture abilitate alla prescrizione di PT di ASUITS e tutti i centri diabetologici distrettuali sono stati informatizzati.	
16. Flussi informativi – LEA ministeriali	
Le Aziende sanitarie, ai fini degli adempimenti LEA ministeriali, assicurano, per il tramite dei responsabili individuati per la tematica, l'implementazione, le verifiche ed i controlli di	Rispetto della tempistica di invio entro il 10 di ogni mese alla Amministrazione centrale dei flussi della farmaceutica, previa verifica e controllo della loro congruenza.

<p>congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali <u>entro il 10 di ogni mese</u>, utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SISSR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da possibile mancato invio. Va in particolare garantita, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) per quanto riguarda la distribuzione diretta. In fase di erogazione diretta dei medicinali va inoltre inserito a sistema il codice targatura. Relativamente ai nuovi adempimenti LEA ministeriali saranno avviati specifici percorsi con le Aziende e con l'EGAS, al fine di provvedere alle verifiche sulla congruità dei dati trasmessi, ognuno per la parte di propria competenza.</p>	
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>In linea il controllo mensile.</p> <p>Il codice targatura è stato registrato per tutte le dispensazioni nominali effettuate tramite PSM dall'avvio del buffer (3.12.2018).</p>	
<p>17. Flussi informativi – eventuali approfondimenti</p>	
<p>Sempre con riferimento ai flussi informativi, le Aziende e l'EGAS danno riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni. Sui flussi potranno essere fornite ulteriori indicazioni anche in base ai cambiamenti derivanti dall'introduzione di nuovi adempimenti LEA.</p>	<p>ASUITS darà riscontro ad eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale entro la tempistica richiesta</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Non pervenute per ora richieste specifiche dalla DCS</p>	

3.5. ASSISTENZA SOCIOSANITARIA

3.5 L'integrazione sociosanitaria e la programmazione integrata	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
attuare la pianificazione locale congiunta tra l'AAS e le Unioni territoriali intercomunali nelle aree di integrazione socio sanitaria	<ul style="list-style-type: none">- Elaborazione congiunta di un documento che costituisce il livello di programmazione locale integrata nelle aree di integrazione sociosanitaria in ciascun ambito territoriale per l'anno 2018, in continuità con il percorso iniziato nel 2013.- Sottoscrizione tra il Direttore generale dell'AAS e il Presidente dell'UTI dell'Atto di intesa che impegna le parti alla realizzazione, per quanto di competenza, dei contenuti della suddetta programmazione- Monitoraggio periodico
Attuazione al 31/12/2018: Elaborato congiuntamente il Piano Attuativo Annuale 2019, documento di programmazione locale nelle aree di integrazione sociosanitaria. Sottoscritto l'Atto di Intesa sul Programma Attuativo Annuale da parte del Presidente dell'UTI e dell'allora Direttore Generale di ASUITs in data 5 novembre 2018 trasmesso al Comune di Trieste con PROTGEN 0060215 -P /DIRSS 2267 del 6/11/18. L'attività viene monitorata e i risultati presentati entro la fine del I° semestre dell'anno successivo.	

3.5.1. Anziani non autosufficienza	
Obiettivo aziendale	Risultato atteso
Processo di riclassificazione delle strutture residenziali per anziani già funzionanti	
ASUITs si impegna a: quanto previsto dalle modifiche apportate al titolo X del D.P.Reg. 144/2015, in particolare	<ul style="list-style-type: none">- supportare la Regione nella valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori delle strutture residenziali ai fini del rilascio del parere di ammissibilità della domanda;- rilasciare le nuove autorizzazioni all'esercizio entro 90 giorni dalla formulazione del parere di ammissibilità della domanda da parte della Regione;- avviare un percorso di accompagnamento alle Residenze per anziani ri-autorizzate all'esercizio, per il monitoraggio e la verifica degli adempimenti e adeguamenti previsti per il livello di nuova classificazione rilasciato. Inoltre ASUITs si impegna a costituire una commissione aziendale (Dipartimento di

	Prevenzione, Distretti) al fine di uniformare su tutto il territorio provinciale le verifiche previste delle residenze per anziani.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Per quanto riguarda i punti a) e b) l'attività è stata svolta dal Dipartimento di Prevenzione (DIP).</p> <p>Per quanto riguarda il punto d), il Direttore Generale di ASUITS con suo decreto del 28.02.2018 ha:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rinnovato la Commissione di vigilanza sulle istituzioni sanitarie di carattere privato (ai sensi dell'art. 4 L.R. 9.3.2001, n. 8, ed all. A – punto 6.2 della D.G.R. n. 3586 dd 30.12.2004 30.12.2004) individuando i componenti esperti in materia d'igiene degli alimenti e della nutrizione e sicurezza nutrizionale per le verifiche di competenza; - Integrato i componenti della Commissione di vigilanza con componenti dei Distretti per il controllo di appropriatezza sui servizi semiresidenziali e sulle residenze per anziani non autosufficienti; - Approvato la "Procedura per la verifica della sussistenza dei requisiti di conformità igienico-sanitaria e della persistenza dei requisiti autorizzativi, strutturali e organizzativi utili ai fini della concessione delle proroghe degli accordi contrattuali tra l'azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste (ASUITS) e le strutture residenziali per anziani non autosufficienti convenzionate". 	
<p>Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso:</p> <p>Per quanto riguarda il punto c), ASUITS ha preso atto della delibera n. 95 del 25.01.2019 della Giunta della Regione FVG in cui si recepisce quanto disposto dall'articolo 8, comma 10 della legge regionale 28 dicembre 2018 n. 28 e contestualmente si proroga al 31 maggio 2019 il termine fissato dall'articolo 57, comma 9, del DPR 144/2015 per il completamento dell'adeguamento dei requisiti organizzativi, gestionali, di dotazione strumentale e di personale posseduti dalle strutture residenziali per anziani autorizzate in base a quelli previsti per il livello di nuova classificazione rilasciato.</p>	
<p>Sistema di VMD Val.Graf. FVG</p>	
<p>Sistema di VMD Val.Graf. FVG</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ASUITS provvede a valutare, mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato. - La valutazione viene già effettuata da un'équipe multiprofessionale distrettuale. A conclusione del processo di riclassificazione e del rilascio dei nuovi atti autorizzativi, ASUITS provvederà a svolgere tale attività valutativa ai fini dell'ingresso degli utenti in tutte le residenze per anziani non autosufficienti, comprese quelle non convenzionate, in conformità a quanto previsto dall'art 23 del DPR 144/2015. - Una volta concluso il processo di riclassificazione sarà avviato un percorso di accompagnamento alle residenze per anziani ri-

	autorizzate all'esercizio, per la valutazione dei bisogni delle persone già accolte in struttura attraverso l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf.-FVG, in particolare nelle residenze per anziani non autosufficienti non convenzionate.
Attuazione al 31/12/2018:	
I Distretti sanitari nel 2018 hanno valutato mediante l'utilizzo del sistema di VMD Val.Graf. -FVG, tutte le persone per le quali era previsto un accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale per anziani convenzionato. Rari i casi di ingresso segnalati dalle strutture non convenzionate.	
Nuovi convenzionamenti	
Nuovi convenzionamenti	<ul style="list-style-type: none"> - ASUITS prevede di aumentare il numero di posti letto convenzionabili di 127 unità, in modo graduale verso con quanto previsto dalla DGR 672/2015. - ASUITS procederà alla stipula degli accordi contrattuali per l'assegnazione dei suddetti posti aggiuntivi secondo le indicazioni e i criteri di priorità che verranno definiti e comunicati dalla Regione.
Attuazione al 31/12/2018:	
Il commissario straordinario, con decreto del 20.02.2019, ha emanato il bando per l'attribuzione di 290 posti letto in Residenza per anziani non autosufficienti finalizzati alla stipula di accordi contrattuali (in attuazione della D.G.R. n. 1828 dd. 05.10.2018).	
Introduzione nuovo sistema di finanziamento	
Introduzione nuovo sistema di finanziamento	<p>a) Contributo abbattimento retta Si continua a riconoscere agli anziani non autosufficienti che occupano un posto letto convenzionato il contributo per l'abbattimento della retta nella misura prevista dalla normativa ad oggi vigente, sia per la quota fissa (€ 16,60 die/pl convenzionato in Residenze protette e ad utenza diversificata; € 13,28 die/pl convenzionato in Residenza polifunzionale di fascia A) che per la quota variabile legata all'ISEE (cfr. DGR 1282/2010).</p> <p>b) Riconoscimento oneri sanitari attraverso convenzionamento Si provvede a definire le condizioni amministrative e organizzative per adottare, entro il 30.06.2018, il modello tipo di convenzione che sarà indicato dalla Regione per regolare in modo uniforme su tutto il territorio</p>

	<p>regionale i rapporti tra Azienda e enti gestori.</p> <p>In particolare, i nuovi rapporti convenzionali dovranno prevedere che a tutte le residenze per anziani già convenzionate sia riconosciuto:</p> <p>1) un rimborso per gli oneri sanitari sostenuti per l'assistenza infermieristica e riabilitativa pari ad almeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - € 10 die/pl convenzionato in Residenza protetta o ad Utenza diversificata; - € 8 die/pl convenzionato in Residenza polifunzionale di Fascia A. <p>2) un rimborso forfettario per coordinamento infermieristico, gestione rifiuti speciali e trasporti sanitari pari ad almeno 120 euro annui per posto letto convenzionato.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>A partire dal 01.06.2018, in attuazione della DGR n. 429/2018, è stato uniformato (tra strutture protette e residenze polifunzionali di fascia A) il contributo regionale finalizzato all'abbattimento retta (18 E./die + quota legata all'ISEE) e sono stati riconosciuti oneri sanitari in misura di almeno 10 E./die per posto letto contrattualizzato unitamente a un rimborso forfettario per il coordinamento infermieristico, la gestione dei rifiuti speciali e i trasporti sanitari pari ad almeno 120 E./anno per posto letto contrattualizzato.</p>	
<p>Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani</p>	
<p>Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani</p>	<ul style="list-style-type: none"> - prosegue nelle attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni precedenti e realizzerà almeno due visite di audit approfondite per ciascun distretto. - provvederà a redigere e trasmettere alla Direzione Centrale Salute entro il primo semestre del 2018, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>I Distretti sanitari hanno provveduto a realizzare le visite di audit secondo indicazione del PAL ed è stata inviata alla DCS una relazione dell'attività svolta.</p>	
<p>Flussi e sistemi informativi</p>	
<p>Flussi e sistemi informativi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - monitora, verifica ed eventualmente sollecita l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf,-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG, anche alla luce di quanto previsto dal DPR n. 144/2015 per le strutture residenziali che verranno ri-autorizzate per non

	<p>autosufficienti a seguito del processo di riclassificazione.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'Azienda si doterà, inoltre, di una Lista Unica d'Attesa (LUA) nella quale inserire le persone anziane che richiedono un inserimento presso una Residenza per anziani non autosufficienti e per le quali il Distretto ha verificato l'appropriatezza della richiesta salvo il fatto che i criteri per la determinazione dei punteggi per l'inserimento in graduatoria vengono definiti dalla Regione. - ASUITS provvede ad assolvere i debiti informativi verso la Regione sulla base delle richieste e indicazioni fornite dalla Regione stessa.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>I Distretti sanitari, nel 2018, hanno monitorato, verificato ed eventualmente sollecitato l'utilizzo dello strumento VMD Val.Graf,-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG da parte delle strutture residenziali per non autosufficienti convenzionate ri-autorizzate a seguito del processo di riclassificazione.</p>	
<p>Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso:</p> <p>Per quanto riguarda la Lista Unica d'Attesa (LUA), si rimane in attesa di sua implementazione informatica tramite apposito software regionale.</p>	
<p>Sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa"</p>	
<p>Sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa"</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ASUITS sostiene e incentiva lo sviluppo delle sperimentazioni "Abitare possibile" e "Domiciliarità innovativa" di cui alla DGR 671/2015 e DGR 2089/2017 attivate nel proprio territorio aziendale. - in conclusione di esercizio 2017 ASUITS ha siglato due accordi di partenariato con l'UTI Giuliana al fine di sperimentare l'"Abitare possibile" e la "Domiciliarità innovativa". Nel 2018 tale attività verrà consolidata.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Nel corso del 2018 ASUITS ha sostenuto lo sviluppo delle sperimentazioni abitare possibile e domiciliarità innovativa.</p> <p>Con il Comune di TS-UTI giuliana è stato effettuato il monitoraggio di 4 progetti di domiciliarità attuati con il partner Cooperativa "amico". E' stato avviato un accordo di partenariato con Prosenectute sul tema dell'abitare possibile.</p>	
<p>Sperimentazione screening popolazione anziana fragile e servizio telesoccorso</p>	
<p>Sperimentazione screening popolazione anziana fragile e servizio telesoccorso</p>	<ul style="list-style-type: none"> - garantisce la revisione delle modalità di presa in carico delle persone per le quali attivare il

	<p>servizio di telesoccorso, partecipa alla definizione di un protocollo di intervento per lo screening della popolazione anziana in condizione di fragilità da realizzarsi in via sperimentale, individua e comunica alla Direzione Centrale (Servizio Integrazione Sociosanitaria) entro il 31 marzo 2018 il nominativo e recapito del referente per la sperimentazione</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Nel corso del 2018 ASUITS ha partecipato a diversi incontri regionali con la DCS ed è stato approvato un regolamento di attivazione e gestione del Servizio di presa in carico di teleassistenza domiciliare "sicuri in casa".</p>	
<p>Pronto intervento residenziale</p>	
<p>Pronto intervento residenziale</p>	<p>- avvisa con i Comuni/Servizi Sociali Comunali un confronto sulla problematica delle persone in fase di riabilitazione che presentano oggettive difficoltà ad un rientro immediato nel proprio domicilio.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Nel corso del 2018 si sono svolti diversi incontri con il Comune di TS sul tema delle persone in fase di riabilitazione con difficoltà al rientro a domicilio ed è stata ipotizzata una attivazione futura di posti letto dedicati a tali pazienti (pronto intervento residenziale).</p>	
<p>Piano demenze</p>	
<p>Piano demenze</p>	<p>- partecipa all'attuazione del "Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze" (accordo n. 135 del 30 ottobre 2014) secondo le indicazioni e programmi che verranno definiti dalla Regione</p> <p>individua e comunica alla Direzione Centrale entro il 31 marzo 2018 il nominativo e recapito del referente sulla tematica.</p> <p>- Nell'ambito delle attività congiunte con il Comune di Trieste, l'Università degli Studi di Trieste e la SISSA, ASUITS, per quanto normato e di competenza, partecipa attivamente all'avvio di un Centro Diurno sperimentale presso il padiglione Ralli, per la gestione delle patologie dementi degenerative e alle attività connesse di supporto ai caregiver.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Nel corso del 2018 ASUITS ha partecipato a diversi incontri con il Comune di Trieste finalizzati a</p>	

definire un protocollo di accesso al Centro diurno "Ralli" per pazienti con demenza (e attività di supporto per i caregiver).

3.5.2. Disabilità	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Al fine di avviare un percorso di maggior responsabilizzazione dei servizi sanitari nella presa in carico delle persone accolte nei servizi residenziali e semiresidenziali con particolare attenzione al problema delle comorbidità psichiatriche per quanto riguarda la disabilità intellettiva, in linea con i più recenti orientamenti scientifici e culturali e con gli indirizzi normativi nazionali (LEA) e internazionali (Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità), ASUITS nel 2018 provvederà:	<ul style="list-style-type: none"> - alla valutazione per gli aspetti sanitari di almeno l'60% degli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità, secondo le modalità approvate dalla Regione; - alla sperimentazione tariffaria in applicazione del DPCM 12 gennaio 2017 nelle strutture operanti in convenzione ex art. 26 L. 833/78 della Comunità Piergiorgio – ONLUS e per la gestione dei servizi socioassistenziali residenziali e semiresidenziali per disabili gravi e gravissimi di cui all'articolo 9 comma 18 della legge regionale 4 agosto 2017, n. 31; - alla formalizzazione di un accordo con gli Enti gestori dei servizi di cui all'articolo 6, comma 1, lettere e), f), g) e h), della legge regionale 41/96, che espliciti le modalità di coinvolgimento dei DSM nella valutazione e presa in carico delle persone adulte con disabilità intellettiva o disturbi dello spettro dell'autismo. - per quanto di competenza, alla definizione delle quote di compartecipazione attraverso quanto indicato nel DPCM 12 gennaio 2017.
Attuazione al 31/12/2018:	
-L'Area Welfare ha inviato la scheda di valutazione degli aspetti sanitari delle persone con disabilità inseriti nelle strutture residenziali e semiresidenziali il 6 agosto 2018. Visto il ritardo nell'inizio delle valutazioni con nota mail del 23 agosto 2018 è stato comunicato la modifica della percentuale e per il 2018 era necessario valutare il 30% delle persone. ASUITS ha valutato il 38,24% delle persone con la parte sanitaria della scheda Q-VAD.	
Fondo gravissimi	
In base al regolamento emanato con DPREg 247/2009ASUITS, in collaborazione con i Comuni	- ASUITS garantisce le attività di accertamento e segnalazione dei casi di gravissima disabilità fornendo alla Direzione Centrale tutta la documentazione necessaria alla valutazione selettiva.
Attuazione al 31/12/2018:	
Nel 2018 come negli anni precedenti entro il 31/03 vengono segnalati i nuovi casi come da regolamento e entro il 31/01 dell'anno successivo vengono segnalate le persone che in continuità mantengono il contributo del Fondo Gravissimi. Tutte le valutazioni vengono inserite nel programma informatizzato regionale.	

Fondo SLA	
Fondo SLA	<ul style="list-style-type: none"> - secondo quanto previsto dal regolamento emanato con DGR 1692/2002, per l'anno 2018 ASUITS continua l'attività di valutazione, raccolta di documentazione e segnalazione dei nuovi casi di SLA e dei casi per i quali si è riscontrato un aggravamento, fornendo all'Area Welfare tutta la documentazione necessaria alla valutazione selettiva, coordinando tali attività con quelle previste dalla DGR 817/2017 - in raccordo con i Comuni/Servizi Sociali Comunali, si impegna, per quanto di competenza, di definire un'adeguata risposta sul territorio ai bisogni residenziali di questo target di utenza e nel contempo definire le quote di compartecipazione attraverso quanto indicato nel DPCM 12 gennaio 2017.
Attuazione al 31/12/2018:	
<ul style="list-style-type: none"> - Nell'anno 2018, come negli anni precedenti, ASUITS continua l'attività di valutazione, raccolta di documentazione e segnalazione dei nuovi casi di SLA e dei casi per i quali si è riscontrato un aggravamento, come da regolamento ogni quadrimestre fornisce all'Area Welfare tutta la documentazione necessaria alla valutazione per la predisposizione della documentazione atta a fornire il contributo. In ASUITS è stato nominato un referente per la raccolta delle valutazioni, l'inserimento delle domande nel sistema informatizzato, predisposto dalla regione, e a mantenere i contatti con Area Welfare ed i distretti per rispondere ai bisogni delle persone con SLA e i famigliari. - Non abbiamo bisogni residenziali per questo target di popolazione tali da definire una risposta territoriale, ma troviamo risposta personalizzata per le pochissime situazioni singole in accordo con la persona, la famiglia e con i Servizi Sociali attraverso l'EMH. 	
Vigilanza servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone con disabilità	
Nelle more della revisione del sistema di regolamentazione dei servizi residenziali e semiresidenziali destinati all'accoglimento delle persone con disabilità, ASUITS prosegue le attività di vigilanza e controllo dei servizi succitati. Tale funzione è esercitata periodicamente o su iniziativa in caso di specifiche segnalazioni o ogni qualvolta ne venga ravvisata la necessità.	- si impegna a garantire l'attività di vigilanza e controllo su almeno il 30% dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza.
Attuazione al 31/12/2018:	
ASUITS prosegue le attività di vigilanza e controllo dei servizi succitati	
Dopo di noi	
Al fine di garantire gli interventi previsti dal DM	- ASUITS partecipa attivamente alla definizione

23 novembre 2016 “Requisiti per l’accesso alle misure di assistenza, cura e protezione a carico del Fondo per l’assistenza alle persone con disabilità grave, prive del sostegno familiare, nonché ripartizione alle Regioni delle risorse per l’anno 2016”	dei percorsi relativi all’abitare inclusivo 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” e dalla DGR n. 1331 del 17 giugno 2017 che la recepisce.
---	---

Attuazione al 31/12/2018:

ASUITs ha partecipato ai tavoli interistituzionali per la predisposizione della Fondazione “ Dopo di noi”. Rappresentanti ASUITs partecipano al Comitato Tecnico della Disabilità (Comuni ed Ambiti ed ASUITs) argomenti di alcuni incontri sono stati l’abitare inclusivo e modifiche in merito alle situazioni di residenzialità presenti.

Autismo

Partecipazione dei referenti aziendali al Tavolo tecnico sull’autismo	<ul style="list-style-type: none"> - Evidenza partecipazione - Non appena emanate le Linee di indirizzo, ASUITs avvia specifici percorsi rivolti alla presa in carico di questo target di utenza, con particolare riferimento alla fase preadolescenziale, adolescenziale ed adulta.
---	--

Attuazione al 31/12/2018:

E' stato fatto incontro nel 2018 al quale erano presenti tutti e due i referenti aziendali.

In attesa delle Linee Guida regionali

3.5.3. Minori

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<p>Proseguimento delle attività socio sanitarie integrate in tema di minori e di contrasto alla istituzionalizzazione all'interno dei tavoli 5.1, 5.2 e 4 al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ridurre del 50% della media degli ultimi tre anni il numero di minori inseriti in strutture residenziali di accoglienza con sede fuori regione; - riportare il 10% dei minori inseriti in comunità fuori regione nelle comunità regionali; <p>introdurre il budget personalizzato, quale strumento funzionale alla realizzazione di percorsi di presa in carico dei minori che favoriscano il loro accoglimento in strutture di accoglienza della regione.</p>	<p>Entro il 31/12/2018:</p> <ul style="list-style-type: none"> - formazione congiunta sui percorsi di presa in carico integrata dei minori con presentazione della Scheda di Progetto Condivisa - messa a punto e sperimentazione della Scheda di Progetto Condivisa per la presa in carico dei minori (Procedure Comuni) <p>monitoraggio del carico di lavoro integrato (minori in carico domiciliare semiresidenziale residenziale, anche fuori regione).</p>

Attuazione al 31/12/2018:

- Il corso formazione integrato ASUITs, UTI Giuliana, è stato effettuato il 5- 6/3/2018.

<http://ecm.sanita.fvg.it/it/web/ecm/ecm/dettaglioevento?idEvento=18879&idEdizione=42229> con la partecipazione degli operatori delle SCBADOOF distrettuali, degli Assistenti Sociali degli Ambiti dell'UTI Giuliana e dell'Ufficio Continuità di IRCCS Burlo Garofolo. Durante la formazione sono stati presentati gli strumenti di costruzione del progetto personalizzato (Scheda di Progetto Condivisa per la presa in carico dei minori) opera del Gruppo di lavoro integrato ASUITS UTI.

- La Scheda di Progetto Condivisa per la presa in carico dei minori (Procedure Comuni) è entrata in sperimentazione dal 1/4/2018 per tutti i nuovi casi segnalati reciprocamente
- Ogni SCBADOOF distrettuale ha mantenuto il monitoraggio del carico di lavoro integrato 2018 (minori in carico domiciliare semiresidenziale residenziale, anche fuori regione) inviando i dati alla Direzione Socio sanitaria nell'ambito del monitoraggio del tavolo 4 del PDZ

3.5.4 Salute mentale

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
----------------------	-------------------

Età adulta

1. Miglioramento dell'integrazione tra cure primarie e specialistiche con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali comuni.	1. Evidenza di percorsi integrati tra cure primarie e DSM e di interventi formativi.
---	--

Attuazione al 31/12/2018:

L'8 maggio 2018 a Grado si è tenuto l'evento formativo promosso dal CeForMed rivolto ai MMG del FVG in cui il DSM dell'ASUI di Trieste ha presentato il programma mhGAP-IG con particolare attenzione all'utilizzo dei farmaci antidepressivi (AD).

Nel 2018 i servizi di salute mentale territoriali hanno preso in carico 372 persone gestite in collaborazione con i MMG e PLS con un aumento del 8% delle prese in carico integrate con i MMG e PLS rispetto al 2017.

2. Definizione di un percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta	2. Evidenza di percorso aziendale congiunto NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure.
--	--

Attuazione al 31/12/2018:

E' stato aggiornato il protocollo congiunto DSM - DDD - Distretti - MMG e PLS sull'esordio psicotico ed ampliato alle condizioni che richiedono continuità di presa in carico ed alla fase di transizione dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta.

Età evolutiva

1. Attivazione delle NPIA aziendali in coerenza con i provvedimenti aziendali.	1. NPIA attivate nelle Aziende.
--	---------------------------------

Attuazione al 31/12/2018:

A Trieste le funzioni di NPI sono svolte dai distretti nelle S.C. BADOOF. L'attività viene garantita in sinergia con il BURLO.

2. Avvio delle attività dei Centri diurni NPIA	2. Evidenza avvio attività.
--	-----------------------------

Attuazione al 31/12/2018: Il Centro Diurno è stato avviato nel 2018	
3. Predisposizione di percorsi codificati e concordati tra le varie strutture coinvolte (Servizi NPIA, PS/Medicina d'Urgenza, reparti di Pediatria, DSM, servizi per le dipendenze, servizi di Emergenza Urgenza con indicazione di: reparto di accoglienza, percorso diagnostico terapeutico e di continuità assistenziale con le NPIA territoriali, responsabilità di presa in carico, modalità di interazione tra DSM e NPIA nel caso di minori in età adolescenziale.	3. Evidenza dei percorsi formalizzati.
Attuazione al 31/12/2018: I percorsi sono stati predisposti	

3.5.5 Disturbi del comportamento alimentare	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Messa a regime degli ambulatori DCA con la disponibilità di equipe funzionale (DGR 668/2017)	Operatività degli ambulatori DCA con disponibilità di equipe funzionale
Attuazione al 31/12/2018: Il Servizio DCA, per poter mettere a regime l'attività ambulatoriale, nei primi mesi dell'anno si è trasferito nella nuova sede sita nell'ex-Padiglione G del Comprensorio di San Giovanni in via de Pastrovich 3. L'equipe funzionale attualmente è composta da: 1 psicologa referente del DCA, 1 educatrice professionale assunta a tempo determinato il 10.12.2018, 1 infermiera dal 10 dicembre 2018 trasferita in seguito a riorganizzazione interna del DSM, 1 dietista ASUIts (6 ore settimanali), 1 medico psichiatra del DSM (su consulenza) e 1 medico nutrizionista ASUIts (su consulenza). Rimane ancora da definire il secondo psicologo previsto.	
Operatività dei Centri Diurni presso ASUIITS/Burlo/AAS2 (previo Accordo)	Evidenza dell'operatività dei Centri diurni attraverso invio di report di attività
Attuazione al 31/12/2018: Per una situazione specifica ci si è avvalsi dell'utilizzo degli spazi del Centro Diurno di Monfalcone per lo svolgimento di un programma più intensivo, che prevedeva la somministrazione di pasti assistiti.	

3.5.6. Cure palliative e terapia del dolore	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:

<p>1. Implementazione del personale al fine di garantire l'assistenza H24 7 su 7: sono garantite cure palliative domiciliari 7 giorni su 7, dalle 8 alle 20, attraverso l'erogazione diretta degli operatori dell'équipe e per le restanti fasce orarie attraverso una delle seguenti modalità: Pronta disponibilità dedicata (servizio h24 garantito dall'UCP), Consulenza telefonica (agli assistiti e/o ai Medici dei servizi di Continuità assistenziale e al 118)</p>	<p>1.a. Entro giugno 2018: implementazione degli operatori delle equipe cure palliative</p> <p>1.b. Dicembre 2018: Assistenza garantita h 24 7 giorni su 7</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Attivata con decreto di dicembre 2018 la SSD gestione rete cure palliative</p> <p>1.a. Il personale della Equipe specialistica a fine 2018 è composto da: due medici palliativisti (il secondo arrivato nell'ottobre 2018), una infermiera, una OSS e una coordinatrice (arrivata a giugno 2018)</p> <p>2.b: attualmente viene garantita attività diurna dal lunedì al venerdì da parte della UCP (personale ancora insufficiente per garantire sia attività continuativa che copertura bisogni di riferimento). Viene garantita presenza continuativa ed in reperibilità da parte del servizio infermieristico domiciliare.</p>	
<p>Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso:</p> <p>Potenziamento delle UCP programmato nel tempo.</p>	
<p>2. L'accesso alla rete delle cure palliative è effettuato con i criteri approvati dal coordinamento regionale .</p>	<p>2. Secondo semestre 2018 verranno adottati i criteri di accesso alla rete delle cure palliative.</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>In attesa criteri, nel 2019 è stato formalizzato tavolo regionale anche per definire i criteri di accesso alla rete delle cure palliative</p>	
<p>Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso:</p> <p>In attesa di definizione da parte del tavolo regionale</p>	
<p>3. Gli accessi di assistenza domiciliare per cure palliative sono registrati nel sistema informativo con codifica ICD9.</p>	<p>3.a primo semestre 2018: adozione di applicativo informatico idoneo alla registrazione ed elaborazione dei dati</p> <p>3.b Secondo semestre 2018: Gli accessi domiciliari per cure palliative riportano sempre, oltre la codifica della malattia principale, la codifica V 66.7 (cure palliative)</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Con l'ufficio di riferimento aziendale abbiamo preso accordi per rendere accessibile all'applicativo in uso aziendale le consulenze cure palliative con codifica ICD9</p>	
<p>Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso:</p> <p>E' stato possibile utilizzare l'applicativo a partire da marzo 2019</p>	

<p>4. Tempistica di presa in carico dalla rete di cure palliative: Suddividere il numero di pazienti presi in carico in base al tempo intercorso tra il momento della segnalazione e la presa in carico. Entro 1 giorno dalla segnalazione/Tra 1 e 2 giorni dalla segnalazione/Tra 2 e 3 giorni dalla segnalazione/Oltre 3 giorni dalla segnalazione.</p>	<p>4. Secondo semestre 2018: la sommatoria dei malati presi in carico entro 1 giorno, entro 2 giorni ed entro 3 giorni deve essere superiore o uguale all'80%</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>In linea con l'indicatore su assistiti presi in carico. A 3 giorni visitati l'82 % dei segnalati (200 su 249)</p>	
<p>5. CIA (coefficiente di intensità assistenziale) dell'assistenza domiciliare a favore dei pazienti terminali presi in carico dalla rete delle cure palliative</p>	<p>5. Secondo semestre 2018 : CIA Superiore o uguale a 0,3</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Segnalato problemi su inserimento dato SIASI con impossibilità attuale di calcolare il coefficiente</p> <p>Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso:</p> <p>Problemi su inserimento dato SIASI con impossibilità attuale di calcolare il coefficiente</p>	
<p>6. Percentuale di malati oncologici, presi in carico dalle equipe delle cure palliative, deceduti fuori da ospedale</p>	<p>6. Secondo semestre 2018: uguale o superiore al 75%</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Dato non disponibile nel registro di mortalità.</p> <p>Dai registri dei servizi di ASUIS risulta che la percentuale di malati oncologici, presi in carico dalle equipe delle cure palliative, deceduti fuori da ospedale è del 77%</p>	
<p>7. Criteri di priorità della visita algologica 9. Monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali</p>	<p>7. Entro il I semestre 2018 sono adottati i criteri di priorità della visita algologica 9. Trasmissione report alla Direzione centrale salute</p>
<p>Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso:</p> <p>I punti precedenti saranno oggetto di attenzione specifica da parte delle Strutture Ospedaliere e Territoriali in funzione di una organizzazione aziendale articolata. Per il momento le priorità sono dettate dalla situazione clinico assistenziale valutata volta per volta</p>	
<p>10. Attivazione della reperibilità algologica nelle ASUI e AAS sedi di centro Hub</p>	<p>10. Entro il 2018 i centri hub assicurano reperibilità algologica h 24 7 giorni su 7</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>La risposta algologica è garantita da ARTA nei propri turni di guardia nosocomiale</p>	

3.5.7. Consulteri familiari

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica	Evidenza dell'attivazione del percorso
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Nelle more dell'applicazione della delibera regionale n. 723 del 21/3/2018 "Percorso nascita in Friuli Venezia Giulia. Progetto gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica" gli operatori dei Consultori Familiari (in particolare ostetriche e coordinatori infermieristici delle SSCF) hanno proseguito nell'attività integrata del tavolo interistituzionale (ASUITS IRCCS) definendo i percorsi di continuità assistenziale (dimissione delle coppie mamma bambino dalla maternità e presa in carico delle situazioni di Gravidanza a basso rischio e Gravidanza a rischio psicosociale e sanitario).</p> <p>Le tematiche affrontate nel tavolo interistituzionale sono state:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sperimentazione, monitoraggio e formalizzazione dell' "Accordo di continuità interaziendale tra ASUITS e IRCCS Burlo Garofolo per le donne in situazione di rischio psicosociale e sanitario durante la gravidanza, il parto ed il puerperio e per i bambini dopo la nascita", in particolare riguardo alle modalità di reciproca attivazione e coinvolgimento nel gruppo di lavoro multidisciplinare. - Miglioramento degli strumenti per la continuità HT alla dimissione dal punto nascita (lettera di continuità di cure per mamma e bambino). - Continuità nel percorso nascita, in particolare rispetto al tema della gestione dolore, della donazione del sangue placentare, della visita in sala parto e della permanenza del caregiver nei reparti di degenza - Protezione dell'allattamento 	
Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio	Evidenza del servizio attraverso report con dati relativi al 2018
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Nel corso del 2018 l'offerta attiva della visita domiciliare ostetrica in puerperio ha riguardato mamme e bambini in dimissione protetta dal Punto Nascita, in situazione di rischio psicosociale, con problematiche legate all'allattamento e/o con altre problematiche di salute. Sono state individuate n. 295 situazioni a cui è stata offerta attivamente la visita domiciliare ostetrica; di queste 224 hanno accettato la proposta e per tutte è stata effettuata la visita. Complessivamente nell'area del puerperio (dato sistema informativo regionale Consultori) sono stati effettuati 417 accessi domiciliari e 68 accessi al presidio ospedaliero.</p>	
Implementazione di percorsi aziendali per la donna in età post fertile	Evidenza dei percorsi attraverso report di attività
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Dal sistema informativo regionale dei Consultori, risulta che nel corso del 2018 nei CCFF di ASUITS sono stati aperti 402 episodi di cura nell'area delle "problematiche menopausa/climaterio" Questo dato si riferisce a situazioni in cui la richiesta di intervento da parte dell'utente è stata esplicitata in questo senso e ha avuto carattere prevalente. In dettaglio in quest'area sono state fatte 502 visite, analisi, procedure cliniche o controlli; 266 relazioni, prescrizioni, certificazioni; 98 colloqui, consulenze, valutazioni; 93 attività di informazione/prevenzione. Inoltre i CCFF di ASUITS, a scopo preventivo, offrono a tutte le donne fino ai 65 anni la possibilità di sottoporsi a vista ginecologica e senologica gratuita una volta all'anno e nel corso di questa attività, registrata nell'area prevenzione, possono essere affrontate anche problematiche relative menopausa, nonché</p>	

promuovere l'adesione agli screening oncologici organizzati a livello regionale (cervice uterina, mammella, colon). Su richiesta della persona o su invio della ginecologa che ne rilevi l'opportunità, vengono offerti percorsi di sostegno o consulenze sia psicologiche che sociali. Le donne nella fascia d'età tra i 52 e i 65 anni che hanno avuto almeno un intervento nel 2018 sono state 628.

3.5.9. Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari	<p>L'ASUITS promuove un evento formativo, in partnership con il Coordinamento nazionale REMS, in cui si presenta la situazione attuale delle REMS affrontando gli aspetti relativi ai percorsi clinico –assistenziali ed ai profili di cura che i DSM sono capaci di esprimere per le persone accolte nelle REMS.</p> <p>Il personale del gruppo REMS è impiegato nei servizi di salute mentale territoriali dell'ASUI di Trieste, in maniera flessibile, qualora la funzione REMS non sia attiva, nella presa in carico di persone a rischio di esclusione, deriva sociale o con percorsi giudiziari già attivi.</p>

Attuazione al 31/12/2018:

Nell'ambito del convegno "Democrazia e salute mentale di comunità" tenutosi a Trieste il 21 – 23 giugno 2018 si è tenuto un workshop dedicato alla questione REMS/carcere in collaborazione con il Coordinamento nazionale REMS.

Il personale incardinato nella REMS di Aurisina ha operato, fino al 20 marzo 2018, nei servizi di salute mentale territoriali per la presa in carico di persone a rischio di esclusione, deriva sociale o con percorsi giudiziari già attivi. La funzione REMS è stata attivata dal 21 marzo 2018 per l'esecuzione delle misure di sicurezza relative a 3 pazienti in trattamento presso i DSM del FVG per complessive 502 giornate di presenza.

3.5.10. Dipendenze

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
1. Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.	<p>1.1 Partecipazione dei referenti del gruppo tecnico operativo ad almeno il 70% delle riunioni indette dall'Osservatorio sulle Dipendenze.</p> <p>1.2 Invio e validazione dei dati per i flussi informativi regionali raccolti dell'osservatorio.</p> <p>1.3 Rendicontazione delle azioni previste dal Piano operativo GAP 2017.</p>

Attuazione al 31/12/2018:

<p>Gli incontri del gruppo tecnico si sono tenuti a Palmanova nelle seguenti giornate</p> <ul style="list-style-type: none"> • 23 gennaio, 20/2, 20/3, 17/4, 2 e 22/5, 1/6, 21/9, 22/10, 23/11 e il direttore del DDD ha partecipato al 100% di essi. <p>Il DDD ha inviato i report periodici relativi ai flussi informativi obbligatori SIND previsti ex lege, sia sui dati di utenza che sui dati di attività secondo le tempistiche regionali. Assicurata la rendicontazione delle azioni previste dal Piano Operativo GAP.</p>	
2. Partecipazione al tavolo tecnico di confronto regionale con il terzo settore sui trattamenti alcolici.	2. Partecipazione dei referenti Aziendali dei trattamenti alcolici ad almeno il 70% delle riunioni indette.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Gli incontri del tavolo tecnico sulla rete alcolica con il terzo settore si sono tenuti nelle seguenti giornate:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30/1, 27/2, 27/3, 29/5, 9/10, 20/11 e la presenza del DDD è stata garantita per il 100% 	
3. Promuovere e aumentare il numero di programmi terapeutico riabilitativi in misura alternativa alla detenzione per detenuti con dipendenza patologica e di messe alla prova.	<p>3.1 Partecipazione alla realizzazione di una formazione a valenza regionale sulle misure alternative e messe alla prova.</p> <p>3.2. Aumento delle misure alternative e messe alla prova</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>E' stato realizzato il seguente evento formativo:</p> <p>“Workshop Misure alternative alla detenzione”, organizzato dalla Regione FVG (Udine, 11 dicembre 2018), a cui hanno partecipato operatori dei diversi profili professionali del DDD, coinvolti nei percorsi specifici.</p> <p>Nel 2018 sono state 109 le persone che hanno usufruito di programmi di cura in misura alternativa alla detenzione, mentre nel 2017 sono state 75.</p>	
4. Partecipazione ai tavoli di monitoraggio sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.	4. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Il report è stato redatto a partire dal monitoraggio di 3 indicatori tra quelli previsti dal tavolo tecnico regionale, e precisamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • numero di Borse di Formazione Lavoro che sono state rinnovate, con specificazione del razionale; • numero di Borse di Formazione Lavoro che sono state interrotte per “abbandono” - drop out; • numero di Borse di Formazione Lavoro concluse in seguito al raggiungimento degli obiettivi previsti. <p>Il report è stato inviato alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.</p>	
5. Monitoraggio degli esiti dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative alla dipendenza.	5. Report con l'esito di almeno 3 indicatori di outcome relativi all'esito dei trattamenti in capo al SSR per rispondere alle problematiche relative

alla dipendenza.

Attuazione al 31/12/2018:

Il report è stato inviato al referente della Direzione centrale salute della Regione con gli indicatori di outcome concordati:

1. follow-up dei soggetti tabagisti a 6 mesi dal trattamento: su un totale di 63 soggetti, si sono presentati 59 soggetti alla visita di follow up, di cui 47 sono risultati astinenti;
2. monitoraggio dei drop out: sostanze illegali 70 soggetti, alcol 73 soggetti, tabacco 62 soggetti, GAP 17 soggetti;
3. monitoraggio decessi per suicidio o overdose: 2 decessi per overdose e 1 suicidio.

3.6. PROGETTI CLINICO ASSISTENZIALI

3.6.1. Insufficienze d'organo e trapianti																							
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:																						
Cuore																							
Cuore	<p>1. Avvio dei lavori della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito.</p> <p>2. Utilizzo presso il Centro trapianti di almeno l'85% degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni).</p> <p>3. ASUITS si impegnerà per la riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni, portandolo sotto il valore di 200 (valore medio regionale 2016 di 208,20 – fonte Bersaglio), tenendo conto che il dato attuale è di 226,14 (dato regionale ottobre 2017). Va però detto che, da una recente analisi specifica condotta emerge che gli under 75enni con diagnosi di scompenso risultano per lo più essere ricoverati in Cardiologia e oggetto di pratiche interventistiche, quindi il dato sembra difficilmente comprimibile. Più realistico sembra invece l'intervento sugli ultra 75enni che vengono ospedalizzati nei reparti di medicina per lo più per procedure assistenziali diagnostiche.</p>																						
Attuazione al 31/12/2018:																							
1.																							
Tutti i tavoli tecnici relativi alla formalizzazione dei percorsi sullo Scompenso Cardiaco Acuto, ECLS-ECMO, VAD e trapianto di cuore sono stati attivati e stanno elaborando i relativi documenti ed indicatori.																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>C11A.1.1 ("scompenso")</th> <th>2016</th> <th>2017</th> <th>2018</th> </tr> <tr> <th>Target 200 x 100mila ab.</th> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NUMERATORE</td> <td>190</td> <td>201</td> <td>171</td> </tr> <tr> <td>DENOMINATORE</td> <td>81.674</td> <td>82.005</td> <td>82.447</td> </tr> <tr> <td>TASSO</td> <td>232,63</td> <td>245,11</td> <td>207,41</td> </tr> </tbody> </table>				C11A.1.1 ("scompenso")	2016	2017	2018	Target 200 x 100mila ab.				NUMERATORE	190	201	171	DENOMINATORE	81.674	82.005	82.447	TASSO	232,63	245,11	207,41
C11A.1.1 ("scompenso")	2016	2017	2018																				
Target 200 x 100mila ab.																							
NUMERATORE	190	201	171																				
DENOMINATORE	81.674	82.005	82.447																				
TASSO	232,63	245,11	207,41																				

Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso:

Dal PAL 2019 di ASUITS: *“Considerando che la codifica SDO può essere considerata sommariamente attendibile, il percorso del pz a rischio di ospedalizzazione per scompenso è maggiormente influenzabile dalle strutture distrettuali e specialistiche cardiologiche (per quanto riguarda ASUITS è stato influenzato favorevolmente anche dalla struttura territoriale medico-infermieristica del Centro Cardiovascolare). ASUITS si impegna quindi a proseguire in questa attività mantenendo sotto controllo il dato, anche considerando i ricoveri ripetuti e l'appartenenza distrettuale nonché la fascia d'età. Si sa infatti che i pazienti più anziani afferiscono di solito alle Strutture Ospedaliere di Medicina per attività diagnostiche e di inquadramento terapeutico e su questa tipologia di ricoveri si possono costruire percorsi alternativi (mentre i più giovani sono ricoverati in Cardiologia per procedure, dato verosimilmente non comprimibile)”*

Fegato

Fegato

1. Formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale a valenza regionale.
2. Potenziamento del programma Trapianti di Fegato con:
3. Iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUD, di almeno 40 pazienti nell'anno 2018 equamente distribuiti fra le AAS/ASUI in base alla popolazione residente (ASUITS 8, AAS2 8, AAS3 6, ASUIUD 8, AAS5 10).
4. Mantenimento e possibilmente ampliamento dei volumi di presentazione per potenziale inserimento in lista trapianto da parte del Centro Patologie del Fegato di ASUITS

Attuazione al 31/12/2018:

Tutti i pazienti con potenziale inserimento sono nella lista trapianti (10 nel 2018)

Pancreas

Pancreas

Riduzione del tasso di amputazioni maggiori per diabete portandolo per tutte le AAS/ASUI al di sotto di 28 casi per milione di residenti (valore medio regionale 2016 di 30,19 x milione – fonte Bersaglio)

Attuazione al 31/12/2018:

Anno intero ricoveri Amputazioni Maggiori per diabete	2015	2016	2017	2018
Distretto 1	2	2	2	2
Distretto 2	2	0	1	1
Distretto 3	2	3	3	2

Distretto 4	0	3	6	0
ASUITS	6	6	12	5
DENOMINATORE	236.186	234.955	234.746	234.691
TASSO			34,00	32,65

Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso:

Il risultato atteso è di difficile realizzazione ed era prevedibile e dichiarato il suo non raggiungimento nei tempi previsti.

Come segnalato più volte la tipologia dell'indicatore calcolato su tre annualità rende di fatto impossibile l'inversione di tendenza con un buon dato solo nel 2018, visto il risultato 2017. E' stato avviato un percorso di analisi delle situazioni cliniche note a partire dai dati amministrativi con i diabetologi.

Polmone

Polmone

1. Per quanto attiene alla riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo per tutte le AAS/ASUI al di sotto del 52 per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2016 del 54,25 per 100.000 residenti – fonte Bersaglio)
2. Formazione di 3 infermieri per ogni distretto sanitario per la gestione integrata con le Pneumologie di riferimento dell'ossigenoterapia domiciliare;
3. Formazione di 2 fisioterapisti per distretto, da parte delle Pneumologie di riferimento, finalizzata alla riabilitazione respiratoria ambulatoriale e domiciliare;
4. Definizione, in collaborazione tra Distretti, MMG e Medicina e Pneumologia Ospedaliera di un percorso specifico per i pazienti con BPCO a rischio riacutizzazione e per le problematiche respiratorie da seguire a livello territoriale.

Attuazione al 31/12/2018:

C11A.3.1 ("BPCO")	2016	2017	2018
NUMERATORE	42	87	77
DENOMINATORE	81.674	82.005	82.447
TASSO	51,42	106,09	93,39

Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso:

Dal PAL 2019 di ASUITS: *“Questa rilevazione risente in maniera pesante della codifica delle SDO da parte dei reparti di Medicina Ospedaliera e ciò spiega le fluttuazioni del dato certamente non di origine epidemiologica né derivante da scostamenti improvvisi dell’assistenza territoriale. ASUITS si impegna, per il 2019 a ricercare la massima precisione nella compilazione della documentazione. Va aggiunto che, per inquadrare correttamente il fenomeno, è stato impostato un interessante lavoro con i MMG e le loro articolazioni (AFT). Si fa notare in ogni caso che i numeri esaminati sono molto bassi e che una minima variazione dei ricoveri altera di molto il tasso”.*

E’ in corso la progettazione di una organizzazione territoriale per le problematiche pneumologiche con bacino d’utenza la futura ASUGI

Rene	
Dialisi peritoneale	1. Potenziamento della dialisi peritoneale, dei trapianti e dell’emodialisi domiciliare con l’obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi presso i centri dialisi al di sotto del 50% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale) (valore regionale 2016 55,71%).
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>160 pazienti in emodialisi</p> <p>130 pazienti trapiantati</p> <p>47 pazienti peritoneali</p> <p>pazienti in emodialisi / (trapiantati + peritoneale) %= 47.5%</p>	
Trapianti rene	<p>1. Potenziamento del programma Trapianti di rene con:</p> <p>a. evidenza della presenza dei dati a sistema (G2) propedeutici al monitoraggio dei tempi di iscrizione in lista di trapianto in accordo con quanto definito nel PDTA trapianto di rene ASUITS sta utilizzando da dicembre le "prestazioni" inserite da INSIEL per consentire la registrazione dei tempi della immissione in lista in lista di trapianto (T0 in primis).</p> <p>b. riduzione dei Tempi di iscrizione in lista trapianto (differenza tra inserimento in donor manager T3 e raccolta del consenso all’avvio dell’iter per l’inserimento in lista T0 < 6 mesi almeno nel 75% dei casi che hanno dato il consenso) Finora i tempi di immissione in lista sono sempre stati contenuti. Lo sforzo maggiore è quello di mantenere una lista di pazienti in attesa di trapianto il più possibile "folta" nonostante</p>

	<p>la elevata attività di trapianto.</p> <p>2. Per il 2018 si possono prevedere 3 trapianti da donatore vivente</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Risultati raggiunti</p>	
<p>Tessuti oculari</p>	
Tessuti oculari	<p>1. Potenziamento del programma di donazione corneae (+ 10% delle donazioni del 2017).</p> <p>2. Aumento del numero di trapianti di cornea ad almeno 110 in Regione per il 2018 (dato 2016 = 96)</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>ASUITS partecipa al programma regionale</p>	
<p>Donazione d'organi e altri tessuti</p>	
Donazione d'organi	<p>1. Formalizzazione del protocollo per prelievo d'organi da paziente con accertamento del decesso con criteri cardiologici, attraverso l'attuazione d'incontri periodici con il Centro Regionale Trapianti (CRT) finalizzati a garantire la piena operatività dell'equipe medico-infermieristica multidisciplinare basata su figure professionali coinvolte nell'Area Critica (rianimatori, cardiologi, cardiocirurghi, medici sistema 118, Pronto Soccorso e Sale Operatorie).</p>
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Il protocollo è stato realizzato</p>	
Donazione tessuti	<p>2. Formalizzazione del protocollo per la donazione multi-tessuto. Attraverso l'esperienza maturata nella gestione di precedenti prelievi di tessuto in accordo con il Centro Regionale Trapianti (CRT), si provvederà alla stesura di un protocollo ASUITS per la donazione multi-tessuto che vedrà coinvolte le figure professionali medico-infermieristiche impegnate in tale processo (rianimatori, medici sistema 118, chirurghi, sale operatorie, Banca dei</p>

	Tessuti).
Attuazione al 31/12/2018: Il protocollo è stato realizzato	

3.6.2. Emergenza urgenza	
Obiettivo	Risultato atteso:
Ictus	
Ictus	<p>1. Ictus- Aumento dell'attività di Trombolisi endovenosa: il target richiesto 2017 per ASUITS è di 100 interventi e le proiezioni regionali stimano per ASUITS l'effettuazione di 151 procedure nel 2017. L'impegno per il 2018 è di mantenere l'attività su questi livelli. Inoltre nel 2018 saranno effettuate almeno 15 trombectomie.</p> <p>2. Misurazione dei tempi intercorrenti fra <i>triage in pronto soccorso, allertamento-TAC e TAC-trombolisi venosa</i> (implementazione dei campi informatici necessari a elaborare i dati specifici. ASUITS ha una performance leggermente superiore al target e si impegna a raggiungerlo nel corso del 2018.</p> <p>3. Presenza nella documentazione clinica della scala Barthel Index e della Rankin Scale modificata, compilata all'ingresso e all'uscita di ogni setting assistenziale (almeno l'85% degli episodi di ricovero con DRG 14 o codici ICD-9-CM relativa a: 430.x, 431.x, 432.x, 433.x1, 434.x1, 436.x, 437.3, 438.x, 784.3 (afasia) - periodo di misurazione tutto l'anno 2017). ASUITS effettua correttamente la registrazione in entrambe le scale anche se non ancora con strumento informatico dedicato.</p> <p>4. Comunicazione alla cittadinanza: produzione di un opuscolo/volantino da mettere a disposizione nelle sale d'attesa dei MMG e degli ambulatori specialistici per informare la popolazione sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi gli interventi</p>

	terapeutici in caso di ictus.
<p>Monitoraggio dell'attività al 31.08.2018:</p> <p>Il risultato atteso è in fase di realizzazione ed è prevedibile il suo raggiungimento nei tempi previsti</p>	
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <p>Ictus: ASUITS ha eseguito 170 trombolisi + 37 trombectomie raggiungendo e superando obiettivo</p> <p>I tempi tra triage e Tac e TAC- trombolisi sono arrivati a una media di 60 minuti riducendo di molto i tempi grazie al progetto in corso</p> <p>Barthel e Rankin sono misurate da noi sempre e in tutte le cartelle (>85%)</p> <p>ASUITS ha programmato più eventi alla popolazione sia a Trieste Next sia con l' Associazione Pazienti e prodotto numerosi articoli di giornale</p>	
Pronto soccorso ed urgenza emergenza	
Pronto soccorso ed urgenza emergenza	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno l'80% (spoke) o 65% (hub) (media regionale 2016 del 64,06% - fonte Bersaglio) 2. Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori all'85% (spoke) e 75% (hub) (media regionale 2016 del 76,82% - fonte Bersaglio) <p>Il Pronto Soccorso è oggetto di forte rivisitazione nelle sue procedure (percorsi brevi, ruolo del triage, riduzione delle consulenze, eccetera) e, assieme ai Distretti, sta procedendo a contatti operativi con le strutture di residenzialità per evitare accessi inutili che ovviamente hanno forte impatto sui tempi di attesa dei codici bassi. ASUITS quindi è prioritariamente impegnata sulla questione non sottovalutandone l'importanza.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Revisione e confronto interaziendali della gestione clinica per 5 eventi patologici acuti frequenti.
Attuazione al 31/12/2018:	

Codici verdi visitati entro 1 ora									
	2017			2018			Diff. 17/18		
	tot	entro 1 ora	%	tot	entro 1 ora	%	tot	entro 1 ora	%
PS CATTINARA	24.642	8.050	32,67 %	24.642	8.050	32,67 %	24.642	8.050	32,67 %
PS MAGGIORE	8.748	4.277	48,89 %	8.748	4.277	48,89 %	8.748	4.277	48,89 %
ASUITS	33.390	12.327	36,92 %	33.390	12.327	36,92 %	33.390	12.327	36,92 %

Codici verdi permanenza entro 4 ore									
	2017			2018			Diff. 17/18		
	tot	entro 4 ore	%	tot	entro 4 ore	%	tot	entro 4 ore	%
PS CATTINARA	18.491	6.710	36,29 %	18.491	6.710	36,29 %	18.491	6.710	36,29 %
PS MAGGIORE	8.007	4.772	59,60 %	8.007	4.772	59,60 %	8.007	4.772	59,60 %
ASUITS	26.498	11.482	43,33 %	26.498	11.482	43,33 %	26.498	11.482	43,33 %

Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso:

Si è preferito, nel corso del 2018 dare la priorità alla riduzione della percentuale dei ricoverati sul totale degli accessi, vista la necessità di ridurre le ospedalizzazioni, in particolare per i ricoveri con DRG medico delle persone anziane. Questo risultato, come si evince dai dati in premessa, è stato raggiunto, ma ha richiesto un maggior impegno da parte della Struttura di Pronto Soccorso che si è anche tradotto nella difficoltà ad abbreviare i tempi, vista la costanza del numero di accessi.

Emergenze cardiologiche

Emergenze cardiologiche

1. Avvio dei lavori della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito.
2. Misurazione del tempo intercorrente fra l'effettuazione dell'ECG sul territorio e l'inizio della procedura in emodinamica (implementazione dei campi informatici necessari a elaborare i dati specifici).

3. Comunicazione alla cittadinanza: produzione di un opuscolo/volantino da mettere a disposizione nelle sale d'attesa dei MMG e degli ambulatori specialistici per informare la popolazione sui segni/sintomi da non sottovalutare per anticipare la chiamata di soccorso e rendere tempestivi gli interventi terapeutici in caso di infarto. ASUITS si propone altresì di organizzare un ciclo di eventi educazionali nelle scuole di II e III grado finalizzato all'educazione di comunità alla rianimazione cardiopolmonare nell'arresto cardiaco.

Attuazione al 31/12/2018:

Due percorsi clinico-assistenziali relativi a NSTEMI e STEMI sono stati definiti e sono già in fase di applicazione. Sono consultabili dal link alla pagina del sito FVG dedicata alla RETE per le Malattie Cardiache

E' ormai prassi consolidata di ASUITS il monitoraggio analitico delle tempistiche nell'urgenza che richiede procedure emodinamiche. Tutti i campi informatici necessari per l'elaborazione di dati specifici sono stati implementati e correttamente compilati.

Il materiale informativo educazionale è stato prodotto e presentato all'iniziativa NEXT.

L'organizzazione della presenza didattica nelle scuole è stata realizzata nel 2018 attraverso 11 eventi presso 3 istituti di scuole medie superiori, istituti universitari ed iniziative di educazione di comunità.

Trauma

Monitoraggio dell'attività al 31.08.2018:

Il risultato atteso è in fase di parziale realizzazione ed è prevedibile il suo parziale raggiungimento nei tempi previsti

Attuazione al 31/12/2018:

Fratture di femore ultra65enni 2017				2018		
	operate entro 2gg	totale	%	operate entro 2gg	totale	%
ASUITS	376	506	74,31%	342	431	79,35%

Anno di dimissione	Degenza pre-operatoria	Numero dimissioni	INDICATORE ASUITS C5.18.1
2017	801	334	2,398
2018	793	318	2,494

<p>Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso:</p> <p>Considerando che sull'indicatore criterio Bersaglio C5.18.2 ASUITS presenta una buona performance sotto la media regionale, il non raggiungimento del target da parte di ASUITS (al pari di ASUIUD) per quanto riguarda il criterio Bersaglio C5.18.1 è dovuto alla disponibilità di tempo operatorio vista la priorità data alle fratture di femore.</p>

3.6.3. Reti di patologia	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Malattie rare	
Malattie rare	<ol style="list-style-type: none"> 1. Produrre entro il 31 dicembre 2018 almeno 1 percorso assistenziale, oltre a quello previsto per il 2017; 2. Alimentare il registro regionale di cui al DM 279/2001 (aggiornamento dati del registro con inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2018 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema)
Attuazione al 31/12/2018:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Prodotto il PDTA per fibrosi polmonare idiopatica 2. I pazienti con malattie rare sono stati tutti inseriti nel 2018 nel registro regionale. Si sta procedendo a completare la verifica della pulizia dei dati. 	
Malattie reumatiche	
Malattie reumatiche	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoraggio dell'applicazione dei percorsi assistenziali già formalizzati; 2. Evidenza, nel sito aziendale di ASUITS dei medici reumatologi; 3. Elaborazione dei percorsi assistenziali per l'artrite psoriasica e per l'artrite reumatoide. 4. Imputazione su apposita scheda G" clinico delle informazioni richieste all'atto della prescrizione dei farmaci biologici, secondo le indicazioni fornite dalla DCS
Attuazione al 31/12/2018:	
Obiettivi raggiunti	
Insufficienza cardiaca cronica	
Insufficienza cardiaca cronica	- avvio dei lavori della rete con formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito.

Attuazione al 31/12/2018:

Per quanto riguarda i percorsi sulla cronicità si sono svolti nel 2018 numerosi incontri del Gruppo di Lavoro di rete per l'aggiornamento e valutazione dell'applicazione del PDTA Scompenso Cardiaco

3.6.4. Materno-infantile e percorso nascita

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Materno-infantile e percorso nascita	ASUITS garantirà la partecipazione del suo referente ai tavoli regionali coordinati da IRCCS Burlo Garofolo per la riorganizzazione della rete pediatrica regionale e sarà garantita l'implementazione del percorso della gravidanza fisiologica con la responsabilizzazione delle ostetriche.

Attuazione al 31/12/2018:

Il Comitato Regionale Percorso Nascita è stato deliberato nuovamente n. 249/SPS del 05.02.2018. La referente ASUITS, dott.ssa M. Vittoria Sola (SCBADO distretto 3), ha partecipato a tutte le riunioni del CRPN convocate nel corso del 2018.

Nelle more dell'applicazione della delibera regionale n. 723 del 21/3/2018 "Percorso nascita in Friuli Venezia Giulia. Progetto gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica" ASUITS ha predisposto le seguenti azioni:

- formazione specifica ASUITS sulla gestione delle gravidanze a basso rischio;
- prosecuzione dei tavoli interistituzionali (ASUITS- IRCCS Burlo Garofolo) relativi alla continuità assistenziale ospedale territorio per le donne con gravidanza a basso rischio e con gravidanza a rischio psicosociale e sanitario (stesura definitiva il protocollo GAR alla firma) ;
- identificazione e comunicazione alla DCS dei nominativi delle ostetriche dei Consulteri Familiari distrettuali che attueranno la presa in carico della donne in gravidanza a basso rischio.
- Prosecuzione della attività relative all'applicazione degli standard Unicef (7 Passi) per la Comunità Amica dei Bambini per l'allattamento in vista della rivalutazione: autovalutazione e costruzione del Piano d'Azione; Politica Aziendale decretata;
- Prosecuzione delle attività del Gruppo ASUITS Burlo sull'allattamento e FSC condivisa;
- Partecipazione al Tavolo Regionale Allattamento (PRP 2014- 2018 prorogato al 2019).

La Rete Pediatrica Regionale è stata costituita con Delibera Regionale n. 728/SPS del 16/5/2018. La referente ASUITS, dott.ssa M. Vittoria Sola (SCBADO distretto 3), ha partecipato a tutte le riunioni della rete regionale convocate per il 2018.

3.6.5 Sangue ed emocomponenti

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Sangue ed emocomponenti	- autosufficienza per le donazioni di sangue, con l'obiettivo di raggiungere almeno valori medi

	<p>ottenuti negli anni 2016-2017, come stabilito dal documento di programmazione regionale concordato con il Coordinatore Regionale Sangue e redatto secondo le Linee di gestione 2018</p> <ul style="list-style-type: none"> - raccolta di plasma, aderiremo all'accordo di programmazione del Coordinatore Regionale Sangue che prevede la raccolta di plasma di almeno 26500 kg. Il DIMT contribuirà alla raccolta con una quota del 25% - promuovere nell'ambito dei COBUS, il monitoraggio dell'appropriatezza delle richieste trasfusionali con valutazione finale dei risultati e relative azioni correttive entro dicembre 2018. - Continueremo a promuovere (come facciamo già da diversi anni) l'adozione diffusa (anche presso l'IRCCS Burlo Garofolo e Gorizia e Monfalcone) delle richieste via web al fine di migliorare la sicurezza della trasfusione.
--	---

Attuazione al 31/12/2018:

- Complessivamente, i dati di raccolta sangue, plasma e piastrine relativi al 2018 sono stati superiori del 1,5% rispetto al 2017 (allegato 4).
- Nel 2018, abbiamo raccolto 6633,2kg di plasma pari al 25% dei previsti 26500kg. Poiché la raccolta effettiva è stata 28379 kg, la percentuale del nostro plasma è stato pari al 23,4% (allegato 5).
- In tutti i 6 incontri dei COBUS svolti nel 2018 (2 in ASUITS, 2 in AAS. 2-Gorizia e Monfalcone, e 2 al Burlo), sono stati presentati i dati di completezza e appropriatezza delle richieste trasfusionali. Presso l'Ospedale Maggiore, l'Ospedale di Cattinara e l'IRCCS Burlo Garofolo, l'appropriatezza è superiore al 99%, mentre a Gorizia e Monfalcone, la percentuale è lievemente inferiore (98,5%). Visti gli ottimi risultati, non sono state necessarie azioni correttive.
- La necessità di adottare la modalità informatizzata di richieste trasfusionale è stata ribadita in tutti gli incontri del COBUS nel 2018. I dati sulla percentuale di richieste informatizzate sono i seguenti: Ospedale Maggiore 93%, Ospedale di Cattinara 80,1%, Burlo 34,6% mentre nelle sedi Isontine, la richiesta informatizzata non è ancora stata implementata.

3.6.6 Erogazione dei livelli di assistenza			
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:		
Tasso di ospedalizzazione	- Il vincolo del tasso di ospedalizzazione di ogni Azienda è fissato al 122,5 per		
Attuazione al 31/12/2018:			
Tasso di ospedalizzazione - Ultimo periodo disponibile luglio 2018. Target: 122,5 ‰			
	2016	2017	2018

ASUITS	134,17	134,07	130,48
--------	--------	--------	--------

Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso:

Si nota come il **tasso di ospedalizzazione** sia sceso dal 2017 al 2018 in maniera importante. Come sempre detto Trieste sconta non solo la composizione della popolazione, ma anche i fenomeni di disagio sociale, le aree di povertà, il fatto che molti anziani vivano da soli e la considerazione che nelle grandi città in ogni caso l'ospedale vicino costituisce momento di attrazione. Per questi motivi, come già segnalato sia nel corso degli incontri di negoziazione in DCS sia per iscritto nel PAL ASUITS 2018, il dato (seppur ottimo considerando la discesa dell'ultimo decennio) non può essere paragonato a quello degli altri territori regionali e il target del 122,5 % non appare realistico né probabilmente corretto, pur a fronte di una ben articolata organizzazione territoriale.

Ricoveri Day hospital per acuti con finalità diagnostica	Riduzione dei numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 28% per gli adulti e del 42% per i pediatrici (valore medio regionale del 2016 di 32,88% per gli adulti e 50,02% per i pediatrici - fonte Bersaglio) – obiettivo valido sia per l'età adulta che pediatrica.
--	--

Attuazione al 31/12/2018:

DH medici diagnostici	2017			2018		
	totale	Diagnostici	%	totale	Diagnostici	%
P.O. CATTINARA E MAGGIORE TS	1.492	536	35,92%	1.589	455	28,63%

Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso:

Si segnala un netto miglioramento nella percentuale dei Day Hospital medici a fini diagnostici. Questo dato, non ancora in linea con gli standard regionali, risente della mancata attivazione dei pacchetti di prestazioni ambulatoriali.

Ricoveri medici oltre soglia per pazienti > = 65 anni	Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni portandola al di sotto del 4% (valore medio regionale 2016 di 4,78% - fonte Bersaglio)
---	--

Attuazione al 31/12/2018:

RICOVERI OLTRE SOGLIA	2017			2018		
	Ric. medici	OLTRE	%	Ric. medici	OLTRE	%
ASUITS - CATTINARA E MAGGIORE	11.638	619	5,32%	10.319	531	5,15%

Motivazioni sullo scostamento dal risultato atteso:

Il dato non in linea con il target è spiegato dalla importante percentuale di grandi anziani che vivono da soli e spesso in assenza di una rete di protezione sociale per cui la dimissione appare difficile anche con una tempestiva presa in carico da parte dei servizi distrettuali.

Fuga extra - regionale	ASUITS si impegnerà nel recupero di almeno il 25% della fuga extra-regionale di ricovero e di specialistica ambulatoriale rispetto ai dati 2015 e metterà in essere attività di implementazione dell'attrazione, attualmente al 3,60 % dei dimessi totali provenienti da fuori regione e al 10,34% intraFVG.
Attuazione al 31/12/2018: Il risultato potrà essere monitorato appena si avranno a disposizione i dati 2018	
Controlli appropriatezza	ASUITS proseguirà ad effettuare i controlli di appropriatezza delle prestazioni effettuate dagli erogatori pubblici e privati, secondo il piano dei controlli programmato dallo specifico gruppo di coordinamento regionale.
Attuazione al 31/12/2018: Nel 2018 i controlli sulle prestazioni ergate dal privato accreditato si sono regolarmente eseguiti come definito dal Piano Regionale in materia	
Indicatori	L'azienda deve garantire il raggiungimento degli standard obiettivo di cui all'allegato B da DGR 185/2018 di approvazione definitiva delle Linee annuali per la Gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018.
Attuazione al 31/12/2018: V. allegato B	

3.6.7. Rete Cure Sicure FVG	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Rete Cure sicure FVG	ASUITS si impegna a perseguire le linee di attività definite dal Tavolo tecnico regionale dei risk manager aziendali attraverso un piano di attività coerente con le indicazioni in tema di rischio clinico, garantendo il monitoraggio degli indicatori concordati a livello regionale.
Attuazione al 31/12/2018: Obiettivo perseguito correttamente, garantito il monitoraggio	
Strutturazione Rete Cure Sicure	<ul style="list-style-type: none"> - completamento della formazione dei link professional; - valutazione semestrale, tramite indicatori clinici - pubblicazione delle informazioni,

	<p>relativamente alla relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto; pubblicazione nel sito internet aziendale dei dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, gestione e prevenzione del rischio sanitario);</p> <ul style="list-style-type: none"> - prosecuzione delle linee di lavoro per garantire la sicurezza ed appropriatezza nell'uso del farmaco: - prosecuzione delle attività atte al controllo e prevenzione delle infezioni e progetto regionale di antimicrobial stewardship: - diffusione dei dati sullo stato nutrizionale emersi dalla survey 2017 e implementazione di strategie condivise sulla nutrizione e sull'idratazione dei pazienti; - effettuazione dell'autovalutazione CARMINA e miglioramento di un'area attraverso l'implementazione di un almeno uno standard minimo; - prosecuzione delle attività di empowerment dei pazienti sulle tematiche del rischio mediante la valutazione dell'utilizzo del modulo di "integrazione della lettera di dimissione" e avvio di azioni di miglioramento. - Consumo di guanti chirurgici e NON chirurgici in lattice: raggiungere un rapporto dei guanti NON chirurgici lattice/nitrile o vinile inferiore al 15%. Per quanto riguarda i guanti chirurgici per l'anno 2018 il rapporto lattice/latex-free dovrà essere al massimo del 30%.
<p>Attuazione al 31/12/2018:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tutte le attività previste dal tavolo dei risk manager della rete cure sicure sono state effettuate con la tempistica concordata negli incontri regionali (di media con cadenza mensile) 	

3.6.8. Promozione della salute negli ospedali e nei servizi sanitari: la rete HPH	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
rete HPH	ASUITS individuerà un Coordinatore locale HPH, che farà anche parte del Comitato HPH regionale (entro febbraio) e attiverà il Comitato guida aziendale (entro novembre).

Attuazione al 31/12/2018:

Individuato il coordinatore locale dell'A.S.U.I. di Trieste per la rete HPH con decreto n. 156 dd. 28.2.2018 (dott.ssa Roberta Fedele, assistente sanitaria, titolare della funzione di coordinamento dei progetti di promozione della salute, in forza alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione).

Partecipato alle riunioni del comitato HPH regionale in qualità di componente locale (due incontri:18.04.18 - 16.10.18)

Costituito il Comitato di Coordinamento Health Promoting Hospitals & Health Services (HPH) Aziendale con decreto n. 1020 dd.20.12.2018 (individuati 20 componenti afferenti alle diverse strutture aziendali)

3.7. RAPPORTO CON I CITTADINI

3.7.1. Tempi d'attesa	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Tempi di attesa	<ol style="list-style-type: none">1. L'Azienda si impegna a rispettare i tempi previsti per l'erogazione, in base ai criteri di priorità clinica, delle prestazioni oggetto di monitoraggio nazionale e regionale.2. rispetto rapporto tra attività libero professionale e attività istituzionale3. In sede di consuntivazione annuale, ASUITS renderà alla DCS le modalità di utilizzo del finanziamento attribuito con la legge 7/2009 seguendo le indicazioni contenute nelle Linee per la Gestione del SSR Anno 2018 e le successive indicazioni che saranno fornite dal livello centrale.4. "garanzia" erogativa per le priorità B al > 95%, per le priorità D al > 90% e per le priorità P al > 85%,5. ASUITS renderà disponibili e prenotabili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni per Struttura erogatrice6. monitoraggio attivo dei tempi di attesa degli interventi chirurgici7. Le AAS/ASUI/IRCCS sono tenute a sospendere la libera professione intra-moenia ai medici delle strutture che non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle visite/prestazioni8. partecipazione ai monitoraggi ministeriali
Attuazione al 31/12/2018:	
<ol style="list-style-type: none">1. ASUITS risulta la miglior azienda regionale con l'88% dei tempi rispettati nelle B e l'86% nelle D2. ASUITS verifica costantemente la correttezza di questo rapporto3. Le modalità di utilizzo, i risultati ottenuti e finanziamento attribuito nell'indistinto procapite sono stati oggetto di comunicazione alla Direzione Centrale Salute4. Evidenza di report regionale5. Le agende delle prestazioni ambulatoriali sono informatizzate e rese disponibili a sistema CUP regionale6. ASUITS monitorizza i tempi di attesa attraverso il controllo delle liste operatorie che sono visibili in G2 e controllate costantemente nonché dall'analisi delle SDO. In particolare sono osservati i casi di natura oncologica.7. L'azienda, al fine di far rispettare il rapporto tra attività libero professionale di cui al CCNLL e le	

priorità fissate in “garanzia” per il cittadino, procede con il monitoraggio periodico dei tempi di attesa e dei volumi di attività. E’ esplicitato il rapporto tra i volumi di prestazioni erogate nell’ambito delle attività istituzionali e quelli nell’attività di libera professione intramuraria ambulatoriale e di ricovero. Tale rapporto è in linea con le indicazioni regionali. Qualora dovessero emergere delle criticità, l’azienda si impegna a mettere in moto gli strumenti e le azioni previste dalla normativa vigente e previste dalle stesse Linee Guida del 2017.

8. I monitoraggi sono stati effettuati secondo le tempistiche previste

3.7.2. Innovazione nella gestione delle terapie	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Nuovi anticoagulanti orali	- L’obiettivo si intende raggiunto se i controlli ambulatoriali per INR sui residenti dell’AAS/ASUI si riducono del 50% sul dato 2016; l’obiettivo non è raggiunto per riduzioni inferiori al 30%; per riduzioni fra il 30% e il 50% l’obiettivo verrà in proporzione considerato raggiunto parzialmente.
<p>Il dato non è misurabile perché i controlli vengono effettuati con strumentazione POCT sia dall’assistenza domiciliare infermieristica sia presso il Centro Cardiovascolare. I pazienti ASUI trattati con i nuovi anticoagulanti orali passano da 1.863 nel 2017 a 2.629 nel 2018</p>	
<p>Nota a margine:</p> <p>Con delibera n 185 del 2 febbraio 2018 il punto 3.7.2. Innovazione nella gestione delle terapie del PAL è stato così aggiornato: <u>L’obiettivo si intende raggiunto se i controlli ambulatoriali per INR sui residenti dell’AAS/ASUI si riducono almeno del 25% sul dato 2016; l’obiettivo non è raggiunto per riduzioni inferiori al 10%; per riduzioni comprese fra il 10% e il 25%, l’obiettivo verrà in proporzione considerato raggiunto parzialmente.</u></p> <p><i>È dovere delle organizzazioni favorire le innovazioni che, a parità di efficacia terapeutica, riducono il disagio dei pazienti e dei loro familiari, a maggior ragione se tali innovazioni possono produrre semplificazione organizzativa con conseguente riduzione dei costi complessivi del sistema, pur in presenza di un costo maggiore della terapia. Per il 2018 le AAS/ASUI sviluppano progetti che favoriscono modalità di terapie in grado di recare minore disagio ai pazienti; a titolo di esempio si citano i seguenti ambiti:</i></p> <p>- <u>L’utilizzo dei nuovi anti-coagulanti orali, a parità di efficacia e maggiore profilo di sicurezza, permette una gestione più semplice della terapia da parte dei pazienti, azzerando l’impatto delle terapie sulla vita dei pazienti e dei loro familiari, evitando il ricorso a controlli ripetuti e le ricalibrature continue dei dosaggi, nonché producendo risparmi organizzativi determinati dalla riduzione dell’afflusso dei pazienti ai servizi per l’effettuazione del monitoraggio terapeutico. Per il 2018 si prevede di aumentare l’utilizzo dei nuovi anti-coagulanti orali rispetto alla terapia tradizionale.</u></p> <p>- <u>Il passaggio dalla modalità di somministrazione delle terapie per endovena di lunga durata (almeno 2 ore) alla somministrazione sottocute, o per altra via, permette di ridurre i tempi di occupazione delle postazioni di somministrazione (letti di DH), diminuire i tempi e i costi per la preparazione dei farmaci, diminuire in modo significativo i tempi di assistenza infermieristica,</u></p>	

evitare la gestione di cateteri venosi centrali o periferici con riduzione dei costi e dei rischi conseguenti, aumentare il benessere dei pazienti ridando tempo alla vita degli stessi e dei loro familiari, con riduzione dell'impatto psicologico legato alla durata della terapia. Le AAS/ASUI e gli IRCCS valutano la possibilità di implementare l'utilizzo delle terapie sottocute, o per altre vie, per quei farmaci che dispongono di formulazioni alternative a quella endovenosa.

Terapie oncologie e onco-ematologiche

- L'obiettivo si intende raggiunto se, per la totalità dei farmaci per i quali esiste anche la formulazione sottocute, il rapporto, in termini di costi, sottocute/endovenosi è \geq a 2; l'obiettivo non è raggiunto per rapporti \leq a 1; per rapporti compresi fra 1 e 2 l'obiettivo verrà considerato in proporzione raggiunto parzialmente.

Attuazione al 31/12/2018:

Per il passaggio da terapie ev a sc o altra via ASUITS ha valutato, di volta in volta e di concerto con gli specialisti oncologi ed ematologi, l'opportunità di impiegare la via di somministrazione più adeguata e con miglior rapporto costo-utilità per i singoli casi clinici.

3.7.3. Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver

Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver

Per il 2018 è previsto come obiettivo dei responsabili infermieristici: assicurare nel corso del 2018 sempre l'accesso dei care giver e dei volontari dell'lbo dei Volontari art 13

Attuazione al 31/12/2018:

L'obiettivo è stato assegnato ai responsabili infermieristici che si sono adoperati per armonizzare la attività con la presenza dei care giver.

3.7.4. Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza

Obiettivo aziendale:

Risultato atteso:

Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza

Assicurare nel corso del 2018 sempre l'accesso dei care giver e dei volontari dell'albo dei Volontari art 13

Attuazione al 31/12/2018:

Nel corso del 2018 ASUITS ha assicurato sempre l'accesso dei care giver e dei volontari nei reparti di degenza. Obiettivo raggiunto. Il progetto di miglioramento dell'accesso nei reparti è stato perseguito nel corso del 2018. Relazione analitica disponibile.

3.7.5. Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico (recall)	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Contatto telefonico post dimissione	ASUITs si impegna a seguire le indicazioni regionali per la prosecuzione dell'attività secondo quanto definito per l'anno 2018.
Attuazione al 31/12/2018 Il risultato atteso è raggiunto.	

3.7.6. Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Individuazione medico responsabile	Per procedura aziendale di ASUITs il medico referente delle cure è chiaramente individuato e il suo nominativo è riportato in cartella clinica. ASUITs si impegna a seguire le indicazioni regionali per il monitoraggio che verrà implementato.
Attuazione al 31/12/2018: In ASUITs è ormai prassi consolidata. Tutte le Strutture sono chiamate al rispetto di tale indicazione	

3.7.7. Privacy	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Privacy	<p>Nel rispetto della tutela della privacy è necessario snellire le procedure affinché:</p> <ul style="list-style-type: none"> - al cittadino non venga richiesta la continua compilazione degli stessi moduli quando si rivolge ad enti diversi; - nella gestione in rete dei pazienti, tutte le informazioni necessarie ad assicurare in sicurezza il percorso assistenziale siano garantite fra i professionisti e le strutture che hanno in cura il paziente, anche se appartenenti ad enti diversi.
Attuazione al 31/12/2018: Tutte le informazioni necessarie ad assicurare in sicurezza il percorso assistenziale sono garantite fra i professionisti e le strutture che hanno in cura il paziente, anche se appartenenti ad enti diversi	

4. I FLUSSI INFORMATIVI E LE VALUTAZIONI

Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)	ASUITS continuerà nelle azioni di monitoraggio sulla corretta compilazione, validazione delle SDO e il rispetto delle scadenze mensili, garantendo l'obiettivo del: - 98% di SDO archiviate - limite del 3% delle richieste di riapertura delle SDO. - I report relativi alle anomalie saranno puntualmente verificati e pianificate le eventuali azioni correttive necessarie
Attuazione al 31/12/2018: E' stato effettuato il monitoraggio sulla corretta compilazione e validazione delle SDO entro le scadenze mensili previste: - È stato garantito il 100% di SDO archiviate - E' stato rispettato il limite del 3% di richieste di riapertura - Le anomalie sono state monitorate ed effettuate mensilmente le azioni correttive con un reportistica inviata ai reparti ed eventuali correzioni.	

Obblighi informativi e qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Obblighi informativi e qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali	L'Azienda ha individuato un referente per queste attività rispondendo alla richiesta del Servizio di Epidemiologia della DCS che viene investito dei compiti in qualità di Referente Aziendale per il Flussi Ministeriali Nsis. ASUITS si impegna quindi al rispetto degli obblighi di competenza in questo settore.
Attuazione al 31/12/2018: Il referente è stato individuato e gli obblighi di competenza sono stati espletati regolarmente	

Flussi ministeriali	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Flussi ministeriali	garantire il rispetto delle tempistiche e delle scadenze previste dalla normativa ministeriale ed una corretta alimentazione di tutti i flussi ministeriali aggregati.

	Considerando che ritardi o omissioni generano il mancato riconoscimento alla Regione dei fondi ministeriali previsti, una quota del finanziamento corrispondente allo 0,1% di quanto attribuito ad ogni Ente viene trattenuta a livello centrale ed erogata solo ad adempimento completamente espletato.
Attuazione al 31/12/2018: ASUITS garantisce il rispetto delle tempistiche e delle scadenze in tema di flussi ministeriali	

Programmi di sorveglianza	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Programmi di sorveglianza	<p>Come per gli anni precedenti ASUITS sarà impegnata per le parti di competenza nei programmi di sorveglianza: OKKIO alla Salute, HBSC, PASSI, PASSI d'ARGENTO, Obesità in Gravidanza.</p> <p>Inoltre, proseguono i programmi di valutazione dell'esperienza dei pazienti nei loro contatti con il Sistema Sanitario Regionale. ASUITS fornirà l'adeguato supporto ai suddetti programmi ed attività.</p>
Attuazione al 31/12/2018: Vedi linea 3.2.13. Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza (Programma XI PRP). ASUITS fornisce l'adeguato supporto richiesto.	

5. IL SISTEMA INFORMATIVO

Il sistema informativo	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Sistema informativo - riorganizzazione	la riorganizzazione dei servizi ICT e la definizione delle competenze fra INSIEL e Enti del SSR
Attuazione al 31/12/2018: ASUITS ha collaborato alla realizzazione dell'obiettivo regionale per quanto di competenza	
servizi on line	<p>consolidamento dei seguenti servizi on line per i cittadini:</p> <ul style="list-style-type: none"> - potenziamento dell'infrastruttura del servizio di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali con l'uso della ricetta dematerializzata e MIR (medici in rete), nell'ottica della riduzione del tempo di accesso e degli spostamenti dei cittadini. - l'ulteriore estensione del servizio referti on line per le prestazioni sottoscritte digitalmente - la consultazione liste di attesa di tutte le prestazioni erogate, indicando la prima data utile. - lo sviluppo di tecnologie mobility app per i principali servizi on line sviluppati - l'estensione della prescrizione specialistica dematerializzata - lo sviluppo dei temi chiave previsti dalla cd "Sanità digitale" implementando soluzioni informatiche per l'integrazione socio-sanitaria e la continuità della cura. <p>l'implementazione di soluzioni per la gestione del farmaco all'adesione terapeutica.</p>
Attuazione al 31/12/2018: ASUITS ha collaborato alla realizzazione dell'obiettivo regionale per quanto di competenza.	
Sistema informativi – attività presenti nella pianificazione in essere	<p>Proseguono le attività presenti nella pianificazione in essere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sicurezza fisica e logica/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

	<p>entrata in vigore del GDPR – General Data Protection Regulation (Regolamento UE 2016/679)</p> <ul style="list-style-type: none"> - sistemi di governo, in particolare con lo sviluppo ed il miglioramento degli strumenti di governo dei fattori produttivi ospedalieri - ricetta dematerializzata da estendere, oltre che alla farmaceutica, anche alla specialistica ambulatoriale, per i Medici di medicina generale, i Pediatri di libera scelta e gli specialisti convenzionati e dipendenti del Servizio sanitario regionale - Interventi sull'intero sistema ICT del SSR per gli adeguamenti previsti dalla L.R. 17/2014 - avvio della nuova cartella clinica informatizzata con immediata sospensione delle iniziative autonome di implementazione e/o sviluppo delle attuali - revisione/rinnovo del sistema ASCOT e software collegati per la gestione delle attività amministrative
<p>Attuazione al 31/12/2018: ASUITS ha collaborato alla realizzazione dell'obiettivo regionale per quanto di competenza.</p>	
<p>Funzioni rivolte al sistema</p>	<p>a. Sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito ospedaliero</p> <ul style="list-style-type: none"> - cartella integrata clinico assistenziale: aggiudicazione gara e avviamento del sito pilota. - potenziamento ed estensione delle integrazioni dei sistemi clinico sanitari. - Normalizzazione della gestione delle credenziali e attivazione sistema Single Sign on <p>b. Sistema di gestione dell'attività sanitaria in ambito di assistenza primaria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Piattaforma di connessione con la medicina generale - Attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico secondo quanto previsto dalla normativa privacy. - Avviamento del nuovo sistema di iscrizione ai MMG - Pianificazione delle attività di rinnovamento

	<p>del sistema SIASI</p> <p>c. Rivisitazione delle procedure gestionali ed amministrative al fine dell'adeguamento alla normativa vigente.</p> <p>d. Potenziamento dell'infrastruttura per la Continuità Operativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Potenziamento delle reti geografiche e locali - Razionalizzazione dei data center aziendali <p>e. Sistema direzione aziendale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Governo del personale - Governo logistico <p>f. Sistema direzionale regionale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Data Warehouse gestionale - Sviluppo del registro regionale dei dispositivi medici impiantabili.
--	---

Attuazione al 31/12/2018:
ASUITS ha collaborato alla realizzazione dell'obiettivo regionale per quanto di competenza.

Firma digitale	<p>Nel 2018 tutti i medici devono utilizzare sistematicamente la firma digitale per le attività informatizzate nelle quali è disponibile. ASUITS individuerà specifici obiettivi in tal senso.</p> <p>Percentuali minime di raggiungimento:</p> <p>a. prescrizione dematerializzata</p> <ul style="list-style-type: none"> - MMG che prescrivono DEMA o MIR >80% <p>b. Firma digitale</p> <ul style="list-style-type: none"> - G2 clinico e lettera di dimissione >90% - Radiologia >98% - Laboratorio e Microbiologia >98% - Anatomia patologica >98%
----------------	--

Attuazione al 31/12/2018:
a.: obiettivo raggiunto (in attesa di verifica precisa)
b.: obiettivo raggiunto

5.1. Sistema PACS regionale	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Estensione sistema PACS ad altre discipline	- Completamento della messa a regime nel settore dell'endoscopia digestiva.

	- Proseguimento dell'estensione all'intero ambito dell'endoscopia ambulatoriale (broncoscopia, cistoscopia, colposcopia, ...).
Monitoraggio dell'attività al 31.08.2018: Il risultato atteso è in fase di realizzazione ed è prevedibile il suo raggiungimento nei tempi previsti	
Attuazione al 31/12/2018: ASUITS non è coinvolta nel sistema PACS regionale. Il PACS di ASUITS copre già da tempo l'endoscopia digestiva e la bronco, oltre che la fluorangio, la dermo etc. Anche i casi d'uso d'emergenza per la neuro sono definiti e in uso routinario. Non appena i casi regionali saranno messi a disposizione di ASUITS saranno adottati.	
Consultazione/visualizzazione di referti e immagini <i>in situazione emergenziale inter-aziendale</i> ;	- Prosecuzione della messa a regime del caso d'uso negli ambiti clinici previsti dalla programmazione sanitaria regionale.
Attuazione al 31/12/2018: ASUITS ha garantito la collaborazione	
Referto multimediale	Supporto aziendale secondo le modalità definite in coerenza e continuità con la programmazione sanitaria regionale
Attuazione al 31/12/2018: ASUITS ha garantito la collaborazione	
Potenziamento e ottimizzazione del sistema PACS regionale	Evidenza delle richieste aziendali pervenute
Attuazione al 31/12/2018: ASUITS ha garantito la collaborazione	

5.2. Fascicolo sanitario elettronico (FSE)	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Fascicolo sanitario elettronico	- implementazione del FSE al 15% della popolazione con un programma da definirsi operativamente entro marzo 2018
Attuazione al 31/12/2018: Attività in capo alla Regione	

4.3. Patto annuale tra Regione e Direttore generale dell'ASUI di Trieste

LINEA PROGETTUALE	OBIETTIVO	MODALITA' VALUTAZIONE		VALORE	Risultato al 31.12.2028
A. Tempi d'attesa	Utilizzo della quota della legge 7/2009 nel rispetto di quanto previsto dall'accordo 2017-2019 con le strutture private accreditate (come da DGR 42/2017 e 2181/2017)	Ottemperare a quanto previsto dalle Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018 (DGR 185 del 2.2.2018)	<ol style="list-style-type: none"> 1. stipulare specifico accordo integrativo con gli erogatori privati entro il 30.6.2018; 2. trasmettere alla Direzione Centrale Salute entro e non oltre il 31.12.2018 l'atto/gli atti di evidenza delle effettive esigenze di abbattimento delle liste di attesa e ricorso agli importi stanziati 3. presentare apposita rendicontazione e sull'utilizzo delle somme assegnate nel bilancio consuntivo 20185% 	5%	Obiettivi raggiunti. Documentazione a disposizione
	Rispettare i tempi previsti per le prestazioni di cui all'allegato A delle Linee per la gestione del SSR per l'anno 2018	Si rimanda alla scheda generale "Tempi di Attesa" valida per tutte le aziende/istituti		20%	ASUITS risulta la miglior azienda regionale con l'88% dei tempi rispettati nelle B e l'86% nelle D
B. Attività	Rispettare gli	Si rimanda alla scheda generale		20%	Obiettivo

LINEA PROGETTUALE	OBIETTIVO	MODALITA' VALUTAZIONE		VALORE	Risultato al 31.12.2028
clinico assistenziali	indicatori di cui all'allegato B e quelli del capitolo 3.6. delle Linee di gestione del SSR per l'anno 2018.	"Attività clinico assistenziali" valida per tutte le aziende/istituti			parzialmente raggiunto con criticità già segnalate in fase di negoziazione
C. Reti di patologia	Attivazione di almeno 2 sale attrezzate per gestire teleconferenze cliniche e riunioni operative a distanza, nonché permettere la visione contemporanea di documentazioni e immagini diagnostiche di alta qualità	Evidenza dell'attivazione delle sale entro il 30 settembre	Entro il 30.9.2018: 100%: entrambe le sale sono attivate 50%: è attivata una sola sala 0%: nessuna sala è attivata5%	5%	Asuits ha già numerose sale attivate. Inoltre ha a disposizione un carrello portatile per allestire teleconferenze
D. Rapporto con i cittadini: innovazione nella gestione delle terapie	Utilizzo dei nuovi anti-coagulanti orali	Riduzione dei controlli ambulatoriali per INR sui residenti dell'ASUI	Entro il 31.12.2018: - 100% se riduzione > 25% sul dato 2016 - 0% se riduzione < 10% su dato 2016 - parzialmente raggiunto per valori intermedi (in misura proporzionale)	10%	Il dato non è misurabile perché i controlli vengono effettuati con strumentazione POCT sia dall'assistenza domiciliare infermieristica sia presso il Centro Cardiovascolare. I pazienti ASUITS trattati con i nuovi anticoagulanti

LINEA PROGETTUAL E	OBIETTIVO	MODALITA' VALUTAZIONE		VALOR E	Risultato al 31.12.2028
					orali passano da 1.863 nel 2017 a 2.629 nel 2018
E. sociosanitarie	Processo di riclassificazione delle strutture residenziali per anziani già funzionanti	Entro la data di conclusione del processo di riclassificazione di cui al titolo X del D.P.Reg. 144/2015, sono rilasciate le nuove autorizzazioni all'esercizio delle strutture residenziali per anziani per le quali la Regione ha provveduto a trasmettere il parere di ammissibilità di cui all'art. 56 del predetto decreto.	Entro il 4 maggio 2018, sono rilasciate il 90% delle nuove autorizzazioni all'esercizio delle strutture residenziali per anziani per le quali la Regione ha provveduto a trasmettere il parere di ammissibilità di cui all'art. 56 del predetto decreto.	10%	Attività realizzata. 100% delle nuove autorizzazioni rilasciate
F. Prevenzione	1. Screening cervice	Gestire la transizione del programma regionale di screening della cervice ad HPV-DNA realizzando presso l'Anatomia Patologica di ASUITS, un laboratorio unico regionale per tutti gli esami di HPV-DNA primari e tutte le letture dei pap-test	laboratorio unico realizzato entro il 30.9.2018	6%	Al 31/12/2018 si sono concluse le gare con aggiudicazione definitiva. Il laboratorio è stato realizzato e completato. Si sono definiti anche, in collaborazione con la Direzione Regionale tutti i percorsi relativi ai trasporti ed il programma formativo per il personale

LINEA PROGETTUAL E	OBIETTIVO	MODALITA' VALUTAZIONE		VALOR E	Risultato al 31.12.2028
		secondari			coinvolto nelle attività dello screening. Il laboratorio sarà operativo dal giugno 2019 ed è previsto che i primi campioni, come da decisione dell'Assessorato alla Salute, arriveranno a partire dal 1° luglio 2019.
	2. Screening mammografico	Garantire la corretta chiusura dell'esito dei casi di secondo livello dello screening mammografico nel G2 clinico (percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente > = 95%)	chiusura esito mammografico	2%	Percentuale degli esami di II livello effettuata entro 20 giorni dalla mammografia di screening: 33,9%
		ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica: inferiore al 10%)	early recall mammella	3%	Percentuale di early recall: 6.6%

LINEA PROGETTUALE	OBIETTIVO	MODALITA' VALUTAZIONE	VALORE	Risultato al 31.12.2028	
	3. Cartella endoscopica	Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio assicurando di rendere definitiva la compilazione) per gli esami di 2° livello di screening (Percentuale di cartelle correttamente compilate >=95%;	compilazione cartella endoscopica	2%	Obiettivi raggiunto, cartelle compilate al 99%
	4. Colonscopia	Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di secondo livello entro 30 giorni dalla positività del FOBT di screening (Tempo di attesa per colonscopia di approfondimento di secondo livello < o = 30 giorni)	tempo di attesa colonscopia	3%	A fine 2018 (rilevazione degli ultimi tre mesi) il 100% delle prestazioni sono eseguite entro i 30 gg
	5. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie	Attuazione di quanto previsto dalle linee di gestione in relazione al miglioramento	attuazione progettualità	2%	Obiettivo raggiunto

LINEA PROGETTUALE	OBIETTIVO	MODALITA' VALUTAZIONE		VALORE	Risultato al 31.12.2028
	infettive	della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (3.2.15)			
	6. Allattamento al seno	Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione - 100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro un mese dalla dimissione e dalla seconda vaccinazione (3.2.17 Linee di gestione)	100% schede allattamento inserite	2%	Nel corso del 2018 tutte le schede allattamento alla seconda vaccinazione sono state inserite entro 1 mese dalla rilevazione. Al 31/12/2018 risultano a sistema 1288 schede/1307 attese. Il tasso di allattamento esclusivo di ASUITS è 40.68% a fronte del 33.21% del FVG. ASUITS non possiede punti nascita, il dato alla dimissione dalla maternità fa capo ai punti nascita.
	7. Sicurezza alimentare, salute e benessere animale	- Attuazione di quanto previsto dalle linee di gestione in relazione alla sicurezza alimentare, salute e benessere alimentare	attuazione progettualità	2%	Criticità

LINEA PROGETTUAL E	OBIETTIVO	MODALITA' VALUTAZIONE		VALOR E	Risultato al 31.12.2028
		(3.2.18) - Attivazione e affidamento delle SOC e delle SOS previste per le aree A, B e C;			
G. Sistema informativo	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	Implementazion e del Fascicolo Sanitario Elettronico	entro il 31.12.2018 il fascicolo sanitario è implementato nel 15% della popolazione	8%	Di competenza della Regione FVG
				100%	

5. L'attività del periodo

In premessa va registrato un dato particolarmente significativo. Rispetto al 2017, il 2018 segnala un calo di oltre milletrecento ricoveri di residenti (- 4%), con una diminuzione di oltre 10mila giornate di degenza ospedaliera. Oltre l'aspetto di rispetto della programmazione e superando il concetto dei costi, è necessario ribadire come ridurre l'ospedalizzazione sia un importante segnale di salute della popolazione e di sviluppo dei servizi. La razionalizzazione delle prestazioni ospedaliere e lo sviluppo delle attività territoriali, unite ad un maggior filtro al Pronto Soccorso, stanno consentendo questo risultato.

Come si evince dalle tabelle sottoriportate che avvalorano i concetti espressi sopra, la diminuzione dei ricoveri avviene interamente per DRG medico e in maniera assai marcata per le persone ultra75enni che rappresentano il 82,6% della diminuzione dei ricoveri medici di residenti ASUITS

RICOVERI TOTALI				
RESIDENTI ASUITS	Numero dimissioni	GG degenza	Importo	DEG MEDIA
2017	33.925	239.176	115.478.922	7,05
2018	32.602	228.328	111.311.838	7,00
diff. 2018-2017	-1.323	-10.848	-4.167.084	-0,05
var. % 2018/2017	-3,90%	-4,54%	-3,61%	

DRG MEDICO				
RESIDENTI ASUITS	Numero dimissioni	GG degenza	Importo	DEG MEDIA
2017	20.318	169.118	60.254.493	8,32
2018	19.001	158.855	56.780.064	8,36
diff. 2018-2017	-1.317	-10.263	-3.474.429	0,04
var. % 2018/2017	-6,48%	-6,07%	-5,77%	

DRG CHIRURGICO				
RESIDENTI ASUITS	Numero dimissioni	GG degenza	Importo	DEG MEDIA
2017	13.599	70.045	55.222.873	5,15
2018	13.585	69.445	54.528.662	5,11
diff. 2018-2017	-14	-600	-694.211	-0,04
var. % 2018/2017	-0,10%	-0,86%	-1,26%	

RICOVERI TOTALI OVER 75				
RESIDENTI ASUITS	Numero dimissioni	GG degenza	Importo	DEG MEDIA

2017	13.501	125.724	51.464.985	9,31
2018	12.475	118.455	48.866.822	9,50
diff. 2018-2017	-1.026	-7.269	-2.598.164	0,18
var. % 2018/2017	-7,60%	-5,78%	-5,05%	

DRG MEDICO	OVER 75			
RESIDENTI ASUITS	Numero dimissioni	GG degenza	Importo	DEG MEDIA
2017	9.839	97.590	32.820.877	9,92
2018	8.751	89.935	30.378.954	10,28
diff. 2018-2017	-1.088	-7.655	-2.441.923	0,36
var. % 2018/2017	-11,06%	-7,84%	-7,44%	

DRG CHIRURGICO	OVER 75			
RESIDENTI ASUITS	Numero dimissioni	GG degenza	Importo	DEG MEDIA
2017	3.662	28.134	18.644.108	7,68
2018	3.724	28.520	18.487.868	7,66
diff. 2018-2017	62	386	-156.240	-0,02
var. % 2018/2017	1,69%	1,37%	-0,84%	

Si analizzano le provenienze distrettuali dei ricoveri.

RICOVERI TOTALI DISTRETTI				
RESIDENTI ASUITS	2017	2018	differenza	variazione
Distretto 1	8.209	8.005	-204	-2,49%
Distretto 2	7.962	7.585	-377	-4,73%
Distretto 3	9.145	8.833	-312	-3,41%
Distretto 4	8.368	8.015	-353	-4,22%

DRG MEDICO				
RESIDENTI ASUITS	2017	2018	differenza	variazione
Distretto 1	4.792	4.529	-263	-5,49%
Distretto 2	4.936	4.626	-310	-6,28%
Distretto 3	5.363	5.020	-343	-6,40%
Distretto 4	5.062	4.712	-350	-6,91%

DRG CHIRURGICO				
RESIDENTI ASUITS	2017	2018	differenza	variazione
Distretto 1	3.414	3.475	61	1,79%
Distretto 2	3.023	2.955	-68	-2,25%
Distretto 3	3.782	3.808	26	0,69%
Distretto 4	3.304	3.298	-6	-0,18%

RICOVERI TOTALI DISTRETTI OVER 75				
RESIDENTI ASUITS	2017	2018	differenza	variazione
Distretto 1	3.204	3.059	-145	-4,53%
Distretto 2	3.238	3.011	-227	-7,01%
Distretto 3	3.541	3.302	-239	-6,75%
Distretto 4	3.499	3.087	-412	-11,77%

DRG MEDICO OVER 75				
RESIDENTI ASUITS	2017	2018	differenza	variazione
Distretto 1	2.301	2.089	-212	-9,21%
Distretto 2	2.425	2.196	-229	-9,44%
Distretto 3	2.528	2.285	-243	-9,61%
Distretto 4	2.570	2.169	-401	-15,60%

DRG CHIRURGICO OVER 75				
RESIDENTI ASUITS	2017	2018	differenza	variazione
Distretto 1	903	970	67	7,42%
Distretto 2	813	815	2	0,25%
Distretto 3	1013	1017	4	0,39%
Distretto 4	929	918	-11	-1,18%

Per quanto riguarda l'erogato ASUITS (ricoveri Cattinara+Maggiore) il dato segue ovviamente la tendenza già vista con le informazioni sulla popolazione residente. Va notato come sia aumentato il numero di ricoveri chirurgici ASUITS (erano in diminuzione rispetto ai dati sui residenti). E' aumentata la diminuzione di ricoveri medici rispetto al dato sui residenti.

TUTTI I RICOVERI	(ORDINARI E DH)			
EROGATO ASUITS	Numero dimissioni	GG degenza	Importo	DEG MEDIA
2017	25.694	203.483	99.415.988	7,92
2018	24.407	193.774	95.766.640	7,94
diff. 2018-2017	-1.287	-9.709	-3.649.348	0,02
var. % 2018/2017	-5,01%	-4,77%	-3,67%	

DRG MEDICO				
EROGATO ASUITS	Numero dimissioni	GG degenza	Importo	DEG MEDIA
2017	16.844	140.174	52.355.969	8,32
2018	15.315	129.534	48.797.430	8,46
diff. 2018-2017	-1.529	-10.640	-3.558.539	0,14
var. % 2018/2017	-9,08%	-7,59%	-6,80%	

DRG CHIRURGICO				
EROGATO ASUITS	Numero dimissioni	GG degenza	Importo	DEG MEDIA
2017	8.850	63.309	47.060.019	7,15
2018	9.092	64.240	46.969.210	7,07
diff. 2018-2017	242	931	-90.809	-0,09
var. % 2018/2017	2,73%	1,47%	-0,19%	

Con queste informazioni si nota come il tasso di ospedalizzazione sia sceso dal 2017 al 2018 in maniera importante. Come sempre detto Trieste sconta non solo la composizione della popolazione, ma anche i fenomeni di disagio sociale, le aree di povertà, il fatto che molti anziani vivano da soli e la considerazione che nelle grandi città in ogni caso l'ospedale vicino costituisce momento di attrazione. Per questi motivi il dato (seppur ottimo considerando la discesa dell'ultimo decennio) non può essere paragonato a quello degli altri territori regionali.

Tasso di ospedalizzazione			
	2016	2017	2018
ASUITS	134,17	134,07	130,48

AAS2	124,11	119,75	120,54
AAS3	122,70	118,86	121,00
ASUIUD	125,12	124,40	123,83
AAS5	127,89	123,70	123,22
FVG	127,21	124,49	123,87

La diminuzione dei ricoveri di residenti porta con se dati virtuosi rispetto il ricordo dei cittadini ASUITS presso le altre realtà regionali. Si segnala una diminuzione dei ricoveri di quasi 15 punti percentuali (319 ricoveri in meno nel 2018 rispetto al 2017) e un risparmio di circa 10 punti percentuali (quasi 800mila euro di meno nello stesso periodo). Si nota una diminuzione di circa 120 ricoveri negli ospedali isontini.

Ospedale	2017		2018		diff. 2018-2017		Var.% 2018/2017	
	Numero dimissioni	Importo	Numero dimissioni	Importo	Numero dimissioni	Importo	Numero dimissioni	Importo
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO	86	327.446	72	203.140	-14	-124.306	-16,28%	-37,96%
IST. MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	15	193.920	19	486.072	4	292.152	26,67%	150,66%
P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA UD	613	3.325.192	552	3.015.586	-61	-309.606	-9,95%	-9,31%
I.R.C.C.S. CRO	193	647.245	156	527.268	-37	-119.977	-19,17%	-18,54%
P.O. GORIZIA E MONFALCONE	776	2.242.362	657	2.055.814	-119	-186.548	-15,34%	-8,32%
P.O. LATISANA E PALMANOVA	133	355.750	100	233.818	-33	-121.932	-24,81%	-34,27%
CASA DI CURA CITTÀ DI UDINE	83	248.960	50	121.247	-33	-127.713	-39,76%	-51,30%
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI PN	152	333.179	139	321.212	-13	-11.967	-8,55%	-3,59%
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO	70	225.913	66	176.474	-4	-49.439	-5,71%	-21,88%
CASA DI CURA SAN GIORGIO	30	98.799	21	75.285	-9	-23.514	-30,00%	-23,80%

TOTALE	2.151	7.998.766	1.832	7.215.916	-319	- 782.850	- 14,8%	- 9,8%
---------------	--------------	------------------	--------------	------------------	-------------	----------------------------	----------------	---------------

Per quanto attiene ai privati convenzionati dell'area triestina, la diminuzione di ricoveri è di 152 unità con un risparmio del 4%. Si ricorda che questi dati sono oggetto di accordo.

Ospedale	2017		2018		diff. 2018-2017		Var.% 2018/2017	
	Numero dimissioni	Importo	Numero dimissioni	Importo	Numero dimissioni	Importo	Numero dimissioni	Importo
CASA DI CURA PINETA DEL CARSO	920	5.131.420	849	4.716.703	-71	- 414.717	-7,72%	-8,08%
CASA DI CURA SALUS	1853	5.250.721	1.809	5.131.809	-44	- 118.912	-2,37%	-2,26%
CASA DI CURA SANATORIO TRIESTINO	1.682	4.878.932	1645	4.798.070	-37	-80.862	-2,20%	-1,66%
TOTALE	4.455	15.261.073	4.303	14.646.582	-152	- 614.491	-3,4%	-4,0%

In controtendenza i ricoveri al Burlo

Ospedale	2017		2018		diff. 2018-2017		Var.% 2018/2017	
	Numero dimissioni	Importo	Numero dimissioni	Importo	Numero dimissioni	Importo	Numero dimissioni	Importo
I.R.C.C.S. BURLO	5.960	10.128.750	6.274	10.376.626	314	247.876	5,27%	2,45%

Si presentano i dati di attività delle Strutture di ricovero ASUITS. In verde le somme di “entrati” (da PS e trasferiti IN) e usciti (dimessi, deceduti, trasferiti OUT). La degenza media è quindi calcolata sulle presenze effettive.

CATTINARA E MAGGIORE RICOVERI ORDINARI 2018									
Divisione	Entrati per accett.	Entrati per trasferim.	ENTRATI	Usciti per dimissione	Usciti per trasferim.	Usciti per decesso	USCITI	GG DEGENZA	DEGENZA MEDIA uscita
MA SC CLINICA CHIRURGICA	138	29	167	135	32	0	167	197	1,18
MA SC CL. CHIR. PLASTICA	5	3	8	4	4	0	8	4	0,50
MA SC CL. CHIR.VASCOLARE	3	0	3	3	0	0	3	3	1,00
MA SC C. ORT. TRAUMAT.	123	5	128	123	5	0	128	122	0,95
MA SC CLINICA OTORINO	0	9	9	0	9	0	9	2	0,22
MA SC CLINICA UROLOGICA	111	12	123	101	21	0	122	201	1,65
MA SC I MEDICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
MA SC NEUROCHIRURGIA	0	1	1	0	1	0	1	0	0,00
S. GASTROENT. CATTINARA	45	10	55	51	2	0	53	352	6,64
SC ANESTESIA E RIAN.	26	269	295	17	264	17	298	761	2,55
SC ARTA	322	829	1.151	51	962	141	1.154	3.609	3,13
SC CARDIOCHIRURGIA *	356	1.278	1.634	573	1.040	19	1632	9.089	5,57
SC CARDIOLOGIA*	2.396	1.167	3.563	2.157	1.393	19	3.569	12.149	3,40
SC CHIRURGIA TORACICA	326	40	366	329	35	2	366	1544	4,22
SC CL. CHIR. MAXILODONT.	160	39	199	162	37	0	199	287	1,44
SC CLINICA CHIRURGICA*	2.098	401	2.499	2.030	443	29	2.502	15.418	6,16

SC CLINICA DERMATOL.	173	14	187	174	15	0	189	1.311	6,94
SC CLINICA DI CHIR.PLASTICA	347	115	462	432	28	0	460	3.185	6,92
SC C. DI CHIR.VASCOLARE	463	141	604	465	127	9	601	3.172	5,28
SC CLINICA MEDICA	1.457	212	1.669	1227	259	189	1.675	16.800	10,03
SC CLINICA NEUROLOGICA*	652	248	900	592	249	57	898	9.358	10,42
SC CLINICA OCULISTICA	466	13	479	467	12	0	479	883	1,84
SC C. ORT. TRAUMAT.	1.487	144	1.631	1484	137	8	1.629	11.804	7,25
SC CLINICA OTORINO	808	125	933	809	121	4	934	4.236	4,54
SC CLINICA UROLOGICA	1.270	97	1.367	1276	78	9	1.363	6.750	4,95
SC EMATOLOGIA	243	63	306	251	49	15	315	4.892	15,53
SC GERIATRIA	934	87	1021	800	149	69	1.018	8.804	8,65
SC I MEDICA*	1.498	1.120	2.618	1.910	560	216	2.686	16.282	6,06
SC III MEDICA	1.444	252	1696	1344	234	162	1.740	13.821	7,94
SC MALATTIE INFETTIVE	284	91	375	321	50	6	377	4.088	10,84
SC MEDICINA CLINICA	1.528	255	1.783	1283	330	173	1.786	15.872	8,89
SC MEDICINA D'URGENZA	1.361	422	1.783	521	1.119	146	1.786	8.216	4,60
SC MEDICINA INTERNA	195	61	256	154	15	28	197	1.248	6,34
SC MEDICINA INTERNA 10P	159	61	220	141	17	21	179	1.231	6,88
SC NEFROLOGIA E DIALISI*	229	239	468	316	136	21	473	3.901	8,25
SC NEUROCHIRURGIA	505	207	712	521	190	6	717	5.810	8,10
SC ONCOLOGIA	168	42	210	174	9	30	213	2.523	11,85
SC PNEUMOLOGIA	673	110	783	649	101	32	782	6.468	8,27

SC RIABILITAZIONE	259	0	259	257	0	1	258	8.289	32,13
SPDC	294	34	328	315	12	0	327	1.307	4,00
CATTINARA MAGGIORE	23.006	8.245	31.251	21.619	8.245	1.429	31.293	203.989	6,52

2018		Entrati per accettazio ne	Entrati per trasferim ento	Usciti per dimission e	Usciti per trasferim ento	Usciti per decess o	Degenz a media
	SC CARDIOCHIRURGIA	349	675	570	454	1	6,68
	TERAPIA INTENSIVA POST OP.	7	603	3	586	18	3,88
	SC CARDIOCHIRURGIA Totale	356	1278	573	1040	19	
	CARDIOLOGIA UNITA' CORONARICA	698	371	151	899	17	2,59
	SC CARDIOLOGIA	1698	796	2006	494	2	3,73
	SC CARDIOLOGIA Totale	2396	1167	2157	1393	19	
	SC 1 CHIRURGICA	0	0	0	0	0	0,00
	SC CLINICA CHIRURGIA GENERALE	287	58	276	64	7	6,24
	SC CLINICA CHIRURGICA	1811	343	1754	379	22	6,02
	SC CLINICA CHIRURGICA Totale	2098	401	2030	443	29	
	NEURORIABILITAZION E	0	83	64	14	1	8,14
	SC CLINICA NEUROLOGICA	278	148	337	39	49	14,16
	STROKE UNIT	374	17	191	196	7	6,86
	SC CLINICA NEUROLOGICA Totale	652	248	592	249	57	
	BIC 1 MEDICA	49	465	506	16	18	4,92
	SC 1 MEDICA	1449	272	1050	527	176	6,19

SC I MEDICA POST-ACUZIE	0	383	354	17	22	7,31
SC I MEDICA Totale	1498	1120	1910	560	216	
M. SC NEFROLOGIA E DIALISI	21	43	7	57	0	0,24
SC NEFROLOGIA E DIALISI	208	196	309	79	21	9,48
SC NEFROLOGIA E DIALISI Totale	229	239	316	136	21	

Si segnala un netto miglioramento nella percentuale dei Day Hospital medici a fini diagnostici. Questo dato, non ancora in linea con gli standard regionali, risente della mancata attivazione dei pacchetti di prestazioni ambulatoriali.

DH medici diagnostici	2017			2018		
	totale	Diagnostici	%	totale	Diagnostici	%
CARDIOLOGIA	43	15	34,88%	43	14	32,56%
CHIRURGIA GENERALE	4		0,00%	14		0,00%
CHIRURGIA PLASTICA	1		0,00%	8	1	12,50%
CHIRURGIA TORACICA	78	70	89,74%	109	108	99,08%
CHIRURGIA VASCOLARE	6	2	33,33%	4	3	75,00%
DERMATOLOGIA	134	15	11,19%	153	2	1,31%
EMATOLOGIA	28	13	46,43%	10	3	30,00%
GASTROENTEROLOGIA				1		0,00%
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	76	3	3,95%	91		0,00%
MEDICINA GENERALE	272	80	29,41%	267	50	18,73%
NEFROLOGIA	41	15	36,59%	24	4	16,67%
NEUROCHIRURGIA	8	3	37,50%	6	6	100,00%
NEUROLOGIA	217	186	85,71%	240	211	87,92%
OCULISTICA	4	3	75,00%	3	2	66,67%
ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	2		0,00%	8		0,00%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	4		0,00%	3		0,00%
OTORINOLARINGOIATRIA	121	25	20,66%	92	8	8,70%
PNEUMOLOGIA	275	99	36,00%	262	28	10,69%
UROLOGIA	178	7	3,93%	251	15	5,98%

P.O. CATTINARA E MAGGIORE TS	1.492	536	35,92%	1.589	455	28,63%
-------------------------------------	--------------	------------	---------------	--------------	------------	---------------

Si nota una marcata diminuzione dei ricoveri per fratture di femore nei pazienti ultra65enni (- 75 casi pari ad una diminuzione del 14.8%). La performance di ASUITS nei tempi operatori è ottima e rientra con margine nel target regionale.

Fratture di femore ultra65enni	2017			2018		
	operate entro 2gg	totale	%	operate entro 2gg	totale	%
ASUITS	376	506	74,31%	342	431	79,35%

Il 2018 segna un leggero miglioramento dei ricoveri oltre soglia (ORDINARI ULTRA65ENNI DRG MEDICO) anche non siamo vicini al target regionale.

	2017			2018		
	TOT	OLTRE SOGLIA	%	TOT	OLTRE SOGLIA	%
MA SC CLINICA CHIRURGICA	3		0,00%	3		0,00%
MA SC CLINICA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGICA	3		0,00%	1		0,00%
MA SC CLINICA UROLOGICA	6		0,00%	3		0,00%
SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE	8	2	25,00%	13	2	15,38%
SC ANESTESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA ANTALGICA	82	2	2,44%	85	1	1,18%
SC CARDIOCHIRURGIA	82	8	9,76%	71	2	2,82%
SC CARDIOLOGIA	702	20	2,85%	780	7	0,90%
SC CHIRURGIA TORACICA	64	1	1,56%	47	2	4,26%
SC CL. CHIRURGIA MAXILLOFACCIALE-ODONTOST.	8		0,00%	9		0,00%
SC CLINICA CHIRURGICA	302	13	4,30%	342	16	4,68%
SC CLINICA DERMATOLOGICA	87	14	16,09%	67	9	13,43%
SC CLINICA DI CHIRURGIA PLASTICA	3	1	33,33%	8		0,00%
SC CLINICA DI CHIRURGIA VASCOLARE	74	1	1,35%	74	2	2,70%
SC CLINICA MEDICA	1.564	110	7,03%	1.229	98	7,97%
SC CLINICA NEUROLOGICA	486	65	13,37%	459	79	17,21%

SC CLINICA OCULISTICA	23		0,00%	22		0,00%
SC CLINICA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGICA	39	5	12,82%	34	6	17,65%
SC CLINICA OTORINOLARINGOIATRICA	125		0,00%	111	2	1,80%
SC CLINICA UROLOGICA	319	12	3,76%	319	17	5,33%
SC EMATOLOGIA	227	26	11,45%	115	5	4,35%
SC GERIATRIA	819	50	6,11%	837	40	4,78%
SC III MEDICA	1.642	54	3,29%	1.312	57	4,34%
SC I MEDICA	2.340	60	2,56%	1.536	42	2,73%
SC MALATTIE INFETTIVE	100	17	17,00%	105	13	12,38%
SC MEDICINA CLINICA	1.257	90	7,16%	1.221	66	5,41%
SC MEDICINA D'URGENZA	502	9	1,79%	380	9	2,37%
SC MEDICINA INTERNA				158	5	3,16%
SC MEDICINA INTERNA 10P				140	2	1,43%
SC NEFROLOGIA E DIALISI	178	27	15,17%	204	28	13,73%
SC NEUROCHIRURGIA	61		0,00%	65	2	3,08%
SC ONCOLOGIA	143	19	13,29%	114	10	8,77%
SC PNEUMOLOGIA	352	11	3,13%	360	7	1,94%
SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA	37	2	5,41%	58	2	3,45%
S. GASTROENTEROLOGIA CATTINARA				37		0,00%
TOTALI	11.638	619	5,32%	10.319	531	5,15%

ASUITS migliora la propria performance relativamente alla % dei ricoveri con DRG chirurgico rispetto al totale degli accolti. Come già dimostrato nelle prime pagine del presente report infatti, diminuiscono i ricoveri per causa medica e aumentano i DRG chirurgici. Il target regionale è: $\geq 38\%$

Ricoveri ordinari con DRG chirurgico su totale dei ricoveri ordinari	2017			2018		
	TOTAL E	DRG chirurgico	%	TOTAL E	DRG chirurgico	%
MEDICINA D'URGENZA	892	38	4,26%	667	43	6,45%
CARDIOCHIRURGIA	591	493	83,42%	571	479	83,89%

CARDIOLOGIA	1.996	951	47,65 %	2.008	897	44,67 %
CHIRURGIA GENERALE	2.100	1544	73,52 %	2.194	1576	71,83 %
CHIRURGIA PLASTICA	371	358	96,50 %	436	411	94,27 %
CHIRURGIA TORACICA	336	233	69,35 %	331	246	74,32 %
CHIRURGIA VASCOLARE	509	411	80,75 %	477	386	80,92 %
DERMATOLOGIA	183	36	19,67 %	173	68	39,31 %
EMATOLOGIA	363	23	6,34%	266	30	11,28 %
GASTROENTEROLOGIA				51		0,00%
GERIATRIA	847	27	3,19%	869	30	3,45%
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	318	25	7,86%	327	29	8,87%
MEDICINA GENERALE	7.800	99	1,27%	6.472	126	1,95%
NEFROLOGIA	322	74	22,98 %	337	66	19,58 %
NEUROCHIRURGIA	437	341	78,03 %	527	412	78,18 %
NEUROLOGIA	654	27	4,13%	649	30	4,62%
OCULISTICA	450	417	92,67 %	467	428	91,65 %
ODONTOIATRIA STOMATOLOGIA	E 151	120	79,47 %	162	123	75,93 %
ONCOLOGIA	264	18	6,82%	204	15	7,35%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1646	1572	95,50 %	1615	1548	95,85 %
OTORINOLARINGOIATRIA	757	498	65,79 %	813	570	70,11 %
PNEUMOLOGIA	674	76	11,28 %	681	59	8,66%
TERAPIA INTENSIVA	217	83	38,25 %	247	100	40,49 %
UNITA' CORONARICA	157	66	42,04 %	168	86	51,19 %

UROLOGIA	1402	810	57,77 %	1384	838	60,55 %
P.O. CATTINARA E MAGGIORE TS	23.437	8.340	35,58 %	22.096	8.596	38,90 %

Si assiste nel 2018 ad un incremento di circa 44mila prestazioni (senza laboratorio), cosa che porta il procapite ASUITS al 4,12 senza fuga, 4,18 compresa la stima della fuga contro il 3,96 del 2017 - 4,03 con fuga - (su oltre 3 milioni di prestazioni). Come dichiarato più volte l'obiettivo di comprimere la specialistica (target regionale al 3,4 procapite) risulta difficilmente raggiungibile dai residenti ASUITS perché significherebbe una riduzione di oltre 220.494 prestazioni annuali e non sarebbe armonizzabile con la necessità di diminuire le ospedalizzazioni né con il mantenimento dei tempi di attesa. Nello specifico aumentano di molto le prestazioni di riabilitazione (+12mila), cardiologia (+6mila), endocrinologia (+3,8mila), nefrologia (+3,7mila) neurologia (+3mila), diagnostica per immagini (+3mila). Come sempre va però tenuto presente che a Trieste sono molte le prestazioni di odontostomatologia (36.482 non presenti in altre sedi regionali) che, se estrapolate, porterebbero il procapite attuale a 3,99.

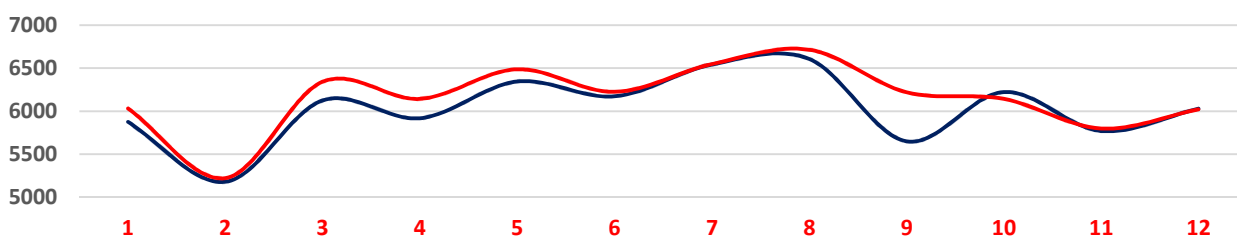
Si segnala inoltre che nel 2018 vi è stato un aumento di 2mila prestazioni di Ostetricia e Ginecologia che non sono controllabili da ASUITS.

Branca	2017		2018	
	qta	erogato	qta	erogato
ALTRE PRESTAZIONI	94.533	1.763.345,70	98.210	1.802.881,20
ANESTESIA	6.605	227.511,20	6.742	201.125,20
CARDIOLOGIA	66.382	2.345.659	72.686	2.573.151,40
CHIRURGIA GENERALE	10.956	383.271,30	12.015	416.710,50
CHIRURGIA PLASTICA	28.664	552.824,90	31.157	535.325,80
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	4.727	127.874,40	5.419	150.100,20
DERMOSIFILOPATIA	34.516	817.434,40	35.385	849.415,10
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDI	3.684	872.187,21	3.224	824.224,63
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADI	133.434	10.141.247,60	136.551	10.620.329,35
ENDOCRINOLOGIA	14.338	387.890	18.164	465.476,80
GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA	26.595	1.996.128	28.346	2.110.600,15
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE	1.841.469	12.448.279,12	1.850.127	12.666.662,80
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	230.953	3.602.802,70	243.033	3.858.186,80
NEFROLOGIA	48.544	6.194.698,20	52.320	6.217.465,90
NEUROCHIRURGIA	3.383	121.139,20	3.602	109.383,50
NEUROLOGIA	48.436	805.914,30	51.682	885.217,50

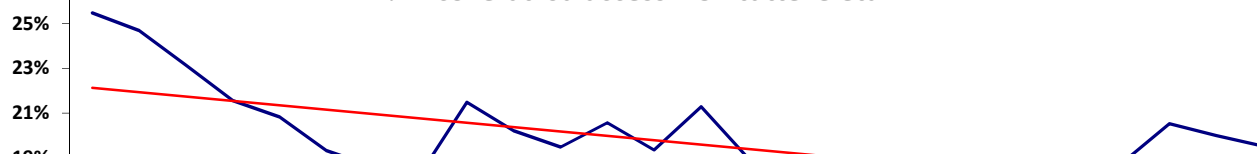
OCULISTICA	96.044	6.453.957,06	97.569	6.511.643,12
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA	38.676	984.215,80	36.482	932.607
ONCOLOGIA	39.133	3.722.740,70	41.061	4.401.300,90
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	52.210	1.423.679,95	53.442	1.525.485,20
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	21.547	1.012.391,40	23.501	1.102.962,70
OTORINOLARINGOIATRIA	25.647	541.783,30	24.306	517.321
PNEUMOLOGIA	26.762	685.055,90	27.128	703.119,50
PSICHIATRIA	6.658	146.872,40	7.178	161.723,20
RADIOTERAPIA	30.549	3.138.710,50	27.829	2.924.465,60
UROLOGIA	18.800	503.658,40	19.344	576.864,50
	198	2.732,40	235	3.243
TOTALE	2.953.443	61.404.005	3.006.738	63.646.993
TOTALE non LAB	1.111.974	48.955.726	1.156.611	50.980.330
	31/12/2016		31/12/2017	
POP PESATA	280.606		280.994	
PRO CAPITE no fuga	3,96		4,12	
FUGA 2017 no lab	19.263		19.263	
TOTALE NO LAB CON FUGA	1.131.237		1.175.874	
INDICATORE VINCOLO PRO CAPITE	4,03		4,18	

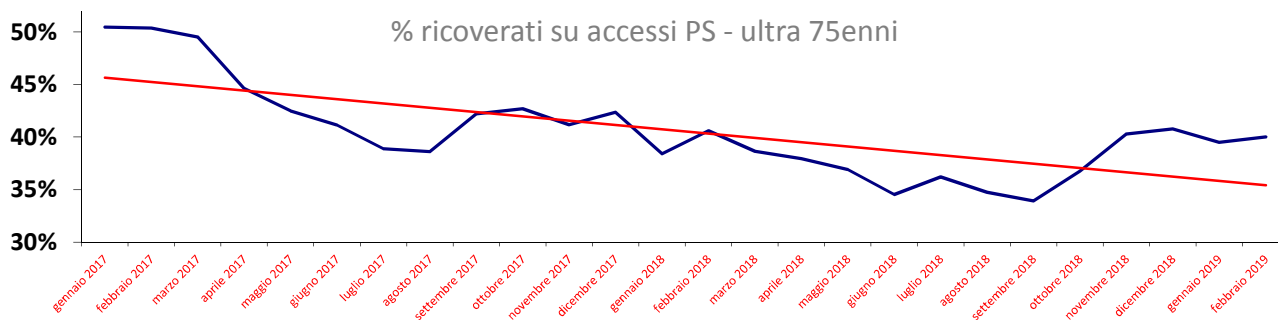
Si apprezza un aumento di 1.457 accessi ai Pronto Soccorso di ASUITS tra il 2018 (linea rossa) e il 2017 (linea blu), dovuto però per più della metà ai mesi di agosto e settembre e, in parte minore ad marzo, aprile e maggio. Considerando il volume complessivo degli accessi si tratta del 2,0%, quindi si può affermare che si tratta di una linea quasi costante nel tempo con variazioni stagionali.

accessi mensili PS ASUITS



% ricoverati su accessi PS - tutte le età





Nei due grafici precedenti l'andamento della percentuale di utenti ricoverati rispetto le persone che si sono presentate in Pronto Soccorso ASUITS. Si evince facilmente come la linea di tendenza sia estremamente positiva, anche se vi sono stati dei problemi verso la fine del 2018 che sembrano però essere in fase di riassorbimento con i primi mesi 2019.

In netto ulteriore peggioramento i dati, già molto lontani dall'obiettivo regionale, dei tempi di attesa in PS per i codici verdi. Queste informazioni sono usate dalla Regione FVG per monitorare l'efficienza del servizio.

Codici verdi visitati entro 1 ora - dati aggiornati al 31/12/2018							
	2017			2018			Diff. 17/18
	tot	entro 1 ora	%	tot	entro 1 ora	%	%
PS CATTINARA	24.642	8.050	32,67%	27.033	7.668	28,37%	-4,30%
PS MAGGIORE	8.748	4.277	48,89%	8.886	3.939	44,33%	-4,56%
ASUITS	33.390	12.327	36,92%	35.919	11.607	32,31%	-4,60%

Codici verdi permanenza entro 4 ore - dati aggiornati al 31/12/2018							
	2017			2018			Diff. 17/18
	tot	entro 4 ore	%	tot	entro 4 ore	%	%
PS CATTINARA	18.491	6.710	36,29%	21.268	7.620	35,83%	-0,46%
PS MAGGIORE	8.007	4.772	59,60%	8.171	4.712	57,67%	-1,93%
ASUITS	26.498	11.482	43,33%	29.439	12.332	41,89%	-1,44%

Codici verdi permanenza entro 4 ore - dati aggiornati al 31/12/2018

	2017			2018			Diff. 17/18
	tot	entro 4 ore	%	tot	entro 4 ore	%	%
PS CATTINARA	16.656	6.666	40,02%	18.622	7.487	40,21%	0,18%
PS MAGGIORE	7.833	4.764	60,82%	7.953	4.706	59,17%	-1,65%
ASUITS	24.489	11.430	46,67%	26.575	12.193	45,88%	-0,79%

Per quanto riguarda l'accesso al PS dei codici bianchi e verdi, migliorano rispetto l'anno precedente gli invii da RSA che però rappresentano un numero molto esiguo. Più alto il numero dei pazienti giunti dalla residenzialità (Case di riposo e residenze polifunzionali) che però segnala un aumento nel 2018 rispetto l'anno precedente.

provenienza BIANCHI + VERDI	persone				accessi			
	2017	2018	differenz a	variazion e	2017	2018	differenz a	variazion e
ALTRO	1.292	1.373	81	6%	1.376	1.452	76	6%
ALTRO OSPEDALE	60	57	-3	-5%	60	57	-3	-5%
CASA DI RIPOSO	1.139	1.246	107	9%	1.616	1.765	149	9%
DOMICILIO	8.035	8.513	478	6%	11.474	12.456	982	9%
RSA	203	190	-13	-6%	218	207	-11	-5%

Si presentano i dati sulle ospedalizzazioni evitabili calcolati con il metodo PQI (indicatori di qualità della prevenzione). Nella prima tabella le informazioni come calcolate per l'obiettivo regionale dal quale, pur essendo ASUITS in miglioramento, si resta lontani dal 115 richiesto. Si nota che il D1, verosimilmente per le caratteristiche della popolazione, si trova già oltre il target.

Tassi di ospedalizzazione evitabile (PQI)	2017	2018	diff	var %	Tasso grezzo
Distretto 1	630	570	-60	-9,52%	108,21
Distretto 2	674	681	7	1,04%	139,51
Distretto 3	760	695	-65	-8,55%	134,33
Distretto 4	697	642	-55	-7,89%	129,76
ASUITS	2.780	2.598	-182	-6,55%	127,90

PQI 1	PQI 3	PQI 5	PQI 7	PQI 8	PQI 10	PQI 11	PQI 12	PQI 13	PQI 14
complicanze a breve termine del diabete	complicanze a lungo termine del diabete	BPC O	ipertensione	scompenso cardiaco	disidratazione	polmonite batterica	infezione delle vie urinarie	angina senza procedure	diabete non controllato

Per completezza si riferiscono i dati relativo al complesso degli indicatori PQI, anche questi in miglioramento. Pure in questo caso i dati del Distretto 1 sono nettamente i migliori.

VALORI Ricoveri per PQI totali

Area	2017	2018	differenza 2018-2017	variazione % 17/18
Distretto 1	734	676	-58	-7,90%
Distretto 2	797	778	-19	-2,38%
Distretto 3	863	782	-81	-9,39%
Distretto 4	818	729	-89	-10,88%
ASUITS	3.235	2.976	-259	-8,01%

TASSO GREZZO x10.000

Area	2017	2018	differenza 2018-2017	variazione % 17/18
Distretto 1	139,22	128,34	-10,88	-7,81%

Distretto 2	164,86	159,38	-5,48	-3,32%
Distretto 3	165,99	151,15	-14,85	-8,94%
Distretto 4	165,12	147,35	-17,78	-10,76%
ASUITS	159,33	146,50	-12,83	-8,05%

Negli anni scorsi rappresentavano una criticità i ricoveri per BPCO, disidratazione e diabete. Come si nota dalle tabelle sottostanti il trend distrettuale è sostanzialmente virtuoso nel 2018 rispetto al 2017.

Ricoveri per BPCO, Disidratazione, Diabete (senza amputazioni)

Numero dimissioni	2017	2018	differenza 2018-2017	variazione % 17/18
Distretto 1	101	92	-9	-8,91%
Distretto 2	143	108	-35	-24,48%
Distretto 3	161	103	-58	-36,02%
Distretto 4	167	118	-49	-29,34%
ASUITS	583	429	-154	-26,42%

PQI	periodo	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	ASUITS
BPCO	2017	41	68	99	87	295
	2018	42	54	60	60	216
	2018-2017	1	-14	-39	-27	-79
	var% 18-17	2,44%	-20,59%	-39,39%	-31,03%	-26,78%
DIABETE	2017	23	18	19	25	94
	2018	10	13	15	20	65
	2018-2017	-13	-5	-4	-5	-29
	var% 18-17	-56,52%	-27,78%	-21,05%	-20,00%	-30,85%
DISIDRATAZIONE	2017	37	57	43	55	194
	2018	40	41	28	38	148
	2018-2017	3	-16	-15	-17	-46
	var% 18-17	8,11%	-28,07%	-34,88%	-30,91%	-23,71%

Un altro indicatore è relativo ai ricoveri “potenzialmente” inappropriati.

Ricoveri potenzialmente inappropriati residenti ASUITS

Numero dimissioni	2017	2018	differenza 2018-2017	variazione % 17/18
Distretto 1	1.659	1.533	-126	-7,59%
Distretto 2	1.548	1.395	-153	-9,88%
Distretto 3	1.978	1.768	-210	-10,62%
Distretto 4	1.774	1.562	-212	-11,95%
ASUITS	7.025	6.354	-671	-9,55%

Ricoveri potenzialmente inappropriati per erogatore (con target regionale $\leq 0,32$)

Ricoveri con DRG potenzialmente inappropriato	2017			2018		
	Inapp	Non Inapp	rapporto	Inapp	Non Inapp	rapporto
Disciplina di dimissione						
MEDICINA D'URGENZA	155	737	0,21	86	581	0,15
CARDIOCHIRURGIA	6	585	0,01	2	569	0,00
CARDIOLOGIA	102	1894	0,05	101	1907	0,05
CHIRURGIA GENERALE	474	1626	0,29	502	1692	0,30
CHIRURGIA PLASTICA	106	265	0,40	215	221	0,97
CHIRURGIA TORACICA	9	327	0,03	12	319	0,04
CHIRURGIA VASCOLARE	64	445	0,14	68	409	0,17
DERMATOLOGIA	94	89	1,06	98	75	1,31
EMATOLOGIA	170	193	0,88	91	175	0,52
GASTROENTEROLOGIA				27	24	1,13
GERIATRIA	209	638	0,33	175	694	0,25
LUNGODEGENTI	71	401	0,18	42	334	0,13
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	42	276	0,15	29	298	0,10
MEDICINA GENERALE	1510	6.290	0,24	1172	5.300	0,22
NEFROLOGIA	25	297	0,08	19	318	0,06
NEUROCHIRURGIA	24	413	0,06	21	506	0,04
NEUROLOGIA	99	555	0,18	84	565	0,15
OCULISTICA	439	11	39,91	453	14	32,36
ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	97	54	1,80	112	50	2,24
ONCOLOGIA	53	211	0,25	24	180	0,13
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	371	1275	0,29	359	1256	0,29

OTORINOLARINGOIATRIA	274	483	0,57	304	509	0,60
PNEUMOLOGIA	10	664	0,02	26	655	0,04
PSICHIATRIA	39	171	0,23	64	248	0,26
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	54	187	0,29	56	202	0,28
TERAPIA INTENSIVA	6	211	0,03	19	228	0,08
UNITA' CORONARICA	9	148	0,06	12	156	0,08
UROLOGIA	445	957	0,46	390	994	0,39
ASUITS CATTINARA E MAGGIORE	4.957	19.403	0,26	4.563	18.479	0,25

Si presentano i dati relativi ai ricoveri per BPCO.

Dal PAL 2019 di ASUITS: *“Questa rilevazione risente in maniera pesante della codifica delle SDO da parte dei reparti di Medicina Ospedaliera e ciò spiega le fluttuazioni del dato certamente non di origine epidemiologica né derivante da scostamenti improvvisi dell’assistenza territoriale. ASUITS si impegna, per il 2019 a ricercare la massima precisione nella compilazione della documentazione. Va aggiunto che, per inquadrare correttamente il fenomeno, è stato impostato un interessante lavoro con i MMG e le loro articolazioni (AFT). Si fa notare in ogni caso che i numeri esaminati sono molto bassi e che una minima variazione dei ricoveri altera di molto il tasso”.*

ricoveri BPCO (con fuga)	2016	2017	2018
Distretto 1	3	10	17
Distretto 2	12	21	18
Distretto 3	15	28	18
Distretto 4	11	25	21
ASUITS	42	87	77

C11A.3.1 ("BPCO")	2016	2017	2018
Target 55 x 100mila ab.			
NUMERATORE	42	87	77
DENOMINATORE	81.674	82.005	82.447
TASSO	51,42	106,09	93,39

Si presentano i dati relativi ai ricoveri per Scompenso

Dal PAL 2019 di ASUITS: *“Considerando che la codifica SDO può essere considerata sommariamente attendibile, il percorso del pz a rischio di ospedalizzazione per scompenso è maggiormente influenzabile dalle strutture distrettuali e specialistiche cardiologiche (per quanto riguarda ASUITS è stato influenzato favorevolmente anche dalla struttura territoriale medico-*

infermieristica del Centro Cardiovascolare). ASUITS si impegna quindi a proseguire in questa attività mantenendo sotto controllo il dato, anche considerando i ricoveri ripetuti e l'appartenenza distrettuale nonché la fascia d'età. Si sa infatti che i pazienti più anziani afferiscono di solito alle Strutture Ospedaliere di Medicina per attività diagnostiche e di inquadramento terapeutico e su questa tipologia di ricoveri si possono costruire percorsi alternativi (mentre i più giovani sono ricoverati in Cardiologia per procedure, dato verosimilmente non comprimibile)".

ricoveri Scopenso Cardiaco (con fuga)	2016	2017	2018
Distretto 1	45	51	42
Distretto 2	55	41	34
Distretto 3	54	59	55
Distretto 4	33	45	39
ASUITS	190	201	171

C11A.1.1 ("scopenso")	2016	2017	2018
Target 200 x 100mila ab.			
NUMERATORE	190	201	171
DENOMINATORE	81.674	82.005	82.447
TASSO	232,63	245,11	207,41

Non appare ancora sotto controllo l'appropriatezza delle indagini RM muscolo scheletriche per ultra65enni.

RM muscolo scheletriche ogni 1000 residenti ultra65 (target ≤ 24)		
2016	2017	2018
25,24	30,45	25,14

Si riportano i dati relativi ai ricoveri per diabete. Si ricorda che il target sulle amputazioni maggiori è calcolato su base triennale (≤28 casi per milione di residenti).

Dal PAL 2019 di ASUITS: *"Si metteranno in atto iniziative di rivalutazione dei casi di amputazioni maggiori per gli anni 2018 e 2019 che essendo numericamente molto pochi verranno analizzati singolarmente per capirne bene le cause ed agire di conseguenza al fine di migliorare la rete e la presa in carico.*

Si organizzeranno incontri di formazione per MMG e personale dei distretti dedicati al piede diabetico, con particolare riferimento alla prevenzione, allo screening, alla diagnosi precoce ed al percorso di gestione e presa in carico."

Anno intero ricoveri per diabete (con fuga)	2016	2017	2018
Distretto 1	17	12	5
Distretto 2	11	11	7
Distretto 3	16	14	10
Distretto 4	14	13	13
ASUITS	60	58	43

Anno intero ricoveri Amputazioni Maggiori per diabete	2015	2016	2017	2018
Distretto 1	2	2	2	2
Distretto 2	2	0	1	1
Distretto 3	2	3	3	2
Distretto 4	0	3	6	0
ASUITS	6	6	12	5
DENOMINATORE	236.186	234.955	234.746	234.691
TASSO			34,00	32,65

Si riportano i dati relativi all'assistenza domiciliare

SRD	utenti			accessi		
	2017	2018	Var. 18/17	2017	2018	Var.18/17
Distretto 1	674	747	10,83%	2.843	3.238	13,89%
Distretto 2	758	816	7,65%	3.778	4.148	9,79%
Distretto 3	749	727	-2,94%	2.706	2.510	-7,24%
Distretto 4	652	624	-4,29%	2.614	2.629	0,57%
ASUITS	2.813	2.894	2,88%	11.941	12.525	4,89%

SRD	Utenti con PRI	
	2017	2018
Distretto 1	77%	76%
Distretto 2	50%	46%
Distretto 3	51%	47%
Distretto 4	47%	48%

SID	utenti			accessi		
	2017	2018	Var.18/17	2017	2018	Var.18/17
Distretto 1	1.869	1.988	6,37%	27.873	28.457	2,10%
Distretto 2	1.893	2.120	11,99%	29.892	27.952	-6,49%
Distretto 3	2.663	2.673	0,38%	38.374	36.789	-4,13%
Distretto 4	1.948	1.967	0,98%	33.224	32.209	-3,06%
ASUITS	8.227	8.480	3,08%	129.363	125.407	-3,06%

SID	Utenti con PAI	
	2017	2018
Distretto 1	60%	58%
Distretto 2	56%	51%
Distretto 3	48%	48%
Distretto 4	45%	46%

Si riportano i dati relativi alle dimissioni protette

Dimissioni protette	2017				2018			
	PERSONE	VALUTAZ.	% PERS	% VAL.	PERSONE	VALUTAZ.	% PERS	% VAL.
DISTRETTO 1	1.370	3.410	24,68 %	27,13 %	1.324	3.214	22,97 %	25,20 %
DISTRETTO 2	1.591	2.963	28,67 %	23,58 %	1.574	3.070	27,30 %	24,07 %
DISTRETTO 3	1.294	2.334	23,32 %	18,57 %	1.716	3.494	29,77 %	27,39 %
DISTRETTO 4	1.674	3.860	30,16 %	30,72 %	1.589	2.977	27,56 %	23,34 %
TOTALE	5.550	12.567			5.765	12.755		

Si riportano le informazioni relative alle RSA. I dati da notare sono il tasso di occupazione sempre vicino al 100%, il bassissimo indice di turn over (sinonimo di grande efficienza organizzativa) e la degenza media che si mantiene attorno ai 24 giorni. La contrazione dei posti letto ha portato a 150 persone in meno accolte durante il 2018 rispetto al 2017.

2018										
Struttura RSA	PRESENZA MEDIA GG.	DEGENZA MEDIA	% OCCUP. MEDIA	INDICE DI TURN-OVER	INDICE DI ROTAZIONE	POSTI LETTO MEDI	PRESENZE	ACCOLTI	USCITI per dimissione	USCITI con decesso
CASA VERDE	36,3	24,02	99,81	0,05	14,12	36,3	13.233	551	504	12
IGEA	73,7	25,61	98,63	0,38	13,04	74,8	26.912	1.051	946	29
MADEMAR	70,8	24,58	100,17	-0,04	13,86	70,7	25.832	1.051	952	29
SAN GIUSTO	36,2	24,19	100,68	-0,18	14,17	36,0	13.230	547	496	14
ASUITS	217,0	24,75	99,67	0,09	13,67	217,7	79.207	3.200	2.898	84

2017										
Struttura RSA	PRESENZA MEDIA GG.	DEGENZA MEDIA	% OCCUP. MEDIA	INDICE DI TURN-OVER	INDICE DI ROTAZIONE	POSTI LETTO MEDI	PRESENZE	ACCOLTI	USCITI per dimissione	USCITI con decesso
CASA VERDE	37,8	22,63	99,34	0,16	15,03	38,0	13.779	609	552	19
IGEA	77,4	25,54	96,99	0,85	12,85	79,8	28.247	1.106	1.003	27
MADEMAR	73,8	25,11	100,10	-0,03	13,53	73,7	26.943	1.073	957	44
SAN GIUSTO	36,0	23,36	99,91	0,02	14,67	36,0	13.128	562	511	14
ASUITS	224,9	24,51	98,85	0,30	13,72	227,5	82.097	3.350	3.023	104

DIFFERENZA 2018-2017										
Struttura RSA	PRESENZA MEDIA A GG.	DEGENZA MEDIA	% OCCUP. MEDIA	INDIC. DI TURNOVER	INDIC. DI ROTAZIONE	POSTI LETTO MEDIA	PRESENZE	ACCOLLTI	USCITI per dimissione	USCITI con decesso
CASA VERDE	-1,5	1,39	0,47	-0,11	-0,90	-1,7	-546	-58	-48	-7
IGEA	-3,7	0,07	1,64	-0,47	0,20	-5,0	-1.335	-55	-57	2
MADEMAR	-3,0	-0,53	0,07	-0,02	0,32	-3,1	-1.111	-22	-5	-15
SAN GIUSTO	0,3	0,83	0,78	-0,20	-0,50	0,0	102	-15	-15	0
ASUITS	-7,9	0,25	0,81	-0,22	-0,05	-9,8	-2.890	-150	-125	-20

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Dati 2018

4.772 in contatto con i servizi di salute mentale territoriali, età media 54 anni, 55% sono donne.

1.936 persone visitate in luoghi diversi dalla sede del servizio

20 persone in TSO (12/100.000 abitanti adulti) di cui 1/2 (15 su 33 TSO) attuati nei CSM 24 h

Porte aperte ovunque e non uso di alcuna contenzione fisica

169 utenti impegnati nella formazione e nell'inserimento lavorativo nelle cooperative sociali e nelle imprese for profit, di cui 9 assunti.

160 Budget di salute per programmi terapeutico riabilitativi individuali.

6 (7 ammissioni) persone accolte con un programma semestrale nell'esperienza innovativa della Recovery House.

Il DSM dell'ASUI di Trieste

Il DSM dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste ha un bacino d'utenza di 234.874 abitanti; attualmente comprende 217 operatori, tra cui 124 infermieri e 21 psichiatri.

Si articola in 4 CSM aperti 24 ore su 24, 7 giorni su 7, ciascuno con 4 - 6 letti, che rispondono ognuno dei bisogni di salute mentale di un'area territoriale di circa 60.000 abitanti. I 4 CSM rappresentano, oggi, il cuore del sistema dei servizi triestini.

Il Servizio di Diagnosi e Cura, sito negli edifici dell'Ospedale Maggiore, munito di 6 p.l., funge prioritariamente da filtro per situazioni urgenti notturne, e di norma non ospita per più di 24 ore, rinviando, nel tempo più rapido possibile, al CSM di competenza per l'area dove le persone vivono

o ad altri servizi. Il SPDC rappresenta una cerniera essenziale con l'ospedale, e con il sistema 118, di particolare rilievo nell'area dell'urgenza.

Il DSM comprende anche un Servizio di Abilitazione, Residenzialità e REMS, che coordina i programmi di abitare assistito le forme di domiciliarità avanzata il cui scopo principale è incoraggiare il passaggio da situazioni comunitarie alla propria casa, con il sostegno giornaliero necessario. Con il DSM collabora una rete di circa 15 Cooperative Sociali e anche associazioni di familiari, utenti e volontari.

Dal 4 maggio 2015 è stata attivata la funzione REMS (Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza) con 2 posti presso il Centro Diurno di Aurisina. Si tratta di un'esperienza innovativa di alternativa all'OPG che rappresenta il contributo concreto del DSM dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste al superamento degli OPG in Italia, stabilito dalla legge 81 del 2013. Finora 8 persone residenti in FVG (di cui 1 a Trieste) sono transitate dalla REMS.

Nel mese di giugno 2016 si è completata la chiusura delle ultime 3 residenze site nel comprensorio dell'ex-OP per complessive 19 persone, ricollocate in situazioni di abitare supportato sul territorio sostenute dai budget di salute. Ciò, anche simbolicamente, ha concluso il processo di deistituzionalizzazione e di restituzione alla comunità delle strutture e del parco dell'ex ospedale psichiatrico.

Dati d'attività

Nel 2018 con i servizi del Dipartimento di Salute Mentale sono entrate in contatto 4.772 persone con un tasso standardizzato di 241 persone ogni 10.000 residenti. Le donne sono pari al 55% (2.635) dell'utenza complessiva. Il genere femminile ha una speranza di vita maggiore rispetto a quello maschile per cui le età medie dei due generi si differenziano in maniera pronunciata; per le donne che si rivolgono ai servizi di salute mentale territoriali abbiamo un'età media di 57 anni mentre per gli uomini questa scende a 50 anni. Il 28% (1.350) sono persone al primo contatto con i servizi di salute mentale e oltre la metà (51%, 2.414 persone) presenta un disturbo mentale severo: disturbi nell'area della psicosi, del tono dell'umore, di personalità.

Lo scorso anno il 21,7% (1.936) delle persone in contatto con i servizi di salute mentale territoriali sono state visitate a domicilio e/o in luoghi diversi dalla sede dei servizi di salute mentale, incluso il carcere.

Le prestazioni erogate nel 2018 dal DSM dell'ASUI di Trieste ammontano a 210.389 interventi con una media di 44 prestazioni per utente. Complessivamente il 67,45% degli interventi è effettuato in sede, il 12,59% a domicilio e il resto (19,95%) in una sede esterna.

L'attività territoriale ha realizzato un'infrastruttura a team territoriali (2 per CSM) multidisciplinari con adozione del case management intensivo individuale e di gruppo per circa 400 persone con presa in carico e programmi di cura di più lunga durata.

20 persone sono state ricoverate con le modalità del trattamento sanitario obbligatorio per complessive 316 giornate di ricovero, con un tasso di 9 persone ricoverate in trattamento sanitario obbligatorio ogni 100.000 persone residenti (17 ogni 100.000 è la media nazionale). Il tasso di dimissione da trattamenti sanitari obbligatori (TSO) è uno dei più bassi in Italia inoltre, quasi la metà delle persone in TSO a Trieste sono trattate nei CSM (242 giornate di ricovero) piuttosto che in ambiente ospedaliero.

169 persone sono diventate titolari di borsa di lavoro o hanno partecipato a percorsi di formazione ed inserimento lavorativo promossi dal DSM.

Nel 2018 9 persone sono state assunte a seguito dei percorsi attivati.

400 sono i soci delle cooperative sociali che provengono dall'area dello svantaggio, 1/3 di loro soffre di disturbi mentali severi.

I servizi di salute mentale non fanno uso di alcuna misura di contenzione, come porte chiuse e mezzi meccanici; l'elettroshock è stato abolito all'arrivo del prof. Basaglia.

Costi e personale

Nel 2016, il DSM di Trieste ha speso circa 17 milioni di euro per garantire i servizi di salute mentale. Solo il 6% di questa cifra è stata utilizzata per il SPDC, laddove il 94% è stato impiegato per finanziare i servizi propriamente territoriali. Quasi il 20% è speso per pagamenti diretti agli utenti come sussidi economici, borse di lavoro, attività di tempo libero, e principalmente budget di salute personalizzati, per sostenere persone con problemi complessi (160 persone nel 2018).

I costi reali del DSM mostrano un certo calo sul versante del personale, che in termini assoluti passa da 224 unità del 2009 a 219 di maggio 2018 pur conteggiando i 12 operatori assunti a tempo determinato con fondi regionali per l'attivazione della REMS di Aurisina nel 2016.

Il personale, uomini e donne, ha un età media di 50 anni e questo concorre a far sì che 50 unità siano soggette a limitazioni fisiche certificate o che usufruiscano di permessi della L. 104 per sostenere i familiari in difficoltà.

Innovazioni

Il DSM ha promosso la costituzione del progetto "Qualcosa è cambiato" rivolto ai tardo adolescenti e giovani adulti di età compresa tra i 15 -25 anni a rischio di psicosi o all'esordio psicotico dal 2010, in collaborazione con i Distretti e i servizi per le dipendenze, ed ha proposto nel 2016 un modello innovativo di riorganizzazione dei servizi per la salute mentale in questa fascia d'età.

Dal 2015 sono state introdotte tre innovazioni.

Si è realizzata la costruzione della "casa delle guarigione" (recovery house), un programma innovativo, di partenariato tra utenti, famiglie, operatori del DSM e del privato sociale (associazione San Martino al Campo, cooperativa Germano) per offrire un'esperienza di ospitalità transizionale e supporto intensivo ai percorsi di ripresa di persone giovani, che ha già coinvolto quattro gruppi di 6 persone ciascuno con esiti positivi valutati da una ricercatrice dell'Istituto di Scienze e Tecnologie della Cognizione del Centro Nazionale Delle Ricerche.

Si è sperimentata l'introduzione, nelle pratiche del DSM, dell'approccio Evidence Based del Dialogo Aperto sviluppato in Finlandia, uno dei più innovativi a livello internazionale. Questo attraverso la partecipazione ad un progetto CCM 2014 con la ASL di Torino.

Gruppo Funzionale per il miglioramento della qualità degli interventi sull'area della crisi e dell'esordio

Presso il SPDC è stato attivato il Servizio di Trattamento Intensivo Domiciliare (STID) che prevede un'equipe di crisi per il trattamento domiciliare. Lo STID ha la finalità generale di migliorare la qualità degli interventi sull'area della crisi e dell'esordio, relativamente alle connessioni di sistema tra CSM ed SPDC e all'implementazione di approcci proattivi, domiciliari e di rete (anche secondo il Dialogo Aperto).

Tale progetto si configura come una funzione del SPDC per “garantire una risposta alla domanda di crisi che perviene al servizio, attraverso:

- a. valutazione e presa in carico della crisi psichiatrica all’esordio e di quanto non afferisce direttamente come domanda urgente ai CSM;
- b. coordinamento dell’area crisi del DSM a garanzia del miglioramento continuo di qualità in termini di tempestività, accessibilità, mobilità, flessibilità, continuità, in particolare privilegiando la domiciliarità ed evitando l’uso del posto letto del SPDC;
- c. favoreggiamento del passaggio o della ripresa in carico al CSM di competenza territoriale nei tempi più rapidi possibili in ragione della risoluzione della crisi.

E’ stato avviato un intenso lavoro di innovazione e rilancio dell’attività e dei programmi del DSM, che si è dato uno strumento innovativo (Comitato di Partecipazione) per informare, discutere e consultare cittadini ed associazioni insieme con gli operatori dei servizi.

Le attività abilitative e di inclusione sociale, realizzate col concorso di associazioni di volontariato e di promozione sociale della città, sono state riorganizzate nel c.d. “Centro Diurno Diffuso”, con oltre 20 luoghi e 6 aree di attività, dal benessere fisico alla partecipazione alle attività di aggregazione all’inserimento lavorativo, ai programmi di genere alle attività espressive e culturali.

14 persone con esperienza diretta del disturbo hanno completato un corso ENAIP di 300 ore sull’argomento e si stanno progressivamente inserendo come operatori del supporto tra pari (peer-support worker) nelle attività abilitative. 2 di queste persone sono state assunte dalla cooperazione sociale per affiancare il personale aziendale nell’accoglienza della domanda nei servizi di salute mentale territoriali e per contribuire a finalizzare i tempi della permanenza nel CSM dell’utenza.

Il DSM dell’ASUITS come Centro Collaboratore OMS per la Ricerca e la Formazione

L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha confermato al Dipartimento di Salute Mentale dell’ASUITS il ruolo di Centro collaboratore per il periodo 2014 - 2018. Si tratta dell’unica struttura al mondo individuata dall’OMS per aiutare lo sviluppo di servizi di comunità e l’innovazione nel settore della salute mentale.

Il DSM ha collaborato, dal 1987 a oggi, con operatori della salute mentale in molti luoghi del mondo, dall’America Latina all’Africa, ai Paesi europei martoriati dalle guerre, ma anche in quelli in repentino sviluppo economico. Sono in corso in particolare progetti finanziati con Argentina, Serbia e Montenegro, e il programma Quality Rights con paesi come India e Malaysia.

Tra i compiti assegnati al Centro anche quello di implementare il ruolo della Scuola dedicata a Basaglia, capace di portare a Trieste per formarsi ogni anno diverse centinaia di operatori, ricercatori e direttori di servizi e ONG da tutto il mondo. L’edizione che si è tenuta a dicembre dello scorso anno ha visto la presenza di oltre 250 iscritti provenienti da 22 nazioni mentre durante lo scorso anno 559 persone sono venute in visita a Trieste per conoscere quant’è rimasto dell’esperienza basagliana di deistituzionalizzazione e lo stato dei servizi di salute mentale territoriali. L’OMS ha chiesto a Trieste di sviluppare un compendio delle best practices in salute mentale di comunità nell’ambito del programma Quality Rights. E’ stato costituito nel 2015 un gruppo di lavoro sulle attività internazionali che sta formando operatori del DSM di ASUITS e che negli anni ha coinvolto tutti gli altri DSM regionali.

Il 21 – 23 giugno 2018 presso il teatrino “Franco e Franca Basaglia” si è tenuto il convegno “Democrazia e salute mentale di comunità” per ricordare la trasformazione paradigmatica avviata

dalla legge di riforma nel paese e nel mondo. L'evento ha visto la partecipazione di oltre 500 persone provenienti da tutto il mondo a parlare di diritti e di democrazia, a riflettere sulla centralità dei bisogni e dei desideri: a interrogarsi su tutto ciò che si immagina negato alle persone con disturbo mentale.

DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Il DDD nel corso del 2018 ha continuato a registrare un costante aumento dei soggetti presi in carico per problematiche da dipendenza, trend più evidente soprattutto nella fascia della popolazione under 25.

La stessa tendenza si registra anche per il **CENTRO MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE** che negli ultimi anni ha ampliato la sua offerta con la possibilità di vaccinazione anti HPV ed epatite A per i soggetti a rischio, prestazione offerta su richiesta in anonimato.

I percorsi di presa in carico assicurati dalle équipe multiprofessionali risultano a media, alta ed altissima intensità:

- a. **DIPENDENZE DA SOSTANZE ILLEGALI:**Il servizio, aperto 7/7 offre interventi di diagnosi, cura, riabilitazione socio lavorativa con interventi ambulatoriali, territoriali, domiciliari anche sulle 24 ore, programmi di tipo residenziale presso Comunità Terapeutiche convenzionate regionali e nazionali e attivazione di programmi di misura alternativa alla detenzione.

Nel 2018 la durata media della presa in carico è stata di 930 giorni (anno 2017: n. 1.380) , con una **media prestazionale annua di 270 prestazioni** (anno 2017: n. 235). Tali dati rendono evidenti i risultati degli importanti interventi di riorganizzazione, riallocazione ed ottimizzazione delle risorse che, si precisa, nel corso del 2018, sono state inferiori rispetto all'anno precedente.

- b. **DIPENDENZE DA SOSTANZE LEGALI** . Il servizio, aperto 5/7 offre interventi di diagnosi, cura, riabilitazione socio lavorativa con interventi ambulatoriali, territoriali, domiciliari anche sulle 24 ore, programmi di tipo residenziale presso la Residenza Sanitaria Alcolologica e le Residenze Intermedie per Alcolisti e attivazione di programmi di misura alternativa alla detenzione. (alcol, gioco d'azzardo patologico, tabagismo): la durata media della presa in carico nel 2018 è stata di 237 giorni, con una **media prestazionale annua di 135 prestazioni**.

Il DDD assicura inoltre **ATTIVITÀ ACCERTATIVA DI TIPO MEDICO LEGALE** (controlli di 2° livello per lavoratori con mansioni a rischio, visite specialistiche per la Commissione Medica Locale Patente, valutazioni per porto d'armi, per le pratiche di adozione, per programmi richiesti dalla Prefettura ex art. 75 e 121, per accesso alla carriera militare, etc)

Tale attività è in costante aumento: nel 2017 sono stati garantiti 527 percorsi, con n. 6.692 prestazioni, nel 2018 i percorsi sono stati 685 e le prestazioni erogate n. 9.714.

DATI UTENZA	2018	2017	2016
(fonte dati: Piattaforma MFP5)			

	TOTAL I	UOMIN I	DONN E	TOTAL I	UOMIN I	DONN E	TOTAL I	UOMIN I	DONN E
SERVIZI PER DIPENDENZE	2800	2024	776	2724	1995	769	3071	2260	802
CENTRO MST	1912	1223	689	1822	1192	630	1767	1167	600
TOTALE DIPARTIMENT O	4712	3247	1465	4546	3187	1399	4838	3427	1402

	TOTAL I	UOMIN I	DONN E	TOTAL I	UOMIN I	DONN E	TOTAL I	UOMIN I	DONN E
SOSTANZE ILLEGALI	1412	1049	363	1396	996	400	1228	931	286
<i>over 25</i>	1225	931	294	1229	889	340	1062	822	229
<i>under 25</i>	187	118	69	167	107	60	166	109	57
CARCERE	101	91	10	111	98	13	105	95	10
ALCOL	1024	765	259	1097	819	278	1104	842	265
GAP	192	152	40	141	114	27	110	91	19
TABACCO	410	223	187	344	169	175	343	176	167
TOTALE UTENTI CON DIAGNOSI DI DIPENDENZA PATOLOGICA	3139	2280	859	3089	2196	893	2890	2135	747

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

L'attività della S.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro ha garantito il raggiungimento degli obiettivi previsti nei LEA e, anche a fronte di contesti ad alto rischio, quali in particolare l'attività portuale, la siderurgia, la costruzione di grandi motori, ha raggiunto significativi risultati, collocandosi tra le aree a livello nazionale con minor incidenza di infortuni mortali. È stata referente di importanti progetti nell'ambito del CCM e dei piani di ricerca INAIL, si ricorda in particolare i progetti sulle strutture residenziali per anziani, in collaborazione con la S.C. Igiene degli alimenti e nutrizione, la S.C. Igiene e Sanità Pubblica e la S.S.D. Sicurezza Impiantistica, e sulla prevenzione nel comparto marittimo portuale ove, a fronte di un incremento delle attività e delle merci mobilitate, è stata ottenuta una significativa riduzione degli infortuni sul lavoro. Estremamente importante inoltre è stato l'impegno legato alle indagini relative alle neoplasie amianto-correlate, che nella nostra area rappresentano il terribile esito delle attività svolte in provincia nella seconda metà del secolo scorso.

La S.C. Igiene e Sanità Pubblica nel corso del 2018 ha dovuto affrontare impegni sempre maggiori, che hanno comportato un enorme impegno, si ricorda in particolare la problematica legata alle sempre maggiori attività di igiene richieste anche dalla Prefettura a seguito del rintraccio di migranti giunti attraverso la c.d. "rotta balcanica", all'applicazione del D.L. 73/2017 ed all'offerta vaccinale richiesta dai recenti disposti. In una fase di transizione relativa al ricambio del personale ed alla comparsa di nuove emergenze (arbovirus, scabbia, tubercolosi, ecc.) un eccezionale impegno è stato speso nella costituzione della rete di collaborazione interaziendale e nella redazione di protocolli di intervento aggiornati e condivisi. Si ricorda in particolare che la Struttura è referente regionale dell'attività relativa alle operazioni di disinfestazione dalle zanzare. Nel corso del 2018 un grande impegno è stato richiesto per l'attività mirata alla riclassificazione delle residenze per anziani di cui al Titolo X del D.P.Reg. 144/2015, attività particolarmente rilevante, stante il fatto che ben il 45% delle strutture presenti nella nostra regione sono collocate nel territorio di competenza dell'ASUITs.

La S.C. Igiene degli Alimenti e Nutrizione nell'ultimo anno ha sofferto della carenza di personale legata alla cessazione del rapporto di lavoro di molti operatori, non ancora coperta da nuove assunzioni, importante è stata l'attività svolta, in collaborazione con le altre Strutture dipartimentali sopra citate, mirata a garantire gli aspetti igienici e le qualità nutrizionale dei cibi offerti nell'ambito della ristorazione collettiva, rientrando nella progettualità di una delle aree tematiche del programma *Workplace Health Promotion (WHP)*.

Le Strutture veterinarie, che nel 2018 sono state impegnate in un importante percorso di abbandono dell'archiviazione in cartaceo a favore dell'archiviazione in digitale, hanno svolto le attività di competenza garantendo le attività previste per i controlli delle condizionalità, è stato garantito il controllo degli Allevamenti per TBC bovina, brucellosi bovina/bufalina e ovicaprina. È stata inoltre svolta attività di georeferenziazione e verifica delle condizioni igienico-sanitarie delle colonie feline, è stato seguito il percorso di verifica dell'efficacia e della appropriatezza dei controlli ufficiali effettuati dal personale della Struttura e sono stati effettuati i controlli ufficiali negli stabilimenti riconosciuti CE per la valutazione della efficacia della formazione del personale alimentarista in materia di igiene e procedure di lavoro, adottando strumenti specifici.

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
Direzione Generale - Staff	1	Adeguatezza nelle prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione e continuità delle cure	
Direzione Generale - Staff	2	Miglioramento adeguatezza nei percorsi riabilitativi nelle disabilità complesse di tipo ortopedico. Riduzione delle giornate di ricovero riabilitativo post chirurgia di elezione	
Funzione supporto alla progettazione delle politiche aziendali e correlate funzioni di segreteria	1	Istituzione ed implementazione dell'archivio informatico del server di Direzione Amministrativa e di Direzione Strategica.	100%
Funzione supporto alla progettazione delle politiche aziendali e correlate funzioni di segreteria	2	Istituzione ed aggiornamento dell'elenco nominativo dei referenti aziendali per i gruppi di lavoro regionali.	100%
Funzione supporto alla progettazione delle politiche aziendali e correlate funzioni di segreteria	3	Rinnovo dell'accordo tra A.S.U.I. di Trieste e Federfarma Trieste per le attività del Centro Unico di Prenotazione, stipulato il 16.9.2014 e prorogato fino al 30.6.2018.	100%
Funzione supporto alla progettazione delle politiche aziendali e correlate funzioni di segreteria	4	Nomina dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Prestazione (O.I.V.) dell'A.S.U.I. di Trieste	100%
Gestione Programmazione	1	Continuità territorio – ospedale - territorio	100%
Gestione Programmazione	2	Sistema informativo distrettuale	100%
SC Controllo di Gestione	1	Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUITS- Redazione del regolamento aziendale recante disciplina delle sperimentazioni cliniche e degli studi osservazionali	100%
SC Controllo di Gestione	2	Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUITS- Redazione del regolamento aziendale recante l'accesso degli informatori scientifici	100%
SC Controllo di Gestione	3	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC Controllo di Gestione	4	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	100%
SC Controllo di Gestione	5	Sistema di governo	100%
SC Controllo di Gestione	6	Razionalizzazione dei costi	100%
SC Staff, Innovazione, Sviluppo Organizzativo e Formazione – Funzione Staff	1	Redazione di un regolamento aziendale recante disciplina delle competenze del RUP e del DEC nei contratti di fornitura di beni e servizi	100%
SC Staff, Innovazione, Sviluppo Organizzativo e Formazione – Funzione Staff	2	Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUITS- Redazione del regolamento aziendale recante disciplina delle sperimentazioni cliniche e degli studi osservazionali	100%
SC Staff, Innovazione, Sviluppo Organizzativo e Formazione – Funzione Staff	3	Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUITS- Redazione del regolamento aziendale recante l'accesso degli informatori scientifici	100%
SC Staff, Innovazione, Sviluppo Organizzativo e Formazione – Funzione Staff	4	Progettazione e realizzazione delle schede per la rilevazione delle esigenze formative PAF 2018 e delle schede di progetto per l'accreditamento ECM 2018	100%
SC Staff, Innovazione, Sviluppo Organizzativo e Formazione – Funzione Staff	5	Implementazione della rete dei referenti della formazione anno 2018 per la valorizzazione delle competenze nel contesto dei processi del sistema formativo aziendale	100%
SC Staff, Innovazione, Sviluppo Organizzativo e Formazione – Funzione Staff	6	Conformità del sistema di qualità alla norma ISO9001:2015. Realizzazione della mappa dei portatori di interesse del Provider ECM FVG ASUITS"	100%
SC Ricerca, Innovazione clinico-assistenziale, Qualità, Accreditamento e Rischio clinico	1	Ricerca & Innovazione Riorganizzare le funzioni di Ricerca e Innovazione clinico-assistenziale all'interno dell'Azienda Funzione di Ricerca e Innovazione	100%
SC Ricerca, Innovazione clinico-assistenziale, Qualità, Accreditamento e Rischio clinico	2	Ricerca & Innovazione Riorganizzare le funzioni di Ricerca e Innovazione clinico-assistenziale all'interno dell'Azienda Funzione di Ricerca e Innovazione	100%
SC Ricerca, Innovazione clinico-assistenziale, Qualità, Accreditamento e Rischio clinico	3	Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUITS Ricerca & Innovazione Migliorare l'accesso dei ricercatori ASUITS alle attività di ricerca Redazione del regolamento aziendale recante disciplina delle sperimentazioni cliniche e degli studi osservazionali	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC Ricerca, Innovazione clinico-assistenziale, Qualità, Accreditamento e Rischio clinico	4	Ricerca & Innovazione Riorganizzare la gestione interna dell'Ufficio Studi attraverso l'informatizzazione delle informazioni utili alla gestione delle autorizzazioni degli Studi proposti dai ricercatori Funzione di supporto al Nucleo di Ricerca Clinica ed Epidemiologica e CEUR	100%
SC Ricerca, Innovazione clinico-assistenziale, Qualità, Accreditamento e Rischio clinico	5	Ricerca & Innovazione Migliorare l'accesso dei ricercatori ASUITs alle attività di ricerca Completamento dell'istruttoria inerente l'approvazione degli studi già sottoposti all'iter pre-autorizzativo e approvazione da parte del CEUR Funzione di supporto al Nucleo di Ricerca Clinica ed Epidemiologica e CEUR	100%
SC Ricerca, Innovazione clinico-assistenziale, Qualità, Accreditamento e Rischio clinico	6	Qualità e Accreditamento Riconoscimento UNICEF di ASUITs quale "Comunità Amica dei Bambini per l'allattamento materno" Mantenimento della conformità ai requisiti dell'Accreditamento UNICEF per la visita di rivalutazione del certificato BFCI	100%
SC Ricerca, Innovazione clinico-assistenziale, Qualità, Accreditamento e Rischio clinico	7	Qualità e Accreditamento Obiettivo Aziendale PAL del Programma VIII del PRP: Partecipazione alla stesura delle schede di prodotto e delle flow chart, con le metodiche e gli strumenti predisposti nell'ambito della IV fase del progetto di ricerca "Prodotti Finiti FVG"	100%
SC Ricerca, Innovazione clinico-assistenziale, Qualità, Accreditamento e Rischio clinico	8	Qualità e Accreditamento Obiettivo Aziendale PAL del Programma XIII del PRP: Avvio di un processo di accreditamento dei servizi vaccinali	100%
SC Ricerca, Innovazione clinico-assistenziale, Qualità, Accreditamento e Rischio clinico	9	Qualità e Accreditamento Implementazione del Sistema di Gestione per i Controlli Ufficiali in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria come richiesto dalle Linee Guida 2013 per il funzionamento ed il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale	100%
SSD Prevenzione Protezione Ambienti Lavoro	1	Promozione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e applicazione del SGSL	100%
SSD Prevenzione Protezione Ambienti Lavoro	2	Promozione della sicurezza antincendio	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SSD Prevenzione Protezione Ambienti Lavoro	3	Coinvolgimento degli addetti nell'ambito della prevenzione dei rischi in tema di salute e sicurezza sul lavoro relativamente all'organizzazione apicale della sicurezza aziendale, con acquisizione di ulteriori competenze trasversali	100%
SSD Prevenzione Protezione Ambienti Lavoro	4	Promozione della salute e sicurezza nei luoghi lavoro attraverso la formazione dei lavoratori secondo quanto previsto dall'accordo stato-regioni	100%
SSD Prevenzione Protezione Ambienti Lavoro	5	Coinvolgimento degli addetti nell'ambito della prevenzione dei rischi in tema di salute e sicurezza sul lavoro relativamente all'organizzazione apicale della sicurezza aziendale, con acquisizione di ulteriori competenze trasversali	100%
Comunicazione, relazioni esterne, ufficio stampa	1	Con decreto n. 561/del 23-08-17 è iniziata la fase di accorpamento dei due URP che prevede tra l'altro l'istituzione del Servizio di Comunicazione-relazioni esterne e ufficio stampa. Necessaria riorganizzazione Logistica / organizzativa del servizio URP previsto tra l'altro dal Piano di Comunicazione Aziendale integrato decreto n. 90 del 01-02-18 Riorganizzazione logistica delle attività amministrative previste dall'Atto aziendale	100%
Comunicazione, relazioni esterne, ufficio stampa	2	Definizione di policy interna ed esterna per l'utilizzo e la gestione dei canali di Comunicazione Social	100%
Comunicazione, relazioni esterne, ufficio stampa	3	Valutazione dell'impatto della comunicazione	100%
Comunicazione, relazioni esterne, ufficio stampa	4	Supporto alle strutture nell'organizzazione di grandi eventi in particolare per l'incentivazione di sani stili di vita	100%
Direzione sanitaria - Medico Competente	1	Valutare la copertura nei confronti di morbillo, parotite, rosolia, varicella negli operatori sanitari	100%
Direzione sanitaria - Medico Competente	2	Gestione del sistema di incident reporting per l'area territoriale	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC Direzione Infermieristica e Ostetrica	1	Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016 (PAL 3.3.1) mantenere fede a <i>Trieste libera da contenzione</i> anche per le persone ricoverate nelle terapie intensive e semintensive e nei casi complessi e in ogni degenza;	100%
SC Direzione Infermieristica e Ostetrica	2	Sperimentare una nuova tipologia di continuità assistenziale tra ospedale e territorio riferita ai casi meno complessi in collaborazione con la Direzione Socio sanitaria e Televita spa - Screening popolazione anziana fragile (PAL 3.5.1) i reparti del dai di medicina e i distretti.	100%
SC Direzione Infermieristica e Ostetrica	3	Presenza dei care giver in corso di visita nei reparti di degenza (PAL 3.7.4)	100%
SC Direzione Infermieristica e Ostetrica	4	Progettare un Centro Unico moduli preoperatori	100%
SC Direzione Infermieristica e Ostetrica	5	Attivare il monitoraggio in G2 – “scheda incidenza lesioni da pressione (LdP)” mandato Direzione Centrale FVG nelle SEGUENTI strutture: - geriatria - terza Medica - Prima Medica - Clinica Medica - Medicina Clinica - Clinica Ortopedica - Clinica Neurologica - Medicina d’Urgenza - Unità Terapia Intensiva Coronarica - Pneumologia - CCH TIPO - ARTA - RSA San Giusto – Dis 2	100%
SC Direzione Infermieristica e Ostetrica	6	Monitoraggio dell’Appalto “ Trasporti intraospedalieri malati” – Decreto n. 790 del 14/12/2016	100%
SC Direzione Infermieristica e Ostetrica	7	Monitoraggio delle pulizie quotidiane nelle aree di degenza	100%
SC Direzione Infermieristica e Ostetrica	8	PAL 2018 aggiornamento delle procedure e del protocollo di continuità assistenziale ospedale/territorio ASUITS	100%
SC Direzione Infermieristica e Ostetrica	9	Gestione della tempistica di dimissione dall’ospedale	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC Direzione Infermieristica e Ostetrica	10	Attivare il monitoraggio dell'incidenza delle lesioni da pressione (LdP, mandato regionale), con l'utilizzo della scheda G2 "incidenza LdP" nelle seguenti strutture: - terza Medica - Prima Medica - Clinica Medica - Medicina Clinica - Clinica Ortopedica - Clinica Neurologica - Medicina d'Urgenza - Unità Terapia Intensiva Coronarica - Pneumologia - CCH TIPO - Anestesia Rianimazione OM e OC - RSA San Giusto	100%
SC Direzione Infermieristica e Ostetrica	11	Garantire che gli studenti in tirocinio siano in possesso dei pre-requisiti necessari alla sicurezza dei pazienti e coordinare le iniziative volte a garantire la sicurezza degli studenti nei contesti di tirocinio con quanto previsto nell'art.17 del Protocollo d'Intesa.	100%
Servizio Riabilitativo Aziendale	1	3.6.2 Emergenza urgenza Revisione dei percorsi di continuità riabilitativa ospedale -territorio per pazienti con ictus e frattura di femore	100%
Servizio Riabilitativo Aziendale	2	3.2.12. Emersione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP)	100%
Servizio Riabilitativo Aziendale	3	3.2.7. Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)	100%
SC Assistenza Farmaceutica - Area Ospedaliera	1	Monitoraggio d'impiego di Eparine a Basso Peso Molecolare (EBPM) e fondaparinux a seguito di intervento di chirurgia ortopedica maggiore. Le Linee Guida di riferimento raccomandano l'impiego di EBPM e fondaparinux nella profilassi e nel trattamento del TEV, con dosaggi e durate di terapia specifiche per ciascun impiego, secondo le logiche dell'EBM. La spesa per tale categoria di farmaci in ASUITS impatta circa per l'1,5% della spesa farmaceutica totale, con possibili margini di contenimento legati al miglioramento dell'appropriatezza.	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC Assistenza Farmaceutica - Area Ospedaliera	2	Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive. 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.	100%
SC Assistenza Farmaceutica - Area Ospedaliera	3	Appropriatezza ed efficienza per l' SSR nell'impiego di farmaci biologici ad alto costo per i quali è disponibile alternativa biosimilare (infiximab, etanercept, rituximab). L'impiego, in tutti i casi possibili, di farmaci biologici ad alto costo scaduti di brevetto permette di liberare risorse da poter impiegare per i farmaci innovativi ad alto impatto di spesa, mantenendo un elevato lo standard di qualità, efficacia e sicurezza.	100%
SC Assistenza Farmaceutica - Area Ospedaliera	4	Monitoraggio continuo dell'erosione del Budget di risorsa farmaceutico ai fini del monitoraggio quadrimestrale di bilancio aziendale.	100%
SC Assistenza Farmaceutica - Area Ospedaliera	5	Ottimizzazione del processo di gestione dei solleciti dei farmaci e del materiale sanitario gestito dalla SOC Farmacia per contrastare il fenomeno in costante aumento di shortage dei farmaci sul mercato. Tale attività si rende particolarmente importante in fase di riorganizzazione della logistica aziendale che prevede l'adozione della gestione centralizzata del magazzino.	100%
SC Assistenza Farmaceutica - Area Ospedaliera	6	Appropriatezza ed efficienza per l' SSR nell'impiego dei farmaci antivirali ad azione diretta per l'Epatite C	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC Assistenza Farmaceutica - Area Ospedaliera	7	Istruzione Operativa Aziendale per l'allestimento in sicurezza del farmaco antivirale Ganciclovir nelle situazioni di emergenza/urgenza e in orario di non attività dei laboratori dedicati. Nell'ottica del miglioramento dei trattamenti farmacologici della persona malata, in cui le manipolazioni dei farmaci e le loro somministrazioni avvengano nel rispetto della sicurezza e della salute dei pazienti, degli operatori e dei terzi, si rende necessaria l'istituzione di una procedura per l'allestimento in sicurezza del farmaco antivirale Ganciclovir. Tale farmaco, essendo un potenziale cancerogeno, necessita di essere manipolato in laboratori deputati alla preparazione dei farmaci pericolosi. Per rendere possibile l'allestimento in sicurezza del farmaco anche nelle situazioni di emergenza/urgenza e in orario di non attività dei laboratori dedicati si richiede la realizzazione di una Istruzione Operativa Aziendale <i>ad hoc</i> che preveda l'impiego di 1 kit d'emergenza.	100%
SC Assistenza Farmaceutica - Area Ospedaliera	8	Implementazione del background conoscitivo e delle abilità pratiche del personale operante in UFA (Unità Farmaci Antitumorali). Il lavoro presso l'UFA richiede il raggiungimento di 2 step formativi ben distinti: un primo di "raggiunta idoneità" in cui si apprendono le conoscenze teorico/pratiche fondamentali ed un secondo di "raggiunta indipendenza" in cui il livello di perfezionamento è tale da permettere di svolgere futura attività di tutoraggio per altro personale. Affinché le manipolazioni dei farmaci e le loro somministrazioni avvengano nel rispetto della sicurezza e della salute dei pazienti, degli operatori e dei terzi è fondamentale che entrambi gli step formativi siano raggiunti.	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC Assistenza Farmaceutica - Area Ospedaliera	9	Implementazione dei percorsi aziendali in caso di stravasamento di farmaci antitumorali. La realizzazione di un Centro Unico per la Somministrazione dei farmaci Antitumorali (C.U.S.A.) in cui vengono condivisi i protocolli e le procedure nei percorsi di cura del paziente e favorito il contenimento dei rischi clinici nel processo di gestione dei farmaci citotossici a garanzia del miglioramento della tracciabilità di tutte le azioni e informazioni relative al percorso terapeutico della persona assistita, obbliga all'implementazione dei percorsi in caso di stravasamento.	100%
SC Assistenza Farmaceutica - Area Territoriale	1	Promuovere l'appropriatezza prescrittiva dei prodotti AFIR con particolare riferimento ai limiti di prescrivibilità dei dispositivi per diabetici	100%
SC Assistenza Farmaceutica - Area Territoriale	2	Appropriato utilizzo dei registri AIFA al fine di consentire il recupero economico dei medicinali interessati e contenimento spesa farmaceutica diretta	100%
SC Assistenza Farmaceutica - Area Territoriale	3	Monitoraggio delle prescrizioni e miglioramento dei sistemi correlati alla sicurezza d'uso dei farmaci	100%
SC Assistenza Farmaceutica - Area Territoriale	4	Implementazione dell'uso sicuro e appropriato dei medicinali	100%
SC Assistenza Farmaceutica - Area Territoriale	5	Attività di monitoraggio e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e contenimento della spesa farmaceutica territoriale	100%
SC Assistenza Farmaceutica - Area Territoriale	6	Implementazione e controllo delle differenze contabili e miglioramento attività amministrative erogazioni prodotti AFIR fuori regione	100%
SC Assistenza Farmaceutica - Area Territoriale	7	Miglioramento processi istituzionali	100%
SC Assistenza Farmaceutica - Area Territoriale	8	Miglioramento della gestione delle pompe per nutrizione enterale e implementazione dei controlli sulla corretta scadenza dei medicinali	100%
SC Assistenza Farmaceutica - Area Territoriale	9	Miglioramento processi istituzionali	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC Assistenza Farmaceutica - Area Territoriale	10	Gestione dei flussi informativi relativi alle ricette SSN	100%
Personale dei Corsi Di Laurea - Tutor Universitari 2018	1	Organizza e coordina il progetto delle attività formative professionalizzanti e di tirocinio del triennio coerentemente alla programmazione didattica definita dal Consiglio di Corso. A tal proposito mantiene e sviluppa livelli di integrazione e coordinamento con le Strutture che compongono la rete formativa di inserimento con cui identifica con cadenza annuale e preventiva il fabbisogno di tutor di tirocinio, di sedi di tirocinio e di numerosità degli studenti da ospitare e comunica al termine di ogni anno l'andamento delle attività anche riferendo la valutazione degli studenti.	100%
Personale dei Corsi Di Laurea - Tutor Universitari 2019	2	Garantire che gli studenti in tirocinio siano in possesso dei pre-requisiti necessari alla sicurezza dei pazienti e coordinare le iniziative volte a garantire la sicurezza degli studenti nei contesti di tirocinio con quanto previsto nell'art.17 del Protocollo d'Intesa.	100%
Personale dei Corsi Di Laurea - Tutor Universitari 2020	3	Identificare, sviluppare e valutare in termini di costo-efficacia i modelli tutoriali da implementare con la collaborazione dei Tutor didattici al fine di assicurare agli studenti esperienze di tirocinio di elevata qualità ed impatto sulle competenze, nel rispetto di quanto previsto dai protocolli d'intesa.	100%
Personale dei Corsi Di Laurea - Tutor Universitari 2021	4	Partecipare attivamente ai processi di valutazione, autovalutazione, accreditamento definiti dall'ANVUR in particolare promuovendo attività di orientamento in ingresso dei potenziali candidati; assumendo la responsabilità di iniziative atte a migliorare la qualità dell'esperienza degli studenti come decise nei documenti di riesame; promuovendo iniziative facilitanti l'occupazione dei neo-laureati. Distribuzione delle azioni tra i CdI	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
Personale dei Corsi Di Laurea - Tutor Universitari 2022	5	Sviluppare ed attuare un sistema di monitoraggio della qualità dei tirocini degli studenti al fine di identificarne tempestivamente le aree di miglioramento; sperimentare modelli da applicare negli anni successivi	100%
Personale dei Corsi Di Laurea - Tutor Universitari 2023	6	Organizzare e progettare in accordo con i centri di formazione continua delle strutture del SSr che appartengono alla rete di riferimento del Corso di Laurea programmi di formazione continua per Tutor Didattici e per Tutor di Tirocinio al fine di assicurare la più elevata qualità dei processi di apprendimento degli studenti	100%
TUTOR DIDATTICI	1	Contributo alla formazione interna anche accreditata ECM in raccordo con i programmi aziendali	100%
TUTOR DIDATTICI	2	Supervisionare i processi di apprendimento professionalizzanti degli studenti conducendo la valutazione finale delle competenze raggiunte insieme al Tutor di tirocinio;	100%
TUTOR DIDATTICI	3	Progettare e condurre percorsi di ricerca su problematiche cliniche/tecniche o didattiche in collaborazione con le strutture operative	100%
Dipartimento di Prevenzione - Direzione	1	Razionalizzazione dei costi	100%
Dipartimento di Prevenzione - Direzione	2	Prevenzione dell'inadempienza vaccinale (Art. 1, c. 4 del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito in legge con la L. 31 luglio 2017, n. 119)	100%
Dipartimento di Prevenzione - Direzione	3	WHP (<i>Workplace Health Promotion</i>) Progetto triennale "Salute e benessere dopo i 50 per le lavoratrici di ASUITs." Primo anno.	100%
Dipartimento di Prevenzione - Direzione	4	Monitoraggio dei fattori organizzativi di rischio nelle residenze per anziani.	100%
Dipartimento di Prevenzione – S.C. Igiene e Sanità Pubblica	5	Prevenzione delle malattie infettive. Attività di diagnosi e prevenzione della scabbia	100%
Dipartimento di Prevenzione – S.C. Igiene e Sanità Pubblica	6	Prevenzione delle malattie infettive: Sorveglianza dei casi umani di arbovirosi trasmesse da zanzare (<i>Aedes</i> sp.), con particolare riferimento ai virus Chikungunya, Dengue e Zika	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
Dipartimento di Prevenzione – S.C. Igiene e Sanità Pubblica	7	Prevenzione delle malattie infettive. Attività di vigilanza, prevenzione e promozione della salute nelle attività artigianali di parrucchiere “misto”	100%
Dipartimento di Prevenzione – S.C. Igiene e Sanità Pubblica	8	Prevenzione delle malattie infettive trasmesse da vettori (zanzare)	100%
Dipartimento di Prevenzione – S.C. Igiene e Sanità Pubblica	9	Prevenzione delle malattie infettive trasmesse da vettori (muridi)	100%
Dipartimento di Prevenzione – S.C. Igiene e Sanità Pubblica	10	Migliorare la qualità dei percorsi specialistici rivolti alle vittime della tratta ed alle donne che si prostituiscono	100%
Dipartimento di Prevenzione – S.C. Igiene e Sanità Pubblica	11	Implementare un percorso vaccinale per epatite A rivolto ad utenti ad alto rischio afferenti al Centro Malattie Sessualmente Trasmesse.	100%
Dipartimento di Prevenzione – S.C. Sanità Animale	12	Valutare la corretta applicazione dei controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	100%
Dipartimento di Prevenzione – S.C. Sanità Animale - S.S. Sanità Animale, Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche	13	Programmare i controlli che devono essere eseguiti nel corso dell'anno nell'ambito dei controlli sulle condizionalità e valutare la corretta tempistica della loro esecuzione	100%
Dipartimento di Prevenzione – S.C. Sanità Animale - S.S. Sanità Animale, Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche	14	Eseguire le procedure di rilascio dei nulla osta per le attività di pensionamento di cani e gatti, detenzione di animali a scopo di vendita e attività di custodia di cani e gatti in strutture non convenzionate ai sensi del DPR 0241/PRES dd 18/10/2017.	100%
Dipartimento di Prevenzione – S.C. Sanità Animale - S.S. Sanità Animale, Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche	15	Georeferenziazione e verifica delle condizioni igienico-sanitarie delle colonie feline registrate nel territorio di competenza.	100%
Dipartimento di Prevenzione – S.C. Sanità Animale - S.S. Sanità Animale, Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche	16	Abbandono progressivo dell’archiviazione in cartaceo a favore dell’archiviazione in digitale	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
Dipartimento di Prevenzione – S.C. Sanità Animale - S.S. Tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale	17	Verifica dell'efficacia e della appropriatezza dei controlli ufficiali effettuati dal personale della Struttura ai sensi dell'accordo Stato Regioni dd. 10/11/2016-Linee guida per il controllo ufficiale ai sensi dei Reg.CE 882/04 e 854/04-.	100%
Dipartimento di Prevenzione – S.C. Sanità Animale - S.S. Tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale	18	Valutazione della efficacia della formazione del personale alimentarista in materia di igiene e procedure di lavoro attraverso i metodi e le tecniche del controllo ufficiale negli stabilimenti riconosciuti CE. Accordo Stato-Regioni dd. 10/11/2016-Linee guida per il controllo ufficiale ai sensi dei Reg.CE 882/04 e 854/04-.	100%
Dipartimento di Prevenzione – S.C. Sanità Animale - S.S. Tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale	19	Verifica dell'efficacia dei corsi di formazione igienico sanitari previsti dal Reg. CE 852/2004 nel personale responsabile e/o addetto alla manipolazione degli alimenti di origine animale nelle imprese alimentari registrate.	100%
Dipartimento di Prevenzione – S.C. Prevenzione Sicurezza negli Ambienti di Lavoro	20	Garantire la correttezza delle funzioni del medico competente coordinatore nelle aziende complesse.	100%
Dipartimento di Prevenzione – S.C. Prevenzione Sicurezza negli Ambienti di Lavoro	21	Progetto Prodotti Finiti - FVG	100%
Dipartimento di Prevenzione – S.C. Prevenzione Sicurezza negli Ambienti di Lavoro	22	Aggiornamento del Protocollo tecnico da allegare al Piano Regionale Amianto, al fine dell'omogeneizzazione delle procedure di bonifica a livello regionale.	100%
Dipartimento di Prevenzione – S.C. Prevenzione Sicurezza negli Ambienti di Lavoro	23	Implementazione della Banca Dati Soluzioni (PREVIS) relativa all'attività di vigilanza	100%
Dipartimento di Prevenzione – S.C. Prevenzione Sicurezza negli Ambienti di Lavoro	24	Facilitare il percorso di riconoscimento da parte dell'INAIL delle tutele assicurative e previdenziali previste dalla normativa vigente, nei casi di soggetti ancora in vita, per i quali la SCPSAL abbia istruito una pratica di neoplasia professionale amianto correlata (mesoteliomi e neoplasie polmonari), non ancora definiti dall'Ente Assicuratore	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
Dipartimento di Prevenzione – S.S.D. Servizio Sicurezza Impiantistica	25	Riordino, a seguito di intervenute criticità, del settore delle verifiche degli impianti elettrici al fine di individuare i carichi di lavoro effettivi e/o potenziali e conclusione delle pratiche sospese più importanti in alcuni ambiti significativi	100%
Dipartimento di Prevenzione – S.S.D. Servizio Sicurezza Impiantistica	26	Migliorare la sorveglianza degli ascensori accessibili al pubblico di Enti ed Istituzioni (Scuole, Università, Area di Ricerca, Sincrotrone, Ospedali etc.)	100%
Dipartimento di Prevenzione – S.S.D. Servizio Sicurezza Impiantistica	27	Aggiornamento del sito web della struttura conformemente all'attuale assetto organizzativo e operativo della struttura	100%
Dipartimento di Prevenzione – S.S.D. Medicina del Lavoro	28	Miglioramento della gestione nel caso di situazioni problematiche legate a comportamenti conflittuali in ambiente di lavoro	100%
Dipartimento di Prevenzione – S.S.D. Medicina del Lavoro	29	Miglioramento dell'efficienza della sorveglianza sanitaria	100%
Dipartimento di Prevenzione – S.S.D. Medicina del Lavoro	30	Prevenzione della malattie infettive trasmissibili tra i lavoratori forestali	100%
Dipartimento di Prevenzione – S.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	31	Sicurezza alimentare e nutrizionale: promozione di una sana alimentazione attraverso il supporto a Enti e istituzioni nella stesura dei capitolati d'appalto (LEA F6)	100%
Dipartimento di Prevenzione – S.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	32	Applicazione dei decreti attuativi "Legge Madia" in relazione alla delibera Regione FVG n. 815/2016	100%
Dipartimento di Prevenzione – S.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	33	Migliorare i programmi di prevenzione e promozione della salute attraverso la divulgazione fra operatori ASUITS, MMG e popolazione, della prevalenza dei fattori comportamentali di rischio (alimentazione, fumo, alcol, inattività fisica) ricavati attraverso i sistemi di sorveglianza di polazione (PASSI E PDA)	100%
Dipartimento di Prevenzione – S.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	34	Miglioramento delle attività del Controllo Ufficiale, con riferimento all'art. 54 Reg CE 882-04 e delle specifiche Linee Guida Ministeriali	100%
Dipartimento di Prevenzione – S.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	35	Sicurezza alimentare e nutrizionale: attività integrata di promozione salute, prevenzione e controllo	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
Dipartimento di Prevenzione – S.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	36	Miglioramento della qualità dei requisiti nutrizionali nei servizi di ristorazione delle residenze per anziani	100%
Dipartimento di Prevenzione - S.C. Accertamenti Clinici e Legali per Finalità Pubbliche	37	Progetto per lo sviluppo dell’informatizzazione delle procedure	100%
Dipartimento di Prevenzione - S.C. Accertamenti Clinici e Legali per Finalità Pubbliche	38	Protocollo condiviso con l’Ospedale per la gestione delle procedure necroscopiche	100%
Dipartimento di Prevenzione - S.C. Accertamenti Clinici e Legali per Finalità Pubbliche	39	Aumento delle ore di ambulatorio per la predisposizione delle certificazioni sanitarie del medico monocratico (porto arma, cessione 5°, adozioni internazionali, ecc.)	100%
Dipartimento di Prevenzione - S.C. Accertamenti Clinici e Legali per Finalità Pubbliche	40	Trasferimento documentazione da archivio corrente in archivio remoto	100%
Dipartimento di Prevenzione - S.C. Accertamenti Clinici e Legali per Finalità Pubbliche - S.S. Deontologia e Responsabilità Professionale	41	Assicurare l’intervento diretto dell’Azienda nei procedimenti giudiziari che la riguardano, in particolare in tema di responsabilità professionale sanitaria (ASUITs) presidiando attivamente per il tramite del proprio consulente medico legale le diverse fasi della consulenza tecnica d’ufficio (C.T.U.) (inizio operazioni peritali, prosecuzione delle operazioni, osservazioni alla bozza di consulenza, osservazioni all’elaborato depositato) Assicurare la conoscibilità tempestiva da parte dell’Azienda convenuta delle criticità presenti con conseguente possibilità di una eventuale precoce risoluzione transattiva a minore impatto economico.	100%
Dipartimento di Assistenza Territoriale (DAT)	1	Continuità territorio – ospedale - territorio	100%
Dipartimento di Assistenza Territoriale (DAT)	2	Sistema informativo distrettuale	100%
Dipartimento di Assistenza Territoriale (DAT)	3	Uso ricetta dematerializzata	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
Dipartimento di Assistenza Territoriale (DAT)	4	Disdetta prestazioni sanitarie prenotate	100%
Dipartimento di Assistenza Territoriale (DAT)	5	Gestione della tempistica di dimissione dall'ospedale	100%
Dipartimento di Assistenza Territoriale (DAT)	6	Gestione delle RSA	100%
Team diabetologico	1	Linea 3.3.6.Diabete Gestione integrata del diabete in coerenza con la DGR 1676/2015	100%
Team diabetologico	2	Linea 3.6.1. Insufficienze d'organo e trapianti Pancreas Riduzione del tasso di amputazioni maggiori	100%
Team diabetologico	3	Linea 3.4. Assistenza Farmaceutica 1. Promuovere l'appropriatezza prescrittiva dei prodotti AFIR con particolare riferimento ai limiti di prescrivibilità dei dispositivi per diabetici	100%
SSD Supporto Giuridico Amministrativo alle Attività del Dipartimento di Assistenza Territoriale	1	Aggiornamento degli accordi negoziali per l'erogazione di prestazioni di residenza sanitaria assistenziale (R.S.A.) presso le strutture site nel territorio di competenza di ASUI-Ts ai sensi degli artt. 8-bis e ss. del D.Lgs.n. 502/1992 e ss.mm. e delle disposizioni approvate con D.G.R. n. 2151 dd. 29.10.2015 nonché nei termini ed alle condizioni di cui ai decreti DCS di concessione dell'autorizzazione/accreditamento	100%
SSD Supporto Giuridico Amministrativo alle Attività del Dipartimento di Assistenza Territoriale	2	Creazione di un archivio informatico dei testi contrattuali/convenzionali relativi ai rapporti con le Strutture Residenziali per Anziani attivati dai Distretti afferenti al DAT di ASUITS	100%
SSD Supporto Giuridico Amministrativo alle Attività del Dipartimento di Assistenza Territoriale	3	Applicazione dell'art.13, comma 1, lett. a), del D.L. n. 39 dd. 28.04.2009, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 24 giugno 2009, n. 77 ("Decreto Abruzzo"). Definizione pendenze in essere con le Farmacie della provincia di Trieste	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC Gestione Prestazioni Sanitarie Progettazione Attività Sociosanitarie	1	Verifica dell'appropriatezza prescrittiva delle RM muscolo scheletriche e delle RM lombari ripetute prescritte ai residenti del territorio di competenza di ASUITS	100%
SC Gestione Prestazioni Sanitarie Progettazione Attività Sociosanitarie	2	Lean management innovazione gestione e sperimentazione di modelli organizzativi gestionali	100%
SC Gestione Prestazioni Sanitarie Progettazione Attività Sociosanitarie	3	Libera Professione	100%
SC Gestione Prestazioni Sanitarie Progettazione Attività Sociosanitarie	4	Inserimento mensile in CUP-WEB delle impegnative	100%
SC Gestione Prestazioni Sanitarie Progettazione Attività Sociosanitarie	5	Partecipazione alla formazione sull'anagrafe sanitaria, d'intesa con SC SCAGLA	100%
SC Gestione Prestazioni Sanitarie Progettazione Attività Sociosanitarie	6	Piano dei Tempi di attesa 2018	100%
SC Gestione Prestazioni Sanitarie Progettazione Attività Sociosanitarie	7	Monitoraggio e contenimento della spesa sanitaria	100%
SC Gestione Prestazioni Sanitarie Progettazione Attività Sociosanitarie	8	Monitoraggio della fuga ER e contenimento della spesa sanitaria	100%
SC Gestione Prestazioni Sanitarie Progettazione Attività Sociosanitarie	9	Ottimizzazione dell'offerta specialistica ambulatoriale e di ricovero da privato accreditato in relazione ai tempi di attesa	100%
SC Gestione Prestazioni Sanitarie Progettazione Attività Sociosanitarie	10	Identificazione di un percorso riabilitativo con il privato accreditato nelle disabilità fisiche complesse, ex art. 26 della L. 833/1978, a seguito di interventi ortopedici maggiori effettuati presso le Case di Cura private accreditate	100%
SO Distretto 1	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SO Distretto 1	2	Azioni di programmazione territorio/ospedale/territorio nell'ottica della costruzione di un sistema di salute	100%
SO Distretto 1	3	Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale	82%
SO Distretto 1-Servizi amministrativi	4	Uniformare, ottimizzare e semplificare i percorsi per l'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale di studenti e ricercatori provenienti dagli Stati membri dell'Unione Europea e dai Paesi Terzi, anche nell'ambito dei servizi integrati resi dal welcome FVG	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SO Distretto 1-Servizi amministrativi	5	Recupero costi per prestazioni non in compensazione intra/extra regionale in favore di utenti residenti in ambiti territoriali diversi da ASUITS, nell'ambito del territorio italiano	100%
SO Distretto 1-SSD Servizio Infermieristico Distrettuale	6	PAL 2018 ASSISTENZA PRIMARIA raccordo OBT DIREZIONALE n.2 Progetti attinenti le attività clinico assistenziali; riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale Rafforzamento del raccordo tra ospedale e territorio	100%
SO Distretto 1-SSD Servizio Infermieristico Distrettuale	7	PAL 2018 Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale Promozione dell'attività fisica	100%
SO Distretto 1-SSD Servizio Infermieristico Distrettuale	8	Censimento, analisi e programmazione delle attività realizzate in ciascuna microarea per area tematica di intervento, anche al fine di individuare il nucleo minimo di azioni a carattere sanitario e sociosanitario da implementare in tutte le Microaree (<i>"linee di indirizzo operativo"</i>)	100%
SO Distretto 1-SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari	9	Sviluppo di modelli di presa in carico proattivi per la riduzione delle riacutizzazioni e dei ricoveri nelle persone con diagnosi di scompenso cardiaco, BPCO Diabete e disidratazione	100%
SO Distretto 1-SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari	10	3.5.6 PAL 2018 Cure palliative e terapia del dolore	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SO Distretto 1-SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari	11	Revisione di procedure e percorsi in relazione a: 1) patologie croniche 2) assistenza primaria 3) disabilità 4) servizi domiciliari 5) servizi ambulatoriali 6) riabilitazione	100%
SO Distretto 1-Struttura Semplice Anziani e Residenze	12	Miglioramento assistenza ospiti Strutture Protette. Riduzione accessi al PS persone > 75 anni con codice bianco e verde.	100%
SO Distretto 1-Struttura Semplice Anziani e Residenze	13	PAL 3.5.1 Applicazione di VMD Val.Graf. FVG	100%
SO Distretto 1-Struttura Semplice Anziani e Residenze	14	Attuazione accordo per la Medicina Generale Attivazione di programmi di medicina di iniziativa nell'ambito delle patologie croniche.	100%
SO Distretto 1-SSD Riabilitazione	15	Azioni di programmazione territorio/ospedale/territorio nell'ottica della costruzione di un sistema di salute Evitare sovrapposizioni di interventi o drop out in pazienti con Sclerosi Multipla. Obiettivo in comune con SC di Riabilitazione	100%
SO Distretto 1-SSD Riabilitazione	16	Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale. Raccordo obiettivo 2.2	100%
SO Distretto 1-SSD Riabilitazione	17	PAL 2018 Promozione dell'attività fisica	100%
SO Distretto 1-SSTS Bambini, Adolescenti	18	Autismo. Comunità presa in carico 0-18	100%
SO Distretto 1-SSTS Bambini, Adolescenti	19	Attivazione centro diurno aziendale per minori	100%
SO Distretto 1-SSTS Bambini, Adolescenti	20	Implementazione del PAI/PRI per tutti i minori con presa in carico socio-sanitaria multidisciplinare	100%
SO Distretto 1-SSTS Bambini, Adolescenti	21	Sviluppo della presa in carico con attività abilitative e di inclusione sociale in modo autonomo	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SO Distretto 1-SS Consultorio familiare	22	PAL 3.2.1. Tutela della salute della donna Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio	100%
SO Distretto 1-SS Consultorio familiare	23	PAL 2018 linea 3.2.17- Alimentazione e salute. Promozione dell'allattamento -allineamento agli standard UNICEF BFCI- Comunità Amica dei Bambini	100%
SO Distretto 1-SS Consultorio familiare	24	Dal PAL 2018 3.2.1. Tutela della salute della donna. Implementazione del percorso gravidanza fisiologica seguita dall'ostetrica	100%
SO Distretto 1-SS Consultorio familiare	25	Migliorare lo stato di salute della popolazione attraverso il controllo dell'aderenza terapeutica	100%
SO Distretto 1-SS Consultorio familiare	26	Gestione delle RSA	100%
SO Distretto 1-SS Consultorio familiare	27	Linea 3.3.6.Diabete Gestione integrata del diabete in coerenza con la DGR 1676/2015	100%
SO Distretto 1-SS Consultorio familiare	28	Linea 3.6.1. Insufficienze d'organo e trapianti Pancreas Riduzione del tasso di amputazioni maggiori	100%
SO Distretto 2	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SO Distretto 2	2	Azioni di programmazione territorio/ospedale/territorio nell'ottica della costruzione di un sistema di salute	100%
SO Distretto 2	3	Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale	100%
SO Distretto 2-Direzione Servizi amministrativi	4	Uniformare, ottimizzare e semplificare i percorsi per l'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale di studenti e ricercatori provenienti dagli Stati membri dell'Unione Europea e dai Paesi Terzi, anche nell'ambito dei servizi integrati resi dal welcome FVG	100%
SO Distretto 2-Direzione Servizi amministrativi	5	Recupero costi per prestazioni non in compensazione intra/extra regionale in favore di utenti residenti in ambiti territoriali diversi da ASUITS, nell'ambito del territorio italiano	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SO Distretto 2-Direzione Servizi amministrativi	6	Revisione di procedure e percorsi in relazione a: 1) patologie croniche 2) assistenza primaria 3) disabilità 4) servizi domiciliari 5) servizi ambulatoriali 6) riabilitazione	100%
SO Distretto 2-SSD Servizio Infermierist. Distrettuale	7	PAL 2018 ASSISTENZA PRIMARIA raccordo OBT DIREZIONALE n.2 Progetti attinenti le attività clinico assistenziali; riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale Rafforzamento del raccordo tra ospedale e territorio	100%
SO Distretto 2-SSD Servizio Infermierist. Distrettuale	8	PAL 2018 Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale Promozione dell'attività fisica	100%
SO Distretto 2-SSD Servizio Infermierist. Distrettuale	9	Censimento, analisi e programmazione delle attività realizzate in ciascuna microarea per area tematica di intervento, anche al fine di individuare il nucleo minimo di azioni a carattere sanitario e sociosanitario da implementare in tutte le Microaree (<i>"linee di indirizzo operativo"</i>)	100%
SO Distretto 2-SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari	10	PAL Linea 3.3.1 e 3.3.7 Assistenza Primaria Sviluppo della riorganizzazione della Assistenza medica primaria in coerenza con le disposizioni regionali (raccordo con il 2017) Cronicità e Polifarmacoterapia	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SO Distretto 2-SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari	11	PAL Linea 3.3.1 e 3.3.7 Assistenza Primaria Sviluppo della riorganizzazione della Assistenza medica primaria in coerenza con le disposizioni regionali (raccordo con il 2017), Cronicità e Polifarmacoterapia	100%
SO Distretto 2-SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari	12	Sviluppo di modelli di presa in carico e follow up per la prevenzione delle riacutizzazioni nelle persone con diagnosi di: - Scompenso Cardiaco - BPCO - Diabete non già in carico ad altri servizi e/o percorsi	100%
SO Distretto 2-SS Anziani e Residenze	13	Attivazione di programmi di medicina d'iniziativa nell'ambito delle patologie croniche	100%
SO Distretto 2-SS Anziani e Residenze	14	Miglioramento assistenza ospiti Strutture Protette. Riduzione accessi al PS persone > 75 anni con codice bianco e verde.	100%
SO Distretto 2-SS Anziani e Residenze	15	Organizzazione di incontri con la cittadinanza finalizzati alla divulgazione dei percorsi d'accesso ai servizi di prelievo sul territorio ASUITS e alla divulgazione delle corrette modalità di presentazione in sede di punto prelievi e raccolta dei campioni biologici. Integrazione e acquisizione di competenze trasversali.	100%
SO Distretto 2-RSA San Giusto	16	Polifarmacoterapia Riduzione ricoveri ultra 75 enni da RSA	100%
SO Distretto 2-RSA San Giusto	17	Linea 3.3.2 Accreditamento istituzionale RSA (superamento delle non conformità rilevate)	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SO Distretto 2-SSD Riabilitazione	18	Azioni di programmazione territorio/ospedale/territorio nell'ottica della costruzione di un sistema di salute PAL 3.3.4 Riabilitazione Evitare sovrapposizioni di interventi o drop out in pazienti con Sclerosi Multipla Obiettivo in comune con SC di Riabilitazione	100%
SO Distretto 2-SSD Riabilitazione	19	Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale Raccordo Obiettivo direzionale 2.2	100%
SO Distretto 2-SSD Riabilitazione	20	PAL 2018 Promozione dell'attività fisica	100%
SO Distretto 2-Struttura complessa Bambini, Adolescenti, Donne e Famiglie	21	PAL 3.2.1. Tutela della salute della donna Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio	100%
SO Distretto 2-Struttura complessa Bambini, Adolescenti, Donne e Famiglie	22	Sperimentare attività innovative di supporto e di aiuto alle giovani famiglie nel dopo parto, in integrazione con le risorse della comunità	100%
SO Distretto 2-Struttura complessa Bambini, Adolescenti, Donne e Famiglie	23	PAL Linea 3.6.2 Minori "Progetto attinenti la programmazione degli interventi socio sanitari" PdZ Misura 5.1 Promuovere la permanenza dei minori in famiglia Favorire il benessere dei bambini appartenenti a nuclei familiari fragili/vulnerabili attraverso attività di sostegno psicologico	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SO Distretto 2-Struttura complessa Bambini, Adolescenti, Donne e Famiglie	24	Migliorare gli interventi per le donne in età post fertile	100%
SO Distretto 2-Struttura complessa Bambini, Adolescenti, Donne e Famiglie	25	3.5.4 salute mentale linee di gestione e PAL 2018 Implementazione e definizione dei percorsi di salute mentale adolescenti/ giovani: miglioramento dei percorsi di continuità assistenziale e presa in carico con coinvolgimento di PLS/MMG/specialisti e famiglie(Obiettivo pluriennale); avvio delle attività presso la nuova sede del “centro diurno” anche in integrazione con le risorse della comunità	100%
SO Distretto 2-Struttura complessa Bambini, Adolescenti, Donne e Famiglie	26	Pal 2018, linea 3.5.3 Proseguimento delle attività sociosanitarie integrate in tema di minori e di contrasto alla istituzionalizzazione dei minori (tavolo PDZ 5.1, 5.2 e 4 Procedure Comuni)	100%
SO Distretto 2-Struttura complessa Bambini, Adolescenti, Donne e Famiglie	27	Rispetto della correttezza degli atti clinici	100%
SO Distretto 2-Struttura complessa Bambini, Adolescenti, Donne e Famiglie	28	Migliorare lo stato di salute della popolazione attraverso il controllo dell'aderenza terapeutica	100%
SO Distretto 2-Struttura complessa Bambini, Adolescenti, Donne e Famiglie	29	Gestione delle RSA	100%
SO Distretto 2-Struttura complessa Bambini, Adolescenti, Donne e Famiglie	30	Linea 3.3.6.Diabete Gestione integrata del diabete in coerenza con la DGR 1676/2015	100%
SO Distretto 2-Struttura complessa Bambini, Adolescenti, Donne e Famiglie	31	Linea 3.6.1. Insufficienze d'organo e trapianti Pancreas Riduzione del tasso di amputazioni maggiori	100%
SO Distretto 3	1	Razionalizzazione dei costi	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SO Distretto 3	2	Azioni di programmazione territorio/ospedale/territorio nell'ottica della costruzione di un sistema di salute	100%
SO Distretto 3	3	Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale	87%
SO Distretto 3	4	Uniformare, ottimizzare e semplificare i percorsi per l'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale di studenti e ricercatori provenienti dagli Stati membri dell'Unione Europea e dai Paesi Terzi, anche nell'ambito dei servizi integrati resi dal welcome FVG	100%
SO Distretto 3	5	Riduzione dei ricoveri per Scompenso Cardiaco, BPCO, Diabete, Polmonite e infezioni del tratto urinario attraverso lo sviluppo di modelli proattivi per la prevenzione delle riacutizzazioni nelle persone con diagnosi di: - scompenso cardiaco (cod G29), - BPCO (G15) - Diabete (DB01), - polmoniti e Infezioni delle vie urinarie (da scheda di continuità assistenziale e affidati al follow up del mmg	100%
SO Distretto 3	6	3.5.6 Cure palliative e terapia del dolore	100%
SO Distretto 3	7	Sperimentare una nuova tipologia di offerta di continuità assistenziale in collaborazione con Televita spa	100%
SO Distretto 3	8	Revisione di procedure e percorsi in relazione a: 1)patologie croniche 2) assistenza primaria 3) riabilitazione 4) disabilità 5) servizi domiciliari 6) servizi ambulatoriali	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SO Distretto 3	9	PAL 2018 Promozione dell'attività fisica raccordo OBT DIREZIONALE n.2	100%
SO Distretto 3	10	Censimento, analisi e programmazione delle attività realizzate in ciascuna microarea per area tematica di intervento, anche al fine di individuare il nucleo minimo di azioni a carattere sanitario e socio-sanitario da implementare in tutte le MA (linee di indirizzo operativo)	100%
SO Distretto 3	11	Attuazione accordo per la Medicina Generale. Attivazione di programmi di medicina di iniziativa nell'ambito delle patologie croniche.	100%
SO Distretto 3	12	Azioni di programmazione territorio/ospedale/territorio nell'ottica della costruzione di un sistema di salute PAL 3.3.4 Riabilitazione Evitare sovrapposizioni di interventi o drop out in pazienti con Sclerosi Multipla Obiettivo in comune con SC di Riabilitazione	100%
SO Distretto 3	13	Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale Raccordo Obiettivo direzionale 2.2	100%
SO Distretto 3	14	PAL 2018 Promozione dell'attività fisica	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SO Distretto 3	15	PAL 3.2.1. Tutela della salute della donna Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio	100%
SO Distretto 3	16	PAL 2018 linea 3.2.17- Alimentazione e salute. Promozione dell'allattamento -allineamento agli standard UNICEF BFCI- Comunità Amica dei Bambini	100%
SO Distretto 3	17	Pal 2018, linea 3.5.3 Proseguimento delle attività sociosanitarie integrate in tema di minori e di contrasto alla istituzionalizzazione dei minori (tavolo PDZ 5.1, 5.2 e 4 Procedure Comuni)	100%
SO Distretto 3	18	Miglioramento dei percorsi di continuità assistenziale ASUITS- IRCCS relativo ai minori di età. Applicazione del "Protocollo per la presa in carico integrata di ragazzi con età 12- 17 anni con problematiche socio sanitarie complesse" Applicazione del protocollo "Procedura interaziendale per la continuità delle cure per bambini/e e adolescenti con bisogni complessi"	100%
SO Distretto 3	19	Contestare correttamente l'eventuale inadempienza vaccinale ai sensi dell'art. 1, c. 4 del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito in legge con la L. 31 luglio 2017, n. 119	100%
SO Distretto 3	20	Uniformare, ottimizzare e semplificare i percorsi per l'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale di studenti e ricercatori provenienti dagli Stati membri dell'Unione Europea e dai Paesi Terzi, anche nell'ambito dei servizi integrati resi dal Welcome Office FVG	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SO Distretto 3	21	Recupero costi per prestazioni domiciliari e non in favore di utenti residenti in ambiti territoriali diversi da ASUITS, nell'ambito del territorio italiano	100%
SO Distretto 3	22	Migliorare l'attività di Controllo di Gestione delle attività amministrative di competenza distrettuale. Ottimizzazione e razionalizzazione dei percorsi riguardanti il monitoraggio delle procedure di liquidazione delle fatture di competenza del Distretto n. 3	100%
SO Distretto 3	23	Rispetto della correttezza degli atti clinici	100%
SO Distretto 3	24	Migliorare lo stato di salute della popolazione attraverso il controllo dell'aderenza terapeutica	100%
SO Distretto 3	25	Gestione delle RSA	100%
SO Distretto 3	26	Linea 3.3.6.Diabete Gestione integrata del diabete in coerenza con la DGR 1676/2015	100%
SO Distretto 3	27	Linea 3.6.1. Insufficienze d'organo e trapianti Pancreas Riduzione del tasso di amputazioni maggiori	100%
SO Distretto 3	28	Linea 3.4. Assistenza Farmaceutica 1. Promuovere l'appropriatezza prescrittiva dei prodotti AFIR con particolare riferimento ai limiti di prescrivibilità dei dispositivi per diabetici	100%
SO Distretto 3	29	Assicurare la continuità della presa in carico delle persone ristrette: implementazione dell'integrazione con le articolazioni aziendali coinvolte nei processi di cura	100%
SO Distretto 3	30	Percorsi educativi dedicati alla popolazione detenuta	100%
SO Distretto 4	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SO Distretto 4	2	Azioni di programmazione territorio/ospedale/territorio nell'ottica della costruzione di un sistema di salute	100%
SO Distretto 4	3	Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SO Distretto 4-Direzione - Servizi Amministrativi	4	Uniformare, ottimizzare e semplificare i percorsi per l'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale di studenti e ricercatori provenienti dagli Stati membri dell'Unione Europea e dai Paesi Terzi, anche nell'ambito dei servizi integrati resi dal welcome FVG	100%
SO Distretto 4-Direzione - Servizi Amministrativi	5	Recupero costi per prestazioni non in compensazione intra/extra regionale in favore di utenti residenti in ambiti territoriali diversi da ASUITS, nell'ambito del territorio italiano	100%
SO Distretto 4-Direzione - Servizi Amministrativi	6	Facilitare il percorso di perfezionamento della residenza e dell'iscrizione al Servizio Sanitario nei paesi UE, SEE e Svizzera, degli assicurati nei suddetti paesi, garantendo la tempestiva applicazione dei Reg CE di assicurazione malattia/maternità mediante il rilascio, su apposita richiesta, dell'attestato di aggregazione dei periodi di assicurazione maturati nei Paesi Comunitari	100%
SO Distretto 4-Direzione - Servizi Amministrativi	7	Verifica della sussistenza del diritto assicurativo dei titolari di pensione italiana emigrati in Germania e Austria in carico all'ASUITS, al fine di non assumere costi impropri derivanti da prestazioni sanitarie	100%
SO Distretto 4-Direzione - Servizi Amministrativi	8	Revisione di procedure e percorsi in relazione a: 1)patologie croniche 2) assistenza primaria 3) riabilitazione 4) disabilità 5) servizi domiciliari 6) servizi ambulatoriali	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SO Distretto 4-SSD Servizio Infermierist. Distrettuale	9	PAL 2018 ASSISTENZA PRIMARIA raccordo OBT DIREZIONALE n.2 Progetti attinenti le attività clinico assistenziali; riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale Rafforzamento del raccordo tra ospedale e territorio	100%
SO Distretto 4-SSD Servizio Infermierist. Distrettuale	10	PAL 2018 Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale Promozione dell'attività fisica	100%
SO Distretto 4-SSD Servizio Infermierist. Distrettuale	11	Censimento, analisi e programmazione delle attività realizzate in ciascuna microarea per area tematica di intervento, anche al fine di individuare il nucleo minimo di azioni a carattere sanitario e sociosanitario da implementare in tutte le Microaree ("linee di indirizzo operativo")	100%
SO Distretto 4-SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari	12	Applicazione di modalità proattive volte alla riduzione delle riacutizzazioni e dei ricoveri nelle persone con diagnosi di BPCO, diabete e disidratazione	100%
SO Distretto 4-Struttura Semplice Anziani e Residenze	13	Miglioramento assistenza ospiti Strutture Protette. Riduzione accessi al PS persone > 75 anni con codice bianco e verde.	100%
SO Distretto 4-Struttura Semplice Anziani e Residenze	14	Sviluppo di modelli di presa in carico proattivi per la riduzione delle riacutizzazioni e dei ricoveri nelle persone con diagnosi di scompenso cardiaco, BPCO Diabete e disidratazione Raccordo obiettivo direzionale 2.	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SO Distretto 4-SSD Riabilitazione	15	Azioni di programmazione territorio/ospedale/territorio nell'ottica della costruzione di un sistema di salute PAL 3.3.4 Riabilitazione Evitare sovrapposizioni di interventi o drop out in pazienti con Sclerosi Multipla Obiettivo in comune con SC di Riabilitazione	100%
SO Distretto 4-SSD Riabilitazione	16	Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale Raccordo obiettivo 2.2	100%
SO Distretto 4-SSD Riabilitazione	17	Pal 2018 Promozione dell'attività fisica	100%
SO Distretto 4-SC Bambini, Adolescenti, Donne e Fam	18	PAL 3.2.1. Tutela della salute della donna Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio in tutte le aziende	100%
SO Distretto 4-SC Bambini, Adolescenti, Donne e Fam	19	PAL 2018 3.5.3 Minori Contrasto all'istituzionalizzazione dei minori . Individuazione delle situazioni a rischio di istituzionalizzazione. Prevenzione della istituzionalizzazione. (target situazioni complesse).	100%
SO Distretto 4-SC Bambini, Adolescenti, Donne e Fam	20	PAL 2018 3.5.3 Minori Contrasto all'istituzionalizzazione dei minori . Individuazione delle situazioni a rischio di istituzionalizzazione. Prevenzione della istituzionalizzazione. (target minori con Budget di Salute psicoeducativi in atto)	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SO Distretto 4-SC Bambini, Adolescenti, Donne e Fam	21	PAL 2018 3.5.3 Minori Contrasto all'istituzionalizzazione dei minori . Rivalutazione dei progetti a favore dei minori già istituzionalizzati	100%
SO Distretto 4-SC Bambini, Adolescenti, Donne e Fam	22	PAL 2018 3.5.4 Salute Mentale Sperimentare la fattibilità e l'avvio di attività di gruppo per giovani donne di età 18-25 anni con problemi di relazione e socializzazione	100%
SO Distretto 4-SC Bambini, Adolescenti, Donne e Fam	23	Miglioramento della presa in carico sociosanitaria delle persone dializzate che accedono, per la prima volta, alla terapia sostitutiva dialitica attraverso azioni volte ad implementare l'attività sinergica tra Servizio Assistenza Dializzati e Trapiantati e S.C. Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale Maggiore	100%
SO Distretto 4-SC Bambini, Adolescenti, Donne e Fam	24	Potenziamento del supporto ed accompagnamento nel percorso di riconoscimento dell'invalidità civile di persone trapiantate	100%
SO Distretto 4-SC Bambini, Adolescenti, Donne e Fam	25	Rispetto della correttezza degli atti clinici	100%
SO Distretto 4-SC Bambini, Adolescenti, Donne e Fam	26	Migliorare lo stato di salute della popolazione attraverso il controllo dell'aderenza terapeutica	100%
SO Distretto 4-SC Bambini, Adolescenti, Donne e Fam	27	Gestione delle RSA	100%
SO Distretto 4-SC Bambini, Adolescenti, Donne e Fam	28	Linea 3.3.6.Diabete Gestione integrata del diabete in coerenza con la DGR 1676/2015	100%
SO Distretto 4-SC Bambini, Adolescenti, Donne e Fam	29	Linea 3.6.1. Insufficienze d'organo e trapianti Pancreas Riduzione del tasso di amputazioni maggiori	100%
SO Dipartimento di Salute Mentale	1	Razionalizzazione dei costi	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SO Dipartimento di Salute Mentale	2	Miglioramento dell'integrazione tra cure primarie e specialistiche in riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali comuni con particolare attenzione ai disturbi depressivi	100%
SO Dipartimento di Salute Mentale	3	Definizione di un percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta	100%
SO Dipartimento di Salute Mentale	4	Messa a regime degli ambulatori DCA con la disponibilità di equipe funzionale (DGR 668/2017	100%
SO Dipartimento di Salute Mentale	5	Prosiegua dell'attività del Gruppo funzionale denominato Supporto e Trattamento Intensivo Domiciliare (STID) ed evoluzione dell'area crisi del DSM (SPDC - CSM	100%
SO Dipartimento di Salute Mentale	6	Miglioramento della qualità dell'accoglienza sulle 24 ore	100%
SO Dipartimento di Salute Mentale	7	Manuale sul CSM 24 ore in funzione del Canadian Accreditation	100%
SO Dipartimento di Salute Mentale	8	Consolidamento della capacità di presa in carico e personalizzazione dei percorsi abilitativi attraverso la stesura dei PTRI con attivazione del BIS e suo monitoraggio	100%
SO Dipartimento di Salute Mentale	9	Programma "Mens sana" Promozione di corretti stili di vita (attività fisica e corretta alimentazione) per la riduzione del carico prevenibile ed evitabile delle malattie croniche non trasmissibili e la prevenzione dell'obesità.	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SO Dipartimento di Salute Mentale	10	Migliorare la personalizzazione e l'efficacia dei programmi integrati rivolti ad utenti in carico al DDD e al DSM, sviluppando gli interventi di tipo territoriale, domiciliare e di residenzialità innovativa. Piano regionale salute mentale infanzia, adolescenza ed età adulta. Anni 2018-2020 7.7. Comorbidità tra disturbi psichici, utilizzo di sostanze psicotrope e patologia da dipendenza. Miglioramento del trattamento dei disturbi psichici in comorbidità con l'uso di sostanze psicotrope e la patologia da dipendenza.	100%
SO Dipartimento di Salute Mentale	11	Implementazione del gestionale Point attraverso la sua adozione come sistema informativo del DSM dell'ASUI di Trieste.	100%
SO Dipartimento delle Dipendenze	1	Razionalizzazione dei costi	
SO Dipartimento delle Dipendenze	2	Migliorare le informazioni del profilo sociosanitario contenuto nelle cartelle degli utenti in carico al DDD che presentano problematiche di dipendenza patologica	100%
SO Dipartimento delle Dipendenze	3	Migliorare la personalizzazione e l'efficacia dei programmi integrati rivolti ad utenti in carico al DDD e al DSM, sviluppando gli interventi di tipo territoriale, domiciliare e di residenzialità innovativa	100%
SO Dipartimento delle Dipendenze	4	Migliorare la qualità dei percorsi specialistici rivolti alle vittime della tratta ed alle donne che si prostituiscono	100%
SO Dipartimento delle Dipendenze	5	Implementare un percorso vaccinale per epatite A rivolto ad utenti ad alto rischio del Centro MST	100%
SO Dipartimento delle Dipendenze	6	Miglioramento dell'offerta e ottimizzazione delle risorse dedicate alle attività di tipo educativo, di prevenzione e di promozione della salute, di reinserimento sociale e lavorativo e riabilitativo a livello territoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SO Dipartimento delle Dipendenze	7	Miglioramento dei percorsi di continuità assistenziale dedicati agli utenti target del “Protocollo per la presa in carico integrata di ragazzi con età 12-17 anni con problematiche socio sanitarie complesse” che presentano problematiche di dipendenza o consumo a rischio	100%
SO Dipartimento delle Dipendenze	8	Migliorare la gestione del monitoraggio amministrativo ed economico dei percorsi di tipo residenziale presso le Comunità Terapeutiche (CT) regionali ed extraregionali	100%
SO Dipartimento delle Dipendenze	9	Migliorare la gestione dei percorsi di prevenzione, diagnosi precoce, presa in carico e continuità assistenziale per le patologie correlate alla dipendenza	100%
SO Dipartimento delle Dipendenze	10	Migliorare i percorsi di cura degli utenti in misura alternativa alla detenzione, secondo i criteri del progetto regionale previsto dalla DRG 368/2017	100%
SO Dipartimento delle Dipendenze	11	Attuazione di percorsi di continuità assistenziale ospedale–territorio per gli utenti del DDD con epatite cronica da HCV in trattamento con farmaci di nuova generazione (DAA)	100%
SO Dipartimento delle Dipendenze	12	Potenziare e migliorare i percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione per gli utenti che presentano problematiche correlate al gioco d’azzardo patologico	100%
SO Dipartimento delle Dipendenze	13	Implementazione di una metodologia sperimentale per valutare l’efficacia dei percorsi di formazione e reinserimento sociale e lavorativo degli utenti del DDD come previsto dalle “Linee guida per l’attivazione di tirocini di orientamento, formazione e inserimento o reinserimento finalizzati all’inclusione sociale, all’autonomia e alla riabilitazione in favore di persone prese in carico dai servizi sanitari competenti”, di prossima approvazione regionale	100%
Dipartimento di Assistenza Ospedaliera (DAO)	1	Continuità territorio – ospedale - territorio	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
Dipartimento di Assistenza Ospedaliera (DAO)	2	Linea 3.3.6 Diabete Diabete in Ospedale (DGR 1572/2017):	100%
Dipartimento di Assistenza Ospedaliera (DAO)	3	Linea 3.3.6 Diabete Diabete in Ospedale (DGR 1572/2017): a-Implementazione del programma regionale per la formazione del personale ospedaliero sul diabete e l'iperglicemia del paziente ricoverato	100%
Dipartimento di Assistenza Ospedaliera (DAO)	4	Organizzazione delle unità multidisciplinari e/o multiprofessionali per le patologie oncologiche	100%
Dipartimento di Assistenza Ospedaliera (DAO)	5	Uso ricetta dematerializzata	100%
Dipartimento di Assistenza Ospedaliera (DAO)	6	Gestione della tempistica di dimissione dall'ospedale	100%
Direzione Medica di Presidio	1	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	100%
Direzione Medica di Presidio	2	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	100%
Direzione Medica di Presidio	3	Linea 3.4 ASSISTENZA FARMACEUTICA In continuità con quanto previsto dagli atti di programmazione regionale 2017, l'Azienda dovrà assicurare ogni utile misura per il rispetto dei vincoli fissati. Per la componente ospedaliera vanno attivate specifiche azioni per assicurare l'appropriatezza delle prescrizioni.	100%
Direzione Medica di Presidio	4	Linea 4. I Flussi Informativi e le Valutazioni	100%
Direzione Medica di Presidio	5	Razionalizzazione dei costi dei dispositivi medici (DM), verranno attivate specifiche azioni di verifica in collaborazione con la SC Approvvigionamenti e Servizi	100%
Direzione Medica di Presidio	6	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	100%
Direzione Medica di Presidio	7	Rischio clinico - Prevenzione delle infezioni ospedaliere	100%
Direzione Medica di Presidio	8	Prevenzione e sorveglianza Rischio infettivo	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
Direzione Medica di Presidio	9	Miglioramento del percorso del paziente	100%
Direzione Medica di Presidio	10	Linea 3.7.1 TEMPI ATTESA	100%
Direzione Medica di Presidio	11	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale LIBERA PROFESSIONE ATTIVITA CHIRURGICA	100%
Direzione Medica di Presidio	12	Ristrutturazione ospedale di Cattinara	100%
Direzione Medica di Presidio	13	Qualità delle Cure: La prevenzione delle Infezioni correlate all'assistenza pazienti/operatori e care giver OC OM	100%
Direzione Medica di Presidio	14	3.1.5 Sangue ed Emocomponenti	100%
Direzione Medica di Presidio	15	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	100%
Direzione Medica di Presidio	16	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	100%
SS Qualità e Accreditamento	1	Attività di coordinamento. Linea 3.3.2 – Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti.	100%
SS Qualità e Accreditamento	2	Gestione della Qualità – Accreditamento volontario Accreditation Canada – POO su relazioni trimestrali sulla sicurezza dei pazienti	100%
SS Controllo Servizi in Outsourcing	1	Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	100%
Referente aziendale area riabilitativa ospedaliera	1	3.6.2 Emergenza urgenza Revisione del protocollo di continuità riabilitativa per pazienti con esiti di ictus e frattura di femore	NON VALUTABILE

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
Referente aziendale area riabilitativa ospedaliera	2	Governo clinico Conduzione di due processi di Audit: 1.Valutare l'appropriatezza delle richieste per presa in carico riabilitativa nei reparti per acuti 2. Valutare l'aderenza alle linee guida sul progetto riabilitativo individuale	100%
SC Medicina legale	1	Formare il personale relativamente alla corretta compilazione e tenuta delle cartelle in aderenza alle procedure ASUITS	100%
SC Medicina legale	2	Audit sulle cartelle cliniche chiuse.	100%
SC Medicina legale	3	Riduzione delle criticità nella redazione delle cartelle cliniche	100%
SC Medicina legale	4	Mantenimento del sistema di segnalazione relativo alle parti documentali mancanti o non conformi rilevate durante l'Audit Cartelle Cliniche Chiuse	100%
SC Medicina legale	5	Stesura di una check list chiusura cartella	100%
SC Medicina legale	6	Formazione dei dirigenti medici su consensi e tematiche medico legali.	100%
SC Medicina legale	7	Attività di consulenza resa su richiesta delle strutture aziendali su aspetti bioetici, medico-legali e procedurali.	100%
SC Medicina legale	8	Attività scientifica di ricerca	100%
DAI EMERGENZA URGENZA E ACCETTAZIONE	1	Riorganizzazione servizi dipartimentali	100%
DAI EMERGENZA URGENZA E ACCETTAZIONE	2	Co- progettazione di un Centro Unico moduli preoperatori	100%
SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	2	Accessi in PS delle persone anziane dalla residenzialità	0%
SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	3	Armonizzazione delle attività clinico/organizzative delle due Strutture unificate	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	4	Formazione del personale medico	100%
SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	5	Razionalizzazione uso degli antibiotici	SOSPESO
SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	6	Attività scientifica di ricerca	50%
SSD Pronto Soccorso Ospedale Maggiore e Gestione delle Urgenze Territoriali	1	3.1.3. Emergenza urgenza Riorganizzazione della Centrale Operativa Farneto secondo i contenuti dell'Accordo Stato Regioni e del PEU FVG	100%
SSD Pronto Soccorso Ospedale Maggiore e Gestione delle Urgenze Territoriali	2	3.1.3. Emergenza urgenza Governo clinico e sicurezza delle cure Revisione, implementazione e condivisione con SORES delle Istruzioni Operative e Procedure	100%
SSD Pronto Soccorso Ospedale Maggiore e Gestione delle Urgenze Territoriali	3	PAL ASUITs 2018 4. I FLUSSI INFORMATIVI E LE VALUTAZIONI Flussi ministeriali Obblighi informativi e qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali Obiettivo aziendale 2018 garantire il rispetto delle tempistiche e delle scadenze da normativa ministeriale.	100%
SSD Pronto Soccorso Ospedale Maggiore e Gestione delle Urgenze Territoriali	4	3.6.2. Emergenza urgenza Migliorare l'evidenza della tempistica relativa all'insorgenza dei sintomi e arrivo in PS al fine della corretta applicazione del PDTA Ictus.	100%
SSD Pronto Soccorso Ospedale Maggiore e Gestione delle Urgenze Territoriali	5	Collaborazione con Distretti e PS	NON VALUTABILE
SSD Pronto Soccorso Ospedale Maggiore e Gestione delle Urgenze Territoriali	6	Attività scientifica di ricerca	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
Complesso Operatorio HC	1	Revisione dei protocolli di formazione del personale Infermieristico e Socio Sanitario (OSS) neo-assunto/ neo-inserito.	100%
Complesso Operatorio HC	2	Inserimento di Cateteri Venosi Centrali ad Inserimento Periferico Ecoguidato (PICC) nel Perioperatorio in Recovery Room.	100%
Complesso Operatorio HC	3	EFFICIENZA Percorso di programmazione in sala operatoria	100%
Complesso Operatorio HM - Day Surgery	1	Mantenere /migliorare l'offerta chirurgica ai pazienti fuori regione fuori provincia	100%
Complesso Operatorio HM - Day Surgery	2	Miglioramento dell'efficienza gestionale	100%
SSD Anestesia e Rianimazione in ambito cardiovascolare	1	Ottimizzazione della documentazione clinica anestesiologicala perioperatoria	100%
SSD Anestesia e Rianimazione in ambito cardiovascolare	2	Sviluppo dell'attività	0%
SSD Anestesia e Rianimazione in ambito cardiovascolare	3	Donazioni d'organo	0%
SSD Anestesia e Rianimazione in ambito cardiovascolare	4	Ottimizzazione del percorso di PBM (Patient Blood Management) in Cardiochirurgia: Monitoraggio del consumo di emocomponenti	100%
SSD Anestesia e Rianimazione in ambito cardiovascolare	5	Attività scientifica di ricerca	0%
SC Anestesia e Rianimazione HM	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC Anestesia e Rianimazione HM	2	Agevolare la preparazione preoperatoria di pazienti dermatologici non collaboranti organizzando un unico accesso preoperatorio, in cui vengono effettuati prelievi ematici ed esami strumentali anche in sedazione con monitoraggio in terapia intensiva. Si evitano accessi multipli, minimo disagio per il paziente ed il caregiver.	NON VALUTABILE

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC Anestesia e Rianimazione HM	3	<p>Posizionamento tempestivo di cateteri venosi periferici e CVC ad inserzione periferica , in ecoguida , adatti a trattamenti prolungati (antiblastici, palliativi, nutrizionali, controllo del dolore).</p> <p>Gestione ambulatoriale del paziente con riduzione della degenza e delle complicanze ad essa correlate.</p> <p>Agevolazione del carico di lavoro infermieristico .</p> <p>Ricaduta di beneficio per il paziente (inizio precoce della terapia, riduzione della necessità di multiple venipunture, riduzione di flebiti e stravasi di farmaci).</p>	100%
SC Anestesia e Rianimazione HM	4	<p>Soddisfare le richieste dell'utenza diminuendo i tempi di attesa per accedere all'Ambulatorio del Dolore .</p> <p>Integrazione dell'Ospedale Maggiore nella rete regionale per la Terapia del Dolore nello spirito della legge 38.2010.</p> <p>Riduzione delle liste di attesa c/o ambulatorio del dolore di Cattinara.</p>	0%
SC Anestesia e Rianimazione HM	5	Attività scientifica di ricerca	100%
SC (UCO)Anestesia e Rianimazione e Terapia Antalgica	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC (UCO)Anestesia e Rianimazione e Terapia Antalgica	2	Evidenziare i ricoveri "impropri" in Terapia Intensiva	0%
SC (UCO)Anestesia e Rianimazione e Terapia Antalgica	3	Epidemiologia e tempistica di intervento sui pazienti in ACR intraospedaliero	100%
SC (UCO)Anestesia e Rianimazione e Terapia Antalgica	4	Migliorare la gestione del malato portatore di catetere peridurale in assistenza territoriale.	50%
SC (UCO)Anestesia e Rianimazione e Terapia Antalgica	5	obiettivo PAL 2018 – 3.7.3 Apertura dei reparti di terapia intensiva e semintensiva ai care giver	100%
SC (UCO)Anestesia e Rianimazione e Terapia Antalgica	6	Monitoraggio della tempistica del percorso trauma.	100%
SC (UCO)Anestesia e Rianimazione e Terapia Antalgica	7	EFFICIENZA Percorso di programmazione in sala operatoria	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC (UCO)Anestesia e Rianimazione e Terapia Antalgica	8	Razionalizzazione uso degli antibiotici	SOSPESO
SC (UCO)Anestesia e Rianimazione e Terapia Antalgica	9	Attività scientifica di ricerca	100%
DAI CARDIO TORACO VASCOLARE	1	Linea 3.6 Progetti Clinico-Assistenziali Promuovere e realizzare un percorso uniforme relativo alla Consulenza Cardiologica per i Pazienti ricoverati o candidati ad intervento chirurgico o endoscopico programmato	100%
DAI CARDIO TORACO VASCOLARE	2	Modello organizzativo che risponda in modo appropriato all'organizzazione dipartimentale con integrazioni delle competenze clinico/assistenziali nel Dipartimento integrato	100%
DAI CARDIO TORACO VASCOLARE	3	Co- progettazione di un Centro Unico moduli preoperatori	100%
DAI CARDIO TORACO VASCOLARE	4	Linea 3.7 Rapporti con i cittadini Educazione sanitaria personalizzata e gestione patologia cardiovascolare con attenzione ai fattori di rischio	100%
SC Cardiologia	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC Cardiologia	2	Linea 3.6.2 Emergenze Cardiologiche	100%
SC Cardiologia	3	Linea 3.6 Progetti Clinico-Assistenziali 1 - Uniformare i percorsi relativi alla Consulenza Cardiologica per i Pazienti ricoverati in ASUITS nei 2 presidi o candidati ad intervento chirurgico o endoscopico programmato	100%
SC Cardiologia	4	Linea 3.6 Progetti Clinico-Assistenziali 2 - Istituzione di una Funzione Ambulatoriale dedicata alla pre-selezione clinica e follow up dei Pazienti ad alta complessità candidati a procedure interventistiche di emodinamica (TAVI, Mitraclip, PFO, Ablazione transcatetere aritmie endo- epicardiche, procedure in assistenza ECMO)	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC Cardiologia	5	Linea 4 Flussi Informativi Strutturare un sistema informatizzato di raccolta interna dati di attività, complicanze ed esiti in Terapia Intensiva Cardiologica	100%
SC Cardiologia	6	Linea 4 Flussi Informativi Riorganizzare l'attività di Magazzino uniformando la gestione fra le sezioni di emodinamica ed elettrofisiologia	100%
SC Cardiologia	7	Linea 3.6 Progetti Clinico-Assistenziali Ottimizzazione ed implementazione percorsi procedure complesse di cardiologia invasiva	100%
SC Cardiologia	8	Produzione attività scientifica di ricerca	100%
SC Cardiochirurgia	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC Cardiochirurgia	2	3.6.6. Progetti Clinico /assistenziali erogazione dei livelli di assistenza	100%
SC Cardiochirurgia	3	3.6.1 "Insufficienze d'organo e trapianti" – Rene. 3.6.5 "Sangue ed emoderivati" Al fine di migliorare la gestione dei pazienti sottoposti a trattamento sostitutivo renale presso la Cardiochirurgia, verrà introdotta la tecnica di scoagulazione con citrato, con il risultato atteso di diminuzione delle complicazioni emorragiche	100%
SC Cardiochirurgia	4	3.2.15 "Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive". Nell'ambito del programma continuo di sorveglianza e riduzione delle infezioni della ferita chirurgica, verrà sperimentato un nuovo presidio per medicazioni a pressione negativa	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC Cardiochirurgia	5	3.2.15 “Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive”. A integrazione delle linee guida aziendali e al fine di minimizzare le infezioni catetere-correlate verrà prodotto un protocollo di gestione delle linee venose mirato alle peculiarità del paziente cardiocirurgico.	100%
SC Cardiochirurgia	6	“Sistema informativo: razionalizzazione dei data center aziendali” La refertazione degli ecocardiogrammi eseguiti in Cardiochirurgia (dai cardiologi della S.C.) verrà allineata allo standard del Dipartimento	100%
SC Cardiochirurgia	7	Progetti attinenti le attività clinico-assistenziali	100%
SC Cardiochirurgia	8	Rapporto con i cittadini Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico (recall)	100%
SC Cardiochirurgia	9	Progetti attinenti alle attività clinico- assistenziali Gestione rischio clinico. Empowerment dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio diabete	100%
SC Cardiochirurgia	10	Ottimizzazione del percorso di PBM (Patient Blood Management) in Cardiochirurgia: Monitoraggio del consumo di emocomponenti	100%
SC Cardiochirurgia	11	Produzione attività scientifica di ricerca	100%
SC (UCO) Chirurgia Vascolare	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC (UCO) Chirurgia Vascolare	2	Formulazione di un protocollo per il trattamento fibrinolitico loco regionale (Urokinasi) nel paziente con trombosi acuta arteriosa	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC (UCO) Chirurgia Vascolare	3	Creazione di un Registro interno in comune sui pazienti sottoposti a trombectomia meccanica nell'ottica di avere un aggiornamento costante e preciso sui risultati immediati e sugli outcome per evidenziare eventuali limiti e possibilità di miglioramento	100%
SC (UCO) Chirurgia Vascolare	4	Ottimizzazione della presa in carico dei pazienti candidati a procedure di angioplastica periferica, stenting carotideo, PTA venosa, posizionamento di filtro cavale.	100%
SC (UCO) Chirurgia Vascolare	5	Produzione attività scientifica di ricerca	100%
SC Cardiovascolare e Medicina dello Sport	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC Cardiovascolare e Medicina dello Sport	2	PAL 3.2.7. Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)	100%
SC Cardiovascolare e Medicina dello Sport	3	PAL 3.2.7. Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)	100%
SC Cardiovascolare e Medicina dello Sport	4	PAL 3.3.7. Cronicità	100%
SC Cardiovascolare e Medicina dello Sport	5	5.1 PAL 3.7.1 Tempi d'attesa Rispetto dei tempi di attesa previsti per l'erogazione, in base ai criteri di priorità clinica condivisi con MMG, delle visite/controlli cardiologici	100%
SC Cardiovascolare e Medicina dello Sport	6	PAL 3.7.2 Innovazione nella gestione delle terapie Rivalutazione delle indicazioni e prescrizione dei DOAC nella FA e TVP/EP	100%
SC Cardiovascolare e Medicina dello Sport	7	Educazione sanitaria personalizzata e gestione patologia cardiovascolare con attenzione ai fattori di rischio	100%
SC Cardiovascolare e Medicina dello Sport	8	Rispetto della correttezza degli atti clinici	100%
SC Cardiovascolare e Medicina dello Sport	9	Produzione attività scientifica di ricerca	100%
SC Chirurgia Toracica	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC Chirurgia Toracica	2	Sicurezza del paziente	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC Chirurgia Toracica	3	Miglioramento documentazione infermieristica (Sicurezza e appropriatezza)	100%
SC Chirurgia Toracica	4	Informatizzazione documentazione sanitaria (Sicurezza e appropriatezza)	100%
SC Chirurgia Toracica	5	Garantire un percorso di Wellness postoperatorio nella presa in carico integrata tra la SC ed i Servizi Territoriali (Distretti) 3.2.7. Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)	100%
SC Chirurgia Toracica	6	Produzione attività scientifica di ricerca	100%
SC Pneumologia	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC Pneumologia	2	2 3.6.3 Reti di Patologia. Malattie rare: rete Polmone	100%
SC Pneumologia	3	3.7.2. Innovazione nella gestione delle terapie	100%
SC Pneumologia	4	3.3.4 Riabilitazione. Attivazione a livello aziendale della rete per le malattie neuro-muscolari e la sclerosi laterale amiotrofica	100%
SC Pneumologia	5	3.7.3. Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai caregivers	100%
SC Pneumologia	6	Rispetto della correttezza degli atti clinici	100%
SC Pneumologia	7	Produzione attività scientifica di ricerca	100%
DAI MEDICINA	1	Revisione Appropriatezza Codifica Dimissione SDO	100%
DAI MEDICINA	2.1	Registrazione corretta della attività di tutoraggio per Studenti e Specializzandi come richiesto dalla Università	100%
DAI MEDICINA	2.2	Registrazione corretta della attività di tutoraggio per Studenti e Specializzandi come richiesto dalla Università	100%
DAI MEDICINA	3	Continuità territorio – ospedale - territorio	100%
DAI MEDICINA	4	Promuovere l'integrazione del personale del comparto in ambito dipartimentale per favorire l'uniformità e la qualità dell'assistenza. Favorire la mobilità fra gli operatori nel contesto dipartimentale . Sostenere la distribuzione flessibile ed uniforme delle risorse in ambito Dipartimentale	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC I Medica	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC I Medica	2	Azioni di programmazione territorio/ospedale/territorio nell'ottica della costruzione di un sistema di salute	100%
SC I Medica	3	Conoscere e attuare le strategie di prevenzione delle LdP; approfondire il livello di conoscenza del nuovo protocollo sull'utilizzo razionale delle medicazioni avanzate nel trattamento LdP	100%
SC I Medica	4	Per la sicurezza della persona assistita, garantire un accurato passaggio di consegne.	100%
SC I Medica	5	Integrare alla lettera di dimissione informatizzata già presente in G2 il format della lettera di trasferimento infermieristico	100%
SC I Medica	6	Percorso formativo sul campo del personale DAI in Nefrologia /dialisi per la dialisi peritoneale	100%
SC I Medica	7	Stratificazione utente cardiopatico mediante valutazione della "risposta al diuretico" nello scompenso cardiaco	100%
SC I Medica	8	Migliore presa in carico del paziente fragile ospedalizzato: diagnosi e terapia del "delirium"	100%
SC I Medica	9	Presenza in carico con cure palliative e globali del malato oncologico ricoverato presso la SC I Medica e dei suoi familiari. Inclusione nel lungo periodo nella Rete delle Cure Palliative, anche utenti non oncologici affetti da patologie cronico-degenerative.	100%
SC I Medica	10	Sviluppo di modelli di presa in carico proattivi per la riduzione delle riacutizzazioni e dei ricoveri nelle persone fragili	100%
SC I Medica	11	Rispetto della correttezza degli atti clinici	93%
SC I Medica	12	Riorganizzazione della gestione dei posti letto	50%
SC I Medica	13	Razionalizzazione uso degli antibiotici	SOSPESO
SC I Medica	14	Produzione attività scientifica di ricerca	100%
SC III Medica	1	Razionalizzazione dei costi	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC III Medica	2	Azioni di programmazione territorio/ospedale/territorio nell'ottica della costruzione di un sistema di salute	100%
SC III Medica	3	Maggior uso dei DOAC per miglioramenti esiti terapia	100%
SC III Medica	4	BPCO-definizione diagnostica	100%
SC III Medica	5	Riduzione delle richieste al CIEU, alla radiologia, alla chirurgia vascolare di eco-doppler venoso arti inferiori per diagnosi di TVP	100%
SC III Medica	6	Riduzione delle richieste alla Pneumologia e Radiologia per toracentesi e paracentesi Ecoguidate	100%
SC III Medica	7	Miglioramento dell'attività assistenziale infermieristica, e di supporto nel Dipartimento delle Medicine, (<i>anche attraverso la collaborazione di un fisioterapista</i>)	100%
SC III Medica	8	Miglioramento della continuità delle cure e dell'assistenza al momento del trasferimento	100%
SC III Medica	9	Sviluppo di modelli di presa in carico proattivi per la riduzione delle riacutizzazioni e dei ricoveri nelle persone fragili	100%
SC III Medica	10	Rispetto della correttezza degli atti clinici	100%
SC III Medica	11	Riorganizzazione della gestione dei posti letto	100%
SC III Medica	12	Razionalizzazione uso degli antibiotici	100%
SC III Medica	13	Produzione attività scientifica di ricerca	100%
SC Nefrologia e Dialisi	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC Nefrologia e Dialisi	2	Avvio di un programma di CRRT con anticoagulazione loco-regionale con Citrato in Cardio-Chirurgia a seguito di richiesto aggiornamento tecnologico del monitor in service	100%
SC Nefrologia e Dialisi	3	Addestramento pratico alla Dialisi Peritoneale Manuale e Automatizzata del personale medico Nefrologico	50%
SC Nefrologia e Dialisi	4	Revisione ed ulteriore strutturazione del percorso di continuità terapeutica del paziente nefropatico, dializzato e trapiantato fragile insieme con i Distretti	100%
SC Nefrologia e Dialisi	5	Utilizzo di una Valutazione Infermieristica costruita sulle esigenze dell'utente nefropatico	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC Nefrologia e Dialisi	6	Opuscolo di orientamento al trattamento sostitutivo per il paziente che inizia il trattamento dialitico durante il ricovero senza aver potuto passare attraverso l'Ambulatorio di Orientamento	100%
SC Nefrologia e Dialisi	7	Programmazione percorso di rotazione con scopo conoscitivo degli operatori delle Distretto 2 con operatori nefrologia	100%
SC Nefrologia e Dialisi	8	Diffusione di competenze nella gestione della dialisi peritoneale nel personale della Struttura e del DAI	100%
SC Nefrologia e Dialisi	9	Predisposizione di un ambulatorio infermieristico nefrologico di gestione post-orientamento alla terapia sostitutiva in attesa del suo inizio.	100%
SC Nefrologia e Dialisi	10	Razionalizzazione uso degli antibiotici	SOSPESO
SC Nefrologia e Dialisi	11	Produzione attività scientifica di ricerca	100%
SC (UCO) Medicina Clinica	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC (UCO) Medicina Clinica	2	Azioni di programmazione territorio/ospedale/territorio nell'ottica della costruzione di un sistema di salute	100%
SC (UCO) Medicina Clinica	3	Ottimizzazione del percorso di cura dei pazienti affetti da patologie Reumatiche ed Endocrine, attraverso la creazione di Pacchetti Ambulatoriali Complessi (vedi allegati)	100%
SC (UCO) Medicina Clinica	4	Ottimizzazione del percorso di cura per pazienti affetti da Reumo artropatie infiammatorie associate a malattie infiammatorie croniche intestinali	100%
SC (UCO) Medicina Clinica	5	Ottimizzazione del percorso di cura in ambito "Reumatologico" nella fase di primo screening per Arterite Gigantocellulare delle Grandi Arterie (AGA). Percorso facilitato per l'esame: eco-Doppler dei Tronchi Sovraortici.	100%
SC (UCO) Medicina Clinica	6	Ottimizzazione del percorso di cura per pazienti affetti da Noduli Tiroidei da sottoporre a trattamento chirurgico,	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC (UCO) Medicina Clinica	7	Ottimizzazione del percorso di cura per “incidentalomi della tiroide” (i.e. riscontro incidentale di noduli tiroidei, non noti e non già in valutazione endocrinologica), nel corso di esame eco-Doppler dei Tronchi Sovraortici.	100%
SC (UCO) Medicina Clinica	8	Miglioramento dell’attività assistenziale infermieristica, e di supporto nel Dipartimento delle Medicine, (anche attraverso la collaborazione di un fisioterapista)	100%
SC (UCO) Medicina Clinica	9	Miglioramento della continuità delle cure e dell’assistenza al momento del trasferimento	100%
SC (UCO) Medicina Clinica	10	Sviluppo di modelli di presa in carico proattivi per la riduzione delle riacutizzazioni e dei ricoveri nelle persone fragili	100%
SC (UCO) Medicina Clinica	11	Rispetto della correttezza degli atti clinici	100%
SC (UCO) Medicina Clinica	12	Riorganizzazione della gestione dei posti letto	0%
SC (UCO) Medicina Clinica	13	Razionalizzazione uso degli antibiotici	100%
SC (UCO) Medicina Clinica	14	Produzione attività scientifica di ricerca	100%
SC (UCO) Clinica Medica	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC (UCO) Clinica Medica	2	Azioni di programmazione territorio/ospedale/territorio nell’ottica della costruzione di un sistema di salute	100%
SC (UCO) Clinica Medica	3	Organizzazione e coordinamento dell’attività di gestione del malato acuto internistico ricoverato e dell’attività specialistica ambulatoriale e di consulenza della Clinica Medica	100%
SC (UCO) Clinica Medica	4	Linea 3.2.15. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive, inclusa la resistenza antimicrobica (Programma XIII PRP 2014-2018) e piano nazionale di contrasto alle resistenze antimicrobiche 2017-2018 (PNCAR)	100%
SC (UCO) Clinica Medica	5	Linea 3.6.3. Reti di patologia Malattie rare. Malattie del metabolismo	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC (UCO) Clinica Medica	6	Linea 3.2.7. Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP) Realizzare progetti di promozione attività fisica adattata	100%
SC (UCO) Clinica Medica	7	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	100%
SC (UCO) Clinica Medica	8	Report attività didattica e di tutoraggio	100%
SC (UCO) Clinica Medica	9	Promozione della ricerca clinica	100%
SC (UCO) Clinica Medica	10	Riorganizzazione della gestione dei posti letto	50%
SC (UCO) Clinica Medica	11	Sviluppo di modelli di presa in carico proattivi per la riduzione delle riacutizzazioni e dei ricoveri nelle persone fragili	100%
SC (UCO) Clinica Medica	12	Rispetto della correttezza degli atti clinici	100%
SC (UCO) Clinica Medica	13	Produzione attività scientifica di ricerca	100%
SC Geriatria	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC Geriatria	2	Azioni di programmazione territorio/ospedale/territorio nell'ottica della costruzione di un sistema di salute	100%
SC Geriatria	3	Miglioramento dell'assistenza ai pazienti oncologici anziani.	100%
SC Geriatria	4	Miglioramento delle capacità mnesiche e cognitive in anziani con deficit cognitivo moderato	100%
SC Geriatria	5	Linea regionale 3.3.1	100%
SC Geriatria	6	Tendenza alla stabilizzazione o diminuzione delle polmoniti nosocomiali	100%
SC Geriatria	7	Mantenimento/miglioramento della soddisfazione dell'utenza sulle prestazioni della S.C.	100%
SC Geriatria	8	Riduzione lesioni da decubito insorte durante la degenza	100%
SC Geriatria	9	Sviluppo di modelli di presa in carico proattivi per la riduzione delle riacutizzazioni e dei ricoveri nelle persone fragili	100%
SC Geriatria	10	Riorganizzazione della gestione dei posti letto	0%
SC Geriatria	11	Razionalizzazione uso degli antibiotici	SOSPESO

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC Geriatria	12	Produzione attività scientifica di ricerca	100%
SSD Formazione e Ricerca In Ultrasonografia Vascolare	1	<p>Qualità e appropriatezza dell'offerta formativa in termini di didattica tutoriale passiva (primo livello didattico) e interattiva (secondo livello didattico) per rispettivamente: il CdS di Medicina e Chirurgia e le Scuole di Specializzazione di UNITS, ove insiste l'insegnamento dell'Angiologia e Diagnostica Vascolare Ultrasonografica.</p> <p>CdS interessati, con platea complessiva di ca 150 discenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CdS Medicina e Chirurgia • SS Medicina Interna • SS Malattie dell'Apparato Cardiovascolare 	100%
SSD Formazione e Ricerca In Ultrasonografia Vascolare	2	<p>Ottimizzazione del percorso di cura per "incidentalomi della tiroide" (i.e. riscontro incidentale di noduli tiroidei, non noti e non già in valutazione endocrinologica), nel corso di esame eco-Doppler dei Tronchi Sovraortici.</p> <p>Evidenziazione e definizione clinico-diagnostica di una patologia che altrimenti rischierebbe di rimanere misconosciuta con rischio clinico implicito aumentato, senza incrementare impropriamente lo studio estensivo degli incidentalomi tiroidei.</p>	100%
SSD Formazione e Ricerca In Ultrasonografia Vascolare	3	<p>Ottimizzazione del percorso di cura in ambito "Reumatologico" nella fase di primo screening per Arterite Gigantocellulare delle Grandi Arterie (AGA).</p> <p>Percorso facilitato per l'esame: eco-Doppler dei Tronchi Sovraortici.</p>	100%
SSD Formazione e Ricerca In Ultrasonografia Vascolare	4	Erogazione delle prestazioni per esterni	100%
SSD Formazione e Ricerca In Ultrasonografia Vascolare	5	Produzione attività scientifica di ricerca	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
DAI EMATOLOGIA, ONCOLOGIA E INFETTIVOLOGIA	1	Centro Unico di Somministrazione Antitumorali (presso l'Ospedale Maggiore)	100%
DAI EMATOLOGIA, ONCOLOGIA E INFETTIVOLOGIA	2	Promuovere l'integrazione del personale del comparto in ambito dipartimentale per consolidare l'attivazione del Centro Unico di Somministrazione Farmaci Antitumorali e implementare l'UFA.	100%
SC Ematologia	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC Ematologia	2	Continuità diagnostica e terapeutica dei pazienti dimessi	100%
SC Ematologia	3	Posizionamento tempestivo di cateteri venosi periferici e CVC ad inserzione periferica, in ecoguida, adatti a trattamenti prolungati (antitumorali, palliativi, nutrizionali, controllo del dolore) Gestione ambulatoriale del paziente con riduzione della degenza e delle complicanze ad essa correlate. Agevolazione del carico di lavoro infermieristico Ricaduta di beneficio per il paziente (inizio precoce della terapia, riduzione della necessità di multiple venipunture, riduzione di flebiti e stravasi di farmaci)	100%
SC Ematologia	4	Ottimizzazione del percorso clinico-diagnostico dei pazienti affetti da malattia onco-ematologica	100%
SC Ematologia	5	Razionalizzazione uso degli antibiotici	100%
SC Ematologia	6	Rispetto della correttezza degli atti clinici	100%
SC Ematologia	7	Attività scientifica di ricerca	100%
SC Ematologia	8	Produzione attività scientifica di ricerca	100%
SC Oncologia	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC Oncologia	2	Riorganizzazione di tutta l'attività aziendale relativa alla patologia oncologica	100%
SC Oncologia	3	Passaggio prescrizioni chemioterapia sulla nuova piattaforma BMIND	100%
SC Oncologia	4	Utilizzo della piattaforma Bmind per allestimento e somministrazione delle chemioterapie	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC Oncologia	5	Migliorare la qualità della compilazione della cartella infermieristica, in particolare l'area riservata alla pianificazione assistenziale.	100%
SC Oncologia	6	Appropriatezza prescrittiva farmaci ad alto costo	100%
SC Oncologia	7	Coordinamento attività clinico e assistenziale	100%
SC Oncologia	8	Meeting Multidisciplinare di neurooncologia	100%
SC Oncologia	9	Razionalizzazione uso degli antibiotici	SOSPESO
SC Oncologia	10	Rispetto della correttezza degli atti clinici	100%
SC Oncologia	11	Produzione attività scientifica di ricerca	100%
SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile	2	Riorganizzazione di tutta l'attività aziendale relativa alla patologia mammaria e ginecologica oncologica	100%
SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile	3	Riorganizzazione di tutta l'attività relativa alla patologia mammaria e ginecologica oncologica Appropriatezza tempi di attesa	100%
SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile	4	Screening oncologici Implementazione del tasso di adesione della popolazione mediante la formazione degli operatori	100%
SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile	5	Screening oncologici Prosecuzione e consolidamento delle attività	100%
SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile	6	Reti di patologia Miglioramento dei percorsi di presa in carico della paziente oncologica ginecologica	100%
SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile	7	Produzione attività scientifica di ricerca	100%
SC Radioterapia	1	Razionalizzazione dei costi	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC Radioterapia	2	Trattamento delle metastasi ossee entro 3 gg	100%
SC Radioterapia	3	Irradiazione Emoderivati	100%
SC Radioterapia	4	Attivazione delle Agende Informatizzate	100%
SC Radioterapia	5	Applicazione della radioterapia intraoperatoria (IORT) in un'unica seduta (21 Gy) nelle pazienti sottoposte a chirurgia conservativa della mammella	100%
SC Radioterapia	6	Meeting Multidisciplinare di neurooncologia	100%
SC Radioterapia	7	Produzione attività scientifica di ricerca	100%
SC Malattie Infettive	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC Malattie Infettive	2	Attuazione di percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio per gli utenti del DDD con epatite cronica da HCV in trattamento con farmaci di nuova generazione (DAA)	100%
SC Malattie Infettive	3	Rischio clinico – Qualità ed appropriatezza nell'erogazione delle cure: contenimento della resistenza agli antibiotici	100%
SC Malattie Infettive	4	Garantire l'educazione sanitaria e la prevenzione delle infestazioni da acaro della scabbia	100%
SC Malattie Infettive	5	Garantire l'avvio e l'applicazione della procedura per l'allestimento del Ganciclovir	100%
SC Malattie Infettive	6	Razionalizzazione uso degli antibiotici	50%
SC Malattie Infettive	7	Produzione attività scientifica di ricerca	100%
SC (UCO) Clinica Dermatologica	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC (UCO) Clinica Dermatologica	2	Coordinamento attività clinico e assistenziale	100%
SC (UCO) Clinica Dermatologica	3	Prevenzione delle malattie infettive. Attività di diagnosi e prevenzione della scabbia	100%
SC (UCO) Clinica Dermatologica	4	Coordinamento attività clinico e assistenziale	87,50%
SC (UCO) Clinica Dermatologica	5	Continuità assistenziale	100%
SC (UCO) Clinica Dermatologica	6	Miglioramento dell'assistenza	100%
SC (UCO) Clinica Dermatologica	7	Agevolare la preparazione preoperatoria di pazienti non collaboranti per patologie neurologiche degenerative o congenite, che necessitano di un'organizzazione dedicata. Evitare accessi multipli Causare minimo disagio per il paziente ed il care –giver.	NON VALUTABILE

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC (UCO) Clinica Dermatologica	8	Razionalizzazione uso degli antibiotici	SOSPESO
SC (UCO) Clinica Dermatologica	9	Rispetto della correttezza degli atti clinici	100%
SC (UCO) Clinica Dermatologica	10	Produzione attività scientifica di ricerca	100%
DAI CHIRURGIA	1	Ottimizzazione degenze per aree di patologia	100%
DAI CHIRURGIA	2	Ottimizzazione percorsi multidisciplinari	100%
DAI CHIRURGIA	3	Co- progettazione di un Centro Unico moduli preoperatori	100%
SC (UCO) Clinica Chirurgica	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC (UCO) Clinica Chirurgica	2.1	Riduzione delle complicanze post operatorie	100%
SC (UCO) Clinica Chirurgica	2.2	Riduzione delle complicanze post operatorie	50%
SC (UCO) Clinica Chirurgica	2.3	Riduzione delle complicanze post operatorie	100%
SC (UCO) Clinica Chirurgica	3.1	Migliorare allerta malati critici	100%
SC (UCO) Clinica Chirurgica	3.2	Migliorare allerta malati critici	0%
SC (UCO) Clinica Chirurgica	4	Migliorare soddisfazione dell'utenza	100%
SC (UCO) Clinica Chirurgica	5	Miglioramento qualità delle prestazioni	100%
SC (UCO) Clinica Chirurgica	6	Ottimizzazione del percorso di cura per pazienti affetti da Noduli Tiroidei da sottoporre a trattamento chirurgico	100%
SC (UCO) Clinica Chirurgica	7	Report attività didattica e di tutoraggio	100%
SC (UCO) Clinica Chirurgica	8	Razionalizzazione uso degli antibiotici	100%
SC (UCO) Clinica Chirurgica	9	Produzione attività scientifica di ricerca	100%
SC Gastroenterologia	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC Gastroenterologia	2	Ottimizzazione del percorso di cura per pazienti affetti da malattie infiammatorie croniche intestinali con associato Reumo artropatie infiammatorie	100%
SC Gastroenterologia	3	Didattica e ricerca	100%
SC Gastroenterologia	4	Ottimizzazione della gestione dei campioni endoscopici gastroenterologici di natura non neoplastica	100%
SC Gastroenterologia	5	Accreditamento professionale società scientifica (SIED società italiana di endoscopia digestiva)	100%
SC Gastroenterologia	6	Produzione attività scientifica di ricerca	100%
SC (UCO) Clinica Urologica	1	Razionalizzazione dei costi	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC (UCO) Clinica Urologica	2	Prostate-cancer-unit	100%
SC (UCO) Clinica Urologica	3	Consulenze urologiche informatizzate	50%
SC (UCO) Clinica Urologica	4	Monitoraggio della ferita chirurgica e gestione delle sue complicanze anche dopo la dimissione	100%
SC (UCO) Clinica Urologica	5	Migliorare l'informazione sul percorso pre e post intervento chirurgico alle persone affette da patologia benigna e maligna della prostata	0%
SC (UCO) Clinica Urologica	6	Razionalizzazione uso degli antibiotici	SOSPESO
SC (UCO) Clinica Urologica	7	Produzione attività scientifica di ricerca	100%
SC Clinica e Patologia del Fegato	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC Clinica e Patologia del Fegato	2	3.4 assistenza farmaceutica	100%
SC Clinica e Patologia del Fegato	3	Attuazione di percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio per gli utenti del DDD con epatite cronica da HCV in trattamento con farmaci di nuova generazione (DAA)	100%
SC Clinica e Patologia del Fegato	4	3.6.1 insufficienze d'organo e trapianti	100%
SC Clinica e Patologia del Fegato	5	Didattica e ricerca	100%
SC Clinica e Patologia del Fegato	6	Produzione attività scientifica di ricerca	100%
SSD Chirurgia Senologica – Breast Unit	1	Coordinamento di un modello specializzato nell'assistenza alla donna con patologia della mammella sulla base di un piano di assistenza personalizzato	100%
SSD Chirurgia Senologica – Breast Unit	2	Terapia chirurgica del cancro della mammella	100%
SSD Chirurgia Senologica – Breast Unit	3	Percorso breve nelle pazienti con lesioni dubbie e/o sospette dopo Mx di screening (obiettivo condiviso con CSO segreteria screening, Radiologia OM e Cattinara, Anatomia Patologica, Chirurgia Senologica)	100%
SSD Chirurgia Senologica – Breast Unit	4	Ricostruzione dopo chirurgia per cancro della mammella	100%
SSD Chirurgia Senologica – Breast Unit	5	Applicazione della radioterapia intraoperatoria (IORT) in un'unica seduta (21Gy) nelle pazienti sottoposte a chirurgia conservativa della mammella	100%
SSD Chirurgia Senologica – Breast Unit	6	Assistenza da parte della Breast Nurse alle pazienti con cancro della mammella e candidate ad intervento chirurgico	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SSD Chirurgia Senologica – Breast Unit	7	Produzione attività scientifica di ricerca	100%
DAI CHIRURGIA SPECIALISTICA	1	Registrazione corretta della attività di tutoraggio per Studenti e Specializzandi come richiesto dalla Università	100%
DAI CHIRURGIA SPECIALISTICA	2	Attività di didattica e ricerca	100%
DAI CHIRURGIA SPECIALISTICA	3	Co- progettazione di un Centro Unico moduli preoperatori	100%
SC (UCO) Clinica Di Chirurgia Maxillofacciale e Odontostomatologia	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC (UCO) Clinica Di Chirurgia Maxillofacciale e Odontostomatologia	2	Formalizzazione di un PDTA su osteonecrosi ossa mascellare in pazienti candidati a trattamento farmacologico a rischio di ONM	100%
SC (UCO) Clinica Di Chirurgia Maxillofacciale e Odontostomatologia	3	Progetto integrato di un centro ambulatoriale di riferimento per la Sindrome della Bocca Urente e del dolore oro-facciale atipico	NON VALUTABILE
SC (UCO) Clinica Di Chirurgia Maxillofacciale e Odontostomatologia	4	Visite odontostomatologiche a domicilio in pazienti disabili	100%
SC (UCO) Clinica Di Chirurgia Maxillofacciale e Odontostomatologia	5	Riduzione lista di attesa prestazioni LEA	100%
SC (UCO) Clinica Di Chirurgia Maxillofacciale e Odontostomatologia	6	Inserimento in G" di immagini acquisite in corso di fibroscopia NBI in pazienti con lesioni pre-maligne o neoplastiche	100%
SC (UCO) Clinica Di Chirurgia Maxillofacciale e Odontostomatologia	7	Predisposizione di protocolli operativi in collaborazione con Burlo Garofolo e ASUIUD per il trattamento dei traumi maxillo-facciale	100%
SC (UCO) Clinica Di Chirurgia Maxillofacciale e Odontostomatologia	8	Analisi congruità delle prescrizione di priorità per i codici B e D	100%
SC (UCO) Clinica Di Chirurgia Maxillofacciale e Odontostomatologia	9	Rispetto della correttezza degli atti clinici	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC (UCO) Clinica Di Chirurgia Maxillofacciale e Odontostomatologia	10	Produzione attività scientifica di ricerca	100%
SC (UCO) Chirurgia Plastica	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC (UCO) Chirurgia Plastica	2	Cancro della mammella	100%
SC (UCO) Chirurgia Plastica	3	Mantenimento accreditamento EUSOMA della BREAST UNIT	100%
SC (UCO) Chirurgia Plastica	4	Breast Unit	100%
SC (UCO) Chirurgia Plastica	5	Mantenimento tempi di attesa visite brevi	100%
SC (UCO) Chirurgia Plastica	6	Tumori testa collo entro un mese	100%
SC (UCO) Chirurgia Plastica	7	Aumento inserimento in agende digitali	100%
SC (UCO) Chirurgia Plastica	8	Coordinamento attività clinico e assistenziale	100%
SC (UCO) Chirurgia Plastica	9	Rispetto della correttezza degli atti clinici	100%
SC (UCO) Chirurgia Plastica	10	Razionalizzazione uso degli antibiotici	SOSPESO
SC (UCO) Chirurgia Plastica	11	Produzione attività scientifica di ricerca	100%
SC (UCO) Clinica Oculistica	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC (UCO) Clinica Oculistica	2	Completamento del percorso gestionale dei pazienti diabetici in preparazione ad intervento chirurgico	100%
SC (UCO) Clinica Oculistica	3	Attivazione del programma di Screening della retinopatia diabetica. Nel corso del 2017 è stato formulato ed approvato il progetto di screening della retinopatia diabetica in accordo con i diabetologi del territorio. E' stato testato il retinografo sul territorio con acquisizione delle immagini e successiva visualizzazione delle stesse presso la clinica oculistica.	NON VALUTABILE
SC (UCO) Clinica Oculistica	4	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.	100%
SC (UCO) Clinica Oculistica	5	Refertazione degli esami fluorangiografici	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC (UCO) Clinica Oculistica	6	Ulteriore miglioramento del rapporto costo/efficacia nella terapia chirurgica del glaucoma. Riduzione dei costi relativi alla gestione dei pazienti glaucomatosi che hanno necessità di intervento chirurgico in termini di giorni di degenza e di controlli ambulatoriali postoperatori	100%
SC (UCO) Clinica Oculistica	7	Incremento degli interventi di cataratta, riduzione delle liste d'attesa e semplificazione dell'accesso ospedaliero per i pazienti	100%
SC (UCO) Clinica Oculistica	8	Coinvolgimento organico degli oculisti del territorio nelle attività ambulatoriali di primo livello in modo coordinato con le attività della Clinica Oculistica. Gestione condivisa tra ospedale e territorio del paziente che necessita di controlli ambulatoriali con programmazione delle visite di controllo a breve e differite.	100%
SC (UCO) Clinica Oculistica	9	Produzione attività scientifica di ricerca	100%
SC (UCO) Clinica Otorinolaringoiatrica	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC (UCO) Clinica Otorinolaringoiatrica	2	Miglioramento qualità di cura erogata nei ricoveri	100%
SC (UCO) Clinica Otorinolaringoiatrica	3	Miglioramento qualità di cura erogata nei ricoveri	100%
SC (UCO) Clinica Otorinolaringoiatrica	4	Miglioramento qualità di cura erogata nei ricoveri	100%
SC (UCO) Clinica Otorinolaringoiatrica	5	Miglioramento qualità di cura erogata nei ricoveri	100%
SC (UCO) Clinica Otorinolaringoiatrica	6	Attività didattica e di tutoraggio	100%
SC (UCO) Clinica Otorinolaringoiatrica	7	Attività di ricerca	100%
SC (UCO) Clinica Otorinolaringoiatrica	8	Integrazione territorio-ospedale	100%
SC (UCO) Clinica Otorinolaringoiatrica	9	Miglioramento qualità di cura erogata nei ricoveri	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC (UCO) Clinica Otorinolaringoiatrica	10	.Integrazione territorio-ospedale	100%
SC (UCO) Clinica Otorinolaringoiatrica	11	Studio epidemiologico tumori testa e collo	100%
SC (UCO) Clinica Otorinolaringoiatrica	12	Linea regionale 3.4 Progetti attinenti le attività clinico assistenziali. 3.4.8 Gestione del rischio clinico. Empowerment dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio clinico	100%
SC (UCO) Clinica Otorinolaringoiatrica	13	Razionalizzazione uso degli antibiotici	SOSPESO
DAI NEUROSCIENZE, RIABILITAZIONE, ORTOPEDIA E MEDICINA DEL LAVORO	1	Coordinamento dell'attività assistenziale, didattica e scientifica delle SC-UCO afferenti al DAI	100%
DAI NEUROSCIENZE, RIABILITAZIONE, ORTOPEDIA E MEDICINA DEL LAVORO	2	Co- progettazione di un Centro Unico moduli preoperatori	100%
SC (UCO) Clinica Neurologica	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC (UCO) Clinica Neurologica	2	Realizzazione di un HUB di secondo livello in Regione per la Stroke Unit. Monitoraggio neurofisiologico intraoperatorio Rete formativa GO e MO per la specialità di Neurologia Progetti di ricerca	100%
SC (UCO) Clinica Neurologica	3	Mantenimento dell'attività di Trombolisi endovenosa	100%
SC (UCO) Clinica Neurologica	4	Mantenimento dell'attività di Trombectomia	100%
SC (UCO) Clinica Neurologica	5	Miglioramento degli intertempi allerta Tac e Tac –trombolisi	100%
SC (UCO) Clinica Neurologica	6	Opuscolo MMG	100%
SC (UCO) Clinica Neurologica	7	Barthel e Rankin scale	80%
SC (UCO) Clinica Neurologica	8	Monitoraggio NCH	100%
SC (UCO) Clinica Neurologica	9	Monitoraggio CH vascolare	100%
SC (UCO) Clinica Neurologica	10	Continuità Riabilitativa Neurologia- Riabilitazione Neurologica	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC (UCO) Clinica Neurologica	11	3.3.4 Riabilitazione. Attivazione a livello aziendale della rete per le malattie neuro-muscolari e la sclerosi laterale amiotrofica	100%
SC (UCO) Clinica Neurologica	12	Razionalizzazione uso degli antibiotici	SOSPESO
SC (UCO) Clinica Neurologica	13	Attività scientifica di ricerca	100%
SC Neurochirurgia	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC Neurochirurgia	2	Performance di Struttura	90%
SC Neurochirurgia	3	PERCORSO Ottimizzazione funzione HUB della neurochirurgia verso ospedali Spoke (Monfalcone/Gorizia)	0%
SC Neurochirurgia	4	4. ORGANIZZAZIONE Meeting Multidisciplinare di neurooncologia	100%
SC Neurochirurgia	5	EFFICIENZA Percorso di programmazione in sala operatoria	100%
SC Neurochirurgia	6	Continuità Riabilitativa Neurochirurgia- Riabilitazione	100%
SC Neurochirurgia	7	Codifica procedure per dispositivi protesici	100%
SC Neurochirurgia	8	Verifica del trattamento assistenziale di base del malato	100%
SC Neurochirurgia	9	Razionalizzazione uso degli antibiotici	100%
SC Riabilitazione	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC Riabilitazione	2	Promuovere il reinserimento socio-familiare per quanto concerne i pazienti ricoverati in Medicina Riabilitativa	100%
SC Riabilitazione	3	3.6.3. Reti di patologia Agevolare la presa in carico riabilitativa di persone sottoposte ad intervento chirurgico elettivo alla mano presso ASUITs	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC Riabilitazione	4	3.2.1 Tutela della salute della donna Migliorare la compliance nella prevenzione e trattamento dell'incontinenza urinaria nelle donne (La S.C. Medicina Riabilitativa è l'unica realtà in Area Vasta che si occupa in regime pubblico di trattamento riabilitativo dell'incontinenza urinaria e fecale e dei disturbi del piano perineale. Data l'elevata affluenza al servizio, circa 300 persone all'anno, si è rilevata la necessità di migliorare l'empowerment delle persone che afferiscono al servizio per garantire una migliore compliance al trattamento)	100%
SC Riabilitazione	5	3.2 Promozione della salute e prevenzione Migliorare la salute nelle persone a rischio di lombalgia (la lombalgia è una delle principali cause di assenza dal lavoro)	100%
SC Riabilitazione	6	3.6.2 Emergenza urgenza Revisione dei percorsi di continuità riabilitativa ospedale-territorio per pazienti con ictus e frattura di femore	100%
SC Riabilitazione	7	3.7 Rapporto con i cittadini Agevolare l'adesione alle cure post dimissione	100%
SC Riabilitazione	8	3.6 Progetti clinico assistenziali Migliorare la valutazione infermieristica adattandola all'area riabilitativa (Dai report periodici sulla completezza della documentazione della cartella clinica la pianificazione infermieristica risulta essere un punto di criticità in ogni report	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC Riabilitazione	9	3.7.7 Privacy Gestione della tutela della privacy nelle persone con afasia (la persona con disturbi del linguaggio non sempre riesce a comprendere quanto contenuto nel modulo per il consenso alla comunicazione del proprio stato di salute alla propria rete socio-familiare)	100%
SC Riabilitazione	10	3.3.4. Riabilitazione Evitare sovrapposizioni di interventi o drop out in pazienti con Sclerosi Multipla	100%
SC Riabilitazione	11	Continuita' Riabilitativa Neurologia- Riabilitazione Neurologica	100%
SC Riabilitazione	12	Continuita' Riabilitativa Neurochirurgia- Riabilitazione	100%
SC Riabilitazione	13	Attività scientifica di ricerca	100%
SC (UCO) Clinica Ortopedica e Traumatologica	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC (UCO) Clinica Ortopedica e Traumatologica	2	Trattamento della frattura di femore entro le 48 h 3.6.2. Emergenza Urgenza	100%
SC (UCO) Clinica Ortopedica e Traumatologica	3	Agevolare la presa in carico riabilitativa di persone sottoposte ad intervento chirurgico elettivo alla mano presso ASUITs. 3.6.3. Reti di patologia	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC (UCO) Clinica Ortopedica e Traumatologica	4	Incremento di partecipazione da parte dei pazienti sottoposti a chirurgia elettiva protesica di anca, ginocchio nel pre-operatorio al protocollo del buon uso del sangue in linea con Patient Blood Management del Centro Nazionale Sangue 3.6.5. Sangue ed emocomponenti	100%
SC (UCO) Clinica Ortopedica e Traumatologica	5	Stesura di protocollo interdisciplinare per l'utilizzo peroperatorio dell'acido tranexamico in chirurgia protesica articolare elettiva di anca e ginocchio 3.6.5. Sangue ed emocomponenti	100%
SC (UCO) Clinica Ortopedica e Traumatologica	6	Elaborazione e consegna di "carta d'identità dell'impianto protesico" ai pazienti sottoposti ad intervento di anca e ginocchio in elezione 3.7 Rapporti con i cittadini	100%
SC (UCO) Clinica Ortopedica e Traumatologica	7	Revisione della continuità riabilitativa per pazienti con frattura di femore 3.6.2 Emergenza urgenza	100%
SC (UCO) Clinica Ortopedica e Traumatologica	8	Razionalizzazione uso degli antibiotici	SOSPESO
SC (UCO) Clinica Ortopedica e Traumatologica	9	Attività scientifica di ricerca	100%
SC (UCO) Medicina del Lavoro	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC (UCO) Medicina del Lavoro	2	Performance della SC (UCO) Medicina del Lavoro	100%
SC (UCO) Medicina del Lavoro	3	Valutazione della copertura vaccinale e/o anticorpale nei confronti di morbillo, parotite, rosolia, varicella negli operatori sanitari	100%
SC (UCO) Medicina del Lavoro	4	Percorso Socio-Sanitario Assistenziale del soggetto esposto o ex-esposto ad Amianto nella Regione FVG di cui al DGR 250/2016	100%
SC (UCO) Medicina del Lavoro	5	Riduzione dei tempi di attesa	98%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC (UCO) Medicina del Lavoro	6	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	100%
SC (UCO) Medicina del Lavoro	7	Accertamenti nei lavoratori forestali della Regione FVG esposti a rischio meccanico nell'ambito del programma di ricerca congiunto tra AsuiTs, AsuiUd e INAIL (Roma) come da convenzione stipulata tra AsuiTs e AsuiUd	100%
SC (UCO) Medicina del Lavoro	8	Didattica/Tutoraggio degli studenti nell'ambito delle indicazioni del Protocollo d'Intesa e dell'Atto Aziendale	100%
SC (UCO) Medicina del Lavoro	9	Attività di ricerca scientifica nell'ambito delle indicazioni del Protocollo d'Intesa e dell'Atto Aziendale	100%
DAI MEDICINA DEI SERVIZI	1	Linea 3.1.4 Gestione delle urgenze del Laboratorio Hub - continuità diagnostica delle attività di microbiologia nelle 24h	100%
DAI MEDICINA DEI SERVIZI	2	Linea 3.1.4 Gestione delle urgenze del Laboratorio Hub - continuità diagnostica delle attività di microbiologia nelle 24h	100%
SC (UCO) Anatomia Patologica	1	Rispetto del budget economico assegnato	100%
SC (UCO) Anatomia Patologica	2	Progetto regionale di Medicina di Laboratorio (HUB & SPOKE	NON VALUTABILE
SC (UCO) Anatomia Patologica	3	Adeguamento delle prestazioni di diagnostica predittiva (IHC e biologia molecolare) alle esigenze delle terapie oncologiche con farmaci ad alto costo	100%
SC (UCO) Anatomia Patologica	4	Supporto a EGAS nella predisposizione del capitolato di gara e successivo recepimento per l'attività di screening regionale del cervicocarcinoma	100%
SC (UCO) Anatomia Patologica	5	Reti di patologia Miglioramento dei percorsi di presa in carico della paziente oncologica ginecologica	100%
SC (UCO) Anatomia Patologica	6	Studio dell'eziopatogenesi virale dei tumori dell'orofaringe	100%
SC (UCO) Anatomia Patologica	7	Coordinamento attività clinico e assistenziale	100%
SC (UCO) Anatomia Patologica	8	Attività scientifica di ricerca	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC Microbiologia e Virologia	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC Microbiologia e Virologia	2	3.1.4. Medicina di laboratorio - migliorare l'offerta della SC Microbiologia in funzione del ruolo di hub del Laboratorio unico dell'area giuliano-isontina	100%
SC Microbiologia e Virologia	3	3.1.4. Medicina di laboratorio - Riorganizzazione dell'attività analitica in Microbiologia in funzione dell'attivazione del Laboratorio unico dell'area giuliano-isontina	100%
SC Microbiologia e Virologia	4	Rischio clinico – Qualità ed appropriatezza nell'erogazione delle cure: contenimento della resistenza agli antibiotici Miglioramento della prescrizione degli antibiotici	100%
SC Microbiologia e Virologia	5	Rischio clinico – Qualità ed appropriatezza nell'erogazione delle cure: contenimento della resistenza agli antibiotici	100%
SC Microbiologia e Virologia	6	3.2.15. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive, inclusa la resistenza antimicrobica (Programma XIII PRP 2014-2018) e piano nazionale di contrasto alle resistenze antimicrobiche 2017-2018 (PNCAR)	100%
SC Microbiologia e Virologia	7	Attività scientifica di ricerca	100%
SC Igiene e Sanità Pubblica	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC Igiene e Sanità Pubblica	2	Progetti di riorganizzazione delle funzioni , Laboratorio (3.1.4.)	100%
SC Igiene e Sanità Pubblica	3	Progetti di riorganizzazione delle funzioni , Laboratorio (3.1.4.)	100%
SC Igiene e Sanità Pubblica	4	Adottare e applicare il piano regionale di sorveglianza e risposta alle arbovirosi trasmesse da zanzare (3.2.15)	100%
SC Igiene e Sanità Pubblica	5	Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (3.2.15)	100%
SC Igiene e Sanità Pubblica	6	Attività scientifica di ricerca	100%
SC Laboratorio di Analisi	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC Laboratorio di Analisi	2	Linea 3.1.4 Chiusura del progetto del Laboratorio Unico dell'area g-i	100%
SC Laboratorio di Analisi	3	Linea 3.1.4 Attivazione del laboratorio hub di ASUITs	100%
SC Laboratorio di Analisi	4	Linea 3.1.4 Attivazione del Laboratorio spoke presso i Laboratori di Monfalcone e Gorizia	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC Laboratorio di Analisi	5	miglioramento del servizio ambulatoriale nel punto prelievo dell'Ospedale Maggiore di Trieste	100%
SC Laboratorio di Analisi	6	Ottimizzazione del percorso clinico-diagnostico dei pazienti affetti da malattia onco-ematologica	100%
SC Laboratorio di Analisi	7	Attività scientifica di ricerca	100%
SSD Laboratorio di Tossicologia Forense	1	Monitoraggio dei pazienti candidati al trapianto epatico attraverso l'analisi dell'etilglucuronide urinario (marker dell'abuso alcolico) secondo il Protocollo condiviso col Centro Studi Fegato di ASUITS per la valutazione dell'astinenza. (Linee guida AISF-trapianto di fegato tra la CPF e la Struttura Complessa Dipendenza da sostanze legali)	100%
SSD Laboratorio di Tossicologia Forense	2	Applicazione dei protocolli operativi ai campioni ematici dell'Area Giuliana- Isontina per analisi di etanolo e droghe d'abuso ai fini dell'applicazione delle disposizioni previste dagli art. 186 e 187 del Codice della Strada.	100%
SSD Laboratorio di Tossicologia Forense	3	Ampliamento del pannello analitico per i campioni ematici nella ricerca delle droghe d'abuso, a completamento della ricerca di screening offerta dal Laboratorio	100%
SC Medicina Trasfusionale	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC Medicina Trasfusionale	2	Applicazione delle più recenti indicazioni Nazionali e Internazionali sul Buon Uso del Sangue, per ridurre il consumo di unità di emazie	100%
SC Medicina Trasfusionale	3	Applicazione del Patient Blood Management (PBM) e stesura di un protocollo per l'utilizzo dell'acido tranexamico	100%
SC Medicina Trasfusionale	4	Applicazione delle Linee Guida di Buona Prassi (DM 1214/2016) e rinnovo della Certificazione ISO 9001:2015 con estensione al settore di congelamento e crioconservazione di cellule staminali emopoietiche. Applicazione degli standards JACIE per la raccolta e crioconservazione delle cellule staminali emopoietiche	100%
SC Medicina Trasfusionale	5	Convalida dei nuovi sistemi di raccolta di sangue ed emocomponenti e della nuova strumentazione di immunoematologia.	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC Medicina Trasfusionale	6	Ottimizzazione del percorso di PBM (Patient Blood Management) in Cardiochirurgia: Monitoraggio del consumo di emocomponenti	100%
SC Medicina Trasfusionale	7	Attività scientifica di ricerca	100%
DAI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	1	Articolazione dell'attività organizzativa per l'avvio della radiologia domiciliare in strutture protette	100%
DAI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	2	Meeting Multidisciplinare di neurooncologia	100%
DAI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	3	sviluppo orario attività due sedi di radiologia	100%
SC Radiologia	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC Radiologia	2	Riorganizzazione attività radiologica alla luce della ristrutturazione dell'Ospedale di Cattinara	STRALCIATO
SC Radiologia	3	Modificare la qualità del servizio offerto ai pazienti sulla base dei loro bisogni	100%
SC Radiologia	4	Modificare la qualità del servizio offerto alle Strutture Sanitarie del Polo Ospedaliero (OM) sulla base delle esigenze dei medici prescrittori	100%
SC Radiologia	5	Migliorare l'appropriatezza delle richieste ambulatoriali formulate dagli specialisti operanti nei due poli ospedalieri (OC e OM)	100%
SC Radiologia Diagnostica e Interventistica	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC Radiologia Diagnostica e Interventistica	2	Riorganizzazione attività radiologica alla luce della ristrutturazione dell'Ospedale di Cattinara	STRALCIATO
SC Radiologia Diagnostica e Interventistica	3	Modificare la qualità del servizio offerto ai pazienti sulla base dei loro bisogni	100%
SC Radiologia Diagnostica e Interventistica	4	Modificare la qualità del servizio offerto alle Strutture Sanitarie del Polo Ospedaliero (OC) sulla base delle esigenze dei medici prescrittori	100%
SC Radiologia Diagnostica e Interventistica	5	Migliorare l'appropriatezza delle richieste ambulatoriali formulate dagli specialisti operanti nei due poli ospedalieri (OC e OM)	100%
SC Radiologia Diagnostica e Interventistica	6	Migliorare la qualità del servizio offerto alla S.C. Ortopedia	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC Radiologia Diagnostica e Interventistica	7	Riorganizzazione delle agende per interni	100%
SC Radiologia Diagnostica e Interventistica	8	Attività scientifica di ricerca	100%
SSD Radiologia Interventistica Endovascolare	1	Ottimizzazione della gestione dei pazienti sottoposti a terapia fibrinolitica loco-regionale per ischemia acuta dell'arto inferiore	100%
SSD Radiologia Interventistica Endovascolare	2	Creazione di un Registro interno in comune sui pazienti sottoposti a trombectomia meccanica nell'ottica di avere un aggiornamento costante e preciso sui risultati immediati e sugli outcome per evidenziare eventuali limiti e possibilità di miglioramento	100%
SSD Radiologia Interventistica Endovascolare	3	Mantenimento dell'attività di Trombectomia	100%
SSD Radiologia Interventistica Endovascolare	4	Attività scientifica di ricerca	100%
SC Medicina Nucleare	1	Razionalizzazione dei costi	100%
SC Medicina Nucleare	2	Rispetto Budget prodotti farmaceutici in rapporto all'attività quali-quantitativa svolta.	100%
SC Medicina Nucleare	3	Efficienza organizzativa : governo risorse umane assegnate e volumi attività	100%
SC Medicina Nucleare	4	Linea progettuale . attività propedeutica all'implementazione dell'attività PET/CT	100%
SC Medicina Nucleare	5	Avvio Terapia Radiometabolica con Radio 223	100%
SC Medicina Nucleare	6	Performance Breast Unit	100%
SC Medicina Nucleare	7	Implementazione valutazione soddisfazione e reclami dell'Utenza	100%
SC Medicina Nucleare	8	Attività scientifica di ricerca	100%
SC Fisica Sanitaria	1	Ottimizzazione delle mansioni del personale ai fini del recepimento nel 2018 della Direttiva europea 59/13/Euratom.	100%
SC Fisica Sanitaria	2	Ottimizzazione del tempo di attesa nel trattamento delle metastasi ossee	100%
SC Fisica Sanitaria	3	Avvio Terapia Radiometabolica con Radio 223	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC Fisica Sanitaria	4	Applicazione della radioterapia intraoperatoria (IORT) in un'unica seduta (21 Gy) nelle pazienti sottoposte a chirurgia conservativa della mammella	100%
SC Fisica Sanitaria	5	3.2.13 Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza Monitoraggio delle verifiche periodiche dei DPI anti raggi x con inserimento dei dati su apposito database	100%
SC Fisica Sanitaria	6	Report attività didattica e di tutoraggio	100%
SC Fisica Sanitaria	7	Valutazione attività di ricerca	100%
Direzione dei Servizi Sociosanitari	1	Sperimentare una nuova tipologia di offerta di continuità assistenziale in collaborazione con Televita spa (Screening popolazione anziana fragile)	100%
Direzione dei Servizi Sociosanitari	2	Rilevare le questioni bioetiche emergenti nella pratica clinica (DGR 73/2016)	100%
Direzione dei Servizi Sociosanitari	3	Supportare l'applicazione del regolamento "I progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati con budget individuali di salute" (decreto n.773 dd 06/12/2016)	100%
Direzione dei Servizi Sociosanitari	4	Iter proceduralizzato utile a verificare le autocertificazioni rilasciate dagli interessati durante il percorso autorizzativo, un tanto per controllare possibili dichiarazioni mendaci riguardanti i titoli di studio e/o l'iscrizione ai relativi corsi (DPR n. 445/2000 art. 76)	100%
Direzione dei Servizi Sociosanitari	5	Dare evidenza di tutte le richieste di patrocinio Aziendale di integrazione Sociosanitaria da parte delle Associazioni di Volontariato	100%
Direzione dei Servizi Sociosanitari	6	Facilitare l'accesso della popolazione immigrata ai servizi sanitari attraverso la "Mediazione culturale in sanità"	100%
Direzione dei Servizi Sociosanitari	7	Censimento, analisi e programmazione delle attività realizzate in ciascuna microarea per area tematica di intervento, anche al fine di individuare il nucleo minimo di azioni a carattere sanitario e socio-sanitario da implementare in tutte le MA (linee di indirizzo operativo)	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC Informatica e Telecomunicazioni	1	Utilizzo CA Service Desk per ogni intervento fuori sede	100%
SC Informatica e Telecomunicazioni	2	Realizzazione sala attrezzata per teleconferenze reti di patologia	100%
SC Informatica e Telecomunicazioni	3	Riordino credenziali	100%
SC Informatica e Telecomunicazioni	4	Dismissione centrali telefoniche Siemens	100%
SC Informatica e Telecomunicazioni	5	Riordino piano di numerazione telefonico	100%
SC Informatica e Telecomunicazioni	6	Avvio connettività WAN Hermes e migrazione sedi SPC	100%
SC Informatica e Telecomunicazioni	7	Rifacimento cablaggio strutturato Via Farneto	100%
SC Informatica e Telecomunicazioni	8	Estensione della attivazione della stampa massiva referti di laboratorio in 2 reparti	100%
SC Informatica e Telecomunicazioni	9	Implementazione Certification Authority	100%
SC Informatica e Telecomunicazioni	10	Estensione della ricetta dematerializzata	100%
SC Informatica e Telecomunicazioni	11	Analisi percorsi referti HIV di laboratorio ASS2 /ASUITS	100%
SC Informatica e Telecomunicazioni	12	Analisi delle modalità di pubblicazione atti relativi a gare ed affidamenti e proposta di miglioramento	100%
SC Informatica e Telecomunicazioni	13	Studio fattibilità per il passaggio degli esami di anatomia patologica da AAS2 a ASUITS	100%
SC Informatica e Telecomunicazioni	14	Gestione parco automezzi aziendali SCIT e auto private per servizio	100%
SC Informatica e Telecomunicazioni	15	Gestione fino alla chiusura di ticket categoria applicativi registrati in CA Service Desk	75% - 0%
SC Informatica e Telecomunicazioni	16	Servizio di supporto alle strutture aziendali per la creazione delle anagrafiche nel sistema protocollo	100%
SC Informatica e Telecomunicazioni	17	Obiettivi accessibilità	100%
SC Informatica e Telecomunicazioni	18	Controllo nuove anagrafiche protocollo	100%
SC Informatica e Telecomunicazioni	19	Aggiornamento rubrica intranet aziendale	100%
SC Informatica e Telecomunicazioni	20	studio di fattibilità per l'evoluzione del sistema di reportistica ad uso controllo di gestione, ricerca, innovazione, percorsi clinici, qualità e accreditamento e percorsi clinici	100%
SC Informatica e Telecomunicazioni	21	Implementazione sistema di monitoraggio e gestione dei server aziendali	100%
SC Informatica e Telecomunicazioni	22	Adeguamento storage aziendali	100%
SC Informatica e Telecomunicazioni	23	Analisi adeguamenti richiesti dal GDPR	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC Informatica e Telecomunicazioni	24	Implementazione IT sistema per immunoematologia	100%
SC Informatica e Telecomunicazioni	25	Ottimale gestione e organizzazione dell'archivio documentale SCIT	100%
SC Informatica e Telecomunicazioni	26	Rilievo tramite sopralluogo della disponibilità e logistica di alcune tipologie di articoli d'inventario in alcune sedi territoriali	100%
SC Informatica e Telecomunicazioni	27	Ottimizzazione protocollazione richieste credenziali per la successiva presa in carico	100%
SC Informatica e Telecomunicazioni	28	Realizzazione clone client PACS (workstation di sala operatoria)	100%
SC Informatica e Telecomunicazioni	29	Informatizzazione della gestione del Personale	100%
SC Informatica e Telecomunicazioni	30	Attuazione del PTPCT aziendale. Mappatura processi e procedimenti	100%
SC Informatica e Telecomunicazioni	31	Attuazione del PTPCT aziendale. Rilevazione del rischio	100%
SC Informatica e Telecomunicazioni	32	Attuazione del PTPCT aziendale. Aggiornamento della sezione del sito web Amministrazione trasparente / Attività e procedimenti /Tipologie di procedimenti	100%
SC Informatica e Telecomunicazioni	33	Garanzia dell'aggiornamento dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale, come da PTPCT – sezione trasparenza	100%
SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi	1	Predisposizione nuovo Regolamento per la Gestione e l'utilizzo veicoli aziendali ASUITS	100%
SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi	2	Elaborazione di un elenco recante i nominativi dei Direttori dell'esecuzione dei contratti (DEC) per i servizi appaltati aventi quale RUP il Responsabile SCAGS	100%
SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi	3	Pianificazione dei fabbisogni per materiali di consumo – standardizzazione delle procedure	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi	4	Programmazione e verifica delle attività di acquisizione servizi Adeguamento alle modifiche normative per le procedure di gara	100%
SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi	5	Riorganizzazione aziendale	100%
SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi	6	Adeguamento alle modifiche normative intervenute in materia di digitalizzazione delle procedure di acquisto	100%
SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi	7	Adeguamento delle procedure alle nuove modalità operative proposte da CONSIP e sulla nuova piattaforma elettronica regionale	100%
SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi	8	Redazione di un Regolamento aziendale recante disciplina delle competenze del RUP e del DEC nei contratti di fornitura di beni e servizi	100%
SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi	9	Attuazione del PTPCT aziendale. Mappatura processi e procedimenti	100%
SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi	10	Attuazione del PTPCT aziendale. Rilevazione del rischio	100%
SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi	11	Attuazione del PTPCT aziendale. Aggiornamento della sezione del sito web Amministrazione trasparente / Attività e procedimenti /Tipologie di procedimenti	100%
SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi	12	Garanzia dell'aggiornamento dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale, come da PTPCT – sezione trasparenza	100%
SC Manutenzione e Sviluppo Patrimonio	1	PAL Sezione investimenti Riorganizzazione spazi ospedale Maggiore	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC Manutenzione e Sviluppo Patrimonio	2	PAL Sezione investimenti Riorganizzazione attività di competenza	100%
SC Manutenzione e Sviluppo Patrimonio	3	Nuove responsabilità	100%
SC Manutenzione e Sviluppo Patrimonio	4	Nuove responsabilità	100%
SC Manutenzione e Sviluppo Patrimonio	5	Semplificazione dei percorsi amministrativi	100%
SC Manutenzione e Sviluppo Patrimonio	6	Semplificazione dei percorsi amministrativi	100%
SC Manutenzione e Sviluppo Patrimonio	7	Sicurezza ambienti di lavoro	100%
SC Manutenzione e Sviluppo Patrimonio	8	PAL Ambiente e salute Energy manager	100%
SC Manutenzione e Sviluppo Patrimonio	9	PAL Ambiente e salute Responsabile tecnico antincendio	100%
SC Manutenzione e Sviluppo Patrimonio	10	Sicurezza ambienti di lavoro	100%
SC Manutenzione e Sviluppo Patrimonio	11	PAL Ambiente e salute Mobility manager	100%
SC Manutenzione e Sviluppo Patrimonio	12	PAL Ambiente e salute Prevenzione legionella	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC Manutenzione e Sviluppo Patrimonio	13	Attuazione del PTPCT aziendale. Mappatura processi e procedimenti	100%
SC Manutenzione e Sviluppo Patrimonio	14	Attuazione del PTPCT aziendale. Rilevazione del rischio	100%
SC Manutenzione e Sviluppo Patrimonio	15	Attuazione del PTPCT aziendale. Aggiornamento della sezione del sito web Amministrazione trasparente / Attività e procedimenti /Tipologie di procedimenti	100%
SC Manutenzione e Sviluppo Patrimonio	16	Garanzia dell'aggiornamento dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale, come da PTPCT – sezione trasparenza	100%
SC Ingegneria Clinica	1	Individuazione delle specifiche di un nuovo software per la gestione delle attività dell'Ingegneria Clinica	100%
SC Ingegneria Clinica	2	Creazione di un data base contenente tutti i dati relativi ai contratti di acquisti e servizi biomedicali per le rendicontazioni	100%
SC Ingegneria Clinica	3	Supporto al progetto "Laboratorio unico dell'area giuliano-isontina"	100%
SC Ingegneria Clinica	4	Connessione di, apparecchiature elettromedicali al PACS Regionale	100%
SC Ingegneria Clinica	5	Attuazione del PTPCT aziendale. Mappatura processi e procedimenti	100%
SC Ingegneria Clinica	6	Attuazione del PTPCT aziendale. Rilevazione del rischio	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC Ingegneria Clinica	7	Attuazione del PTPCT aziendale. Aggiornamento della sezione del sito web Amministrazione trasparente / Attività e procedimenti /Tipologie di procedimenti	NON VALUTABILE
SC Ingegneria Clinica	8	Garanzia dell'aggiornamento dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale, come da PTPCT – sezione trasparenza	100%
SC Economico Finanziario	1	Monitoraggio pagamenti tramite la nuova modalità "PAGOPA	100%
SC Economico Finanziario	2	Automatizzazione della reportistica prodotta in business object, finalizzata alla ripartizione dei proventi della libera professione	100%
SC Economico Finanziario	3	Implementazione modalità di contabilizzazione degli incassi CUP	100%
SC Economico Finanziario	4	Istituzione archivio digitale DURC di Struttura	100%
SC Economico Finanziario	5	Procedura gestione delle cessioni di credito e procure all'incasso	100%
SC Economico Finanziario	6	D. Lgs. 26 agosto 2016, n. 174, artt. 138 e 139 – Codice di giustizia contabile – Resa del conto da parte degli agenti contabili	100%
SC Economico Finanziario	7	Attuazione del PTPCT aziendale. Mappatura processi e procedimenti	100%
SC Economico Finanziario	8	Attuazione del PTPCT aziendale. Rilevazione del rischio	100%
SC Economico Finanziario	9	Attuazione del PTPCT aziendale. Aggiornamento della sezione del sito web Amministrazione trasparente / Attività e procedimenti /Tipologie di procedimenti	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC Economico Finanziario	10	Garanzia dell'aggiornamento dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale, come da PTPCT – sezione trasparenza-	100%
SC Gestione del Personale	1	Riordino istituzionale	100%
SC Gestione del Personale	2	Riordino istituzionale	100%
SC Gestione del Personale	3	Riordino istituzionale	100%
SC Gestione del Personale	4	Gestione giuridica del personale	100%
SC Gestione del Personale	5	Ottimale archiviazione dei fascicoli personali	100%
SC Gestione del Personale	6	Ottimale archiviazione dei fascicoli personali	0%
SC Gestione del Personale	7	Mantenimento livelli di efficienza e qualità degli uffici del trattamento Economico e Contributi mediante riorganizzazione degli stessi	100%
SC Gestione del Personale	8	Quantificazione mensile delle ritenute volontarie sullo stipendio dei dipendenti	100%
SC Gestione del Personale	9	Organizzazione della medicina convenzionata	100%
SC Gestione del Personale	10	Allineamento procedure ex AO/TS/ ASS	100%
SC Gestione del Personale	11	Atto Aziendale – Corsi di Laurea	100%
SC Gestione del Personale	12	Motivazione personale - Alimentazione spirito di squadra	100%
SC Gestione del Personale	13	Processo stabilizzazione legge Madia	100%
SC Gestione del Personale	14	Rinnovo CCNL comparto sanita' Riliquidazione pensioni personale asuisti e burlo	100%
SC Gestione del Personale	15	Allineamento procedure ex AO/TS/ ASS 1	100%
SC Gestione del Personale	16	Allineamento procedure ex AO/TS/ ASS 1	100%
SC Gestione del Personale	17	Definizione di una procedura per la quantificazione e gestione dei fondi contrattuali del personale dipendente (Comparto, Dirigenza Medico Veterinaria, Dirigenza SPTA)	100%
SC Gestione del Personale	18	Definizione del nuovo sistema di valorizzazione degli incarichi dirigenziali	100%
SC Gestione del Personale	19	Prosecuzione del percorso di omogeneizzazione dell'applicazione degli istituti contrattuali del personale dipendente.	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC Gestione del Personale	20	Attuazione del PTPCT aziendale. Mappatura processi e procedimenti.	100%
SC Gestione del Personale	21	Attuazione del PTPCT aziendale	100%
SC Gestione del Personale	22	Attuazione del PTPCT aziendale. Aggiornamento della sezione del sito web Amministrazione trasparente / Attività e procedimenti /Tipologie di procedimenti	100%
SC Gestione del Personale	23	Garanzia dell'aggiornamento dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale, come da PTPCT – sezione trasparenza-	100%
SC Affari Generali e Legali Assicurativi	1	Definizione del nuovo Titolario per classificazione documenti	100%
SC Affari Generali e Legali Assicurativi	2	Informatizzazione delle procedure per la fatturazione dei ricoveri di utenti comunitari ed extracomunitari per l'attività di recupero crediti in sostituzione dell'attuale percorso	100%
SC Affari Generali e Legali Assicurativi	3	Adozione della nuova procedura per la gestione della polizza Kasko comprensiva di Database e modulistica aggiornati	100%
SC Affari Generali e Legali Assicurativi	4	Predisposizione proposta organizzativa del Protocollo Generale	100%
SC Affari Generali e Legali Assicurativi	5	Attuazione del PTPCT aziendale. Mappatura processi e procedimenti	100%
SC Affari Generali e Legali Assicurativi	6	Attuazione del PTPCT aziendale. Rilevazione del rischio	100%
SC Affari Generali e Legali Assicurativi	7	Attuazione del PTPCT aziendale. Aggiornamento della sezione del sito web Amministrazione trasparente / Attività e procedimenti /Tipologie di procedimenti	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC Affari Generali e Legali Assicurativi	8	Garanzia dell'aggiornamento dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale, come da PTPCT – sezione trasparenza	100%
SC Affari Generali e Legali Assicurativi	9	Disdetta prestazioni sanitarie prenotate	100%
SC Convenzioni III Settore e Gestione Immobili	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 15.12.2018	100%
SC Convenzioni III Settore e Gestione Immobili	2	Gestione del patrimonio immobiliare aziendale. Verifica, revisione, aggiornamento ed eventuale integrazione delle procedure di alienazione del patrimonio immobiliare dell'A.S.U.I.Ts.	100%
SC Convenzioni III Settore e Gestione Immobili	3	Valorizzazione dell'apporto del Terzo Settore a supporto 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)	100%
SC Convenzioni III Settore e Gestione Immobili	4	Gestione dei rapporti con le associazioni di volontariato, ai fini della concessione dei contributi aziendali	100%
SC Convenzioni III Settore e Gestione Immobili	5	Ricognizione dei rapporti convenzionali vigenti con il Terzo Settore, non soggetti alla disciplina del Codice dei Contratti e non attribuiti ad altra articolazione aziendale	100%
SC Convenzioni III Settore e Gestione Immobili	6	Implementazione dell'efficienza e dell'efficacia dell'azione amministrativa nei rapporti convenzionali con le Associazioni/Società sportive dilettantistiche e non dilettantistiche.	100%

Struttura	Num Ob	Obiettivo Generale	Valutazione al 31/12/2018
SC Convenzioni III Settore e Gestione Immobili	7	Attuazione del PTPCT aziendale. Mappatura processi e procedimenti	100%
SC Convenzioni III Settore e Gestione Immobili	8	Attuazione del PTPCT aziendale. Rilevazione del rischio.	100%
SC Convenzioni III Settore e Gestione Immobili	9	Attuazione del PTPCT aziendale. Aggiornamento della sezione del sito web Amministrazione trasparente / Attività e procedimenti /Tipologie di procedimenti	100%
SC Convenzioni III Settore e Gestione Immobili	10	Garanzia dell'aggiornamento dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale, come da PTPCT – sezione trasparenza	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	% raggiungimento obiettivo
C1	Dipartimento di Prevenzione - Direzione - S.C. Igiene Sanità Pubblica	Qualità delle cure	Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale ex L. 119 d.d. 31.07.17 Recupero prima dose o successive per vaccinazioni obbligatorie non effettuate relative a bambini e adolescenti nati nel periodo 2001-2011.	1500 inviti con appuntamento per vaccinazione dal 01.06.18 al 31.12.18 (150 aperture ambulatoriali dalle 15.00 alle 18.00 da LU a GIO). Attività amministrativa di supporto (inviti, raccomandate, protocollo, monitoraggio iter sanzioni amministrative).	77,20%
C2	Dipartimento di Prevenzione - Direzione - S.C. Igiene Sanità Pubblica	Qualità delle cure	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) Adottare e applicare il piano regionale di sorveglianza e risposta alle arbovirosi trasmesse da zanzare	Organizzazione di eventi formativi Conferenze pubbliche Interventi di disinfestazione sul territorio regionale su segnalati dai servizi profilassi dei Dipartimenti di Prevenzione in caso di arbovirosi, secondo il "Piano di sorveglianza dei casi umani di arbovirosi trasmesse da zanzare (Aedes sp.) con particolare riferimento ai virus Chikungunya, Dengue e Zika 2017" e tenendo conto di eventuali aggiornamenti a seguito del Piano nazionale, in elaborazione).	100%
C3	SC Assistenza farmaceutica Comparto ospedaliero	Processi di riorganizzazione	Revisione processi e semplificazione amministrativa 1. Recupero delle fatture relative a beni farmaceutici ad acquisto diretto scadute nel 2017.	Preparazione al mandato di pagamento del 100% delle fatture 2017, dopo verifica della completezza dei dati riportati sugli ordini, entro il 31 marzo 2017	0%
C4	SC Assistenza farmaceutica Comparto ospedaliero	Processi di riorganizzazione	Revisione processi e semplificazione amministrativa 1. Riorganizzazione logistica degli spazi per la conservazione farmaci presso sede di Cattinara a seguito di trasferimento del materiale dalla sede Farmacia Maggiore e dell' aumento di nuovi farmaci biologici dall' elevato costo in gestione . Taratura delle scorte per evitare shortage nella distribuzione e/o loro scadenza.	Ridefinizione degli spazi con allocazione del materiale e stesura di una lista per la pronta individuazione delle nuove allocazioni ad opera di tutto il restante personale entro il 30 giugno 2018 Assenza nel corso del 2018 di scadenze di prodotti biologici in gestione cella frigo Cattinara	100%
C5	SC Assistenza Farmaceutica - Area Territoriale	Processi di riorganizzazione	Revisione processi e semplificazione amministrativa 1. recupero degli addebiti alle farmacie a seguito delle differenze contabili per le ricette ssn e afir (anno 2015 e successivi) fornite dal concessionario per la lettura ottica e predisposizione della relativa procedura entro il 31.12.2018	1) trasmissione alle farmacie convenzionate del 100% degli addebiti/accrediti entro il 31/12/2018 per gli anni 2015, 2016 e 2017. 2. predisposizione e trasmissione al responsabile della sc assistenza farmaceutica della relativa procedura entro il 31.12.2018 fonte dati protocollo	50%
C6	Direzione Medica di Presidio	Aziendale	Valorizzare le tecniche corrette sull'igiene delle mani: 1. Migliorare le tecniche di corrette sull'igiene delle mani nei reparti con adesione inferiore al 60% nella survey 1° semestre 2. Coinvolgere maggiormente il personale, volontari, ditte in appalto, visitatori e famigliari attraverso predisposizione di un opuscolo (revisione) sull'igiene delle mani e sui comportamenti corretti per prevenire le infezioni correlate all'assistenza Responsabile Progetto: dott.ssa Cordova Luna Maryluz 3. Diffondere le nuove iniziative dell'OMS	1.1 garantire la presenza del box didattico nelle strutture almeno 2 volte al mese dal 15 luglio al 15 dicembre 1,2. predisposizione di una coccarda di benemerito/demerito in base alla compliance nei reparti 2. predisporre e diffondere il libretto 3. Elaborare i depliant secondo indicazioni OMS per quanto riguarda la gestione dei pazienti portatori di: • Catetere vescicale • CVC • CP • Intubazione endotracheale • Ferita chirurgica	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	% raggiungimento obiettivo
C7	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	100%
C8	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 Responsabile valutatore di I istanza: dott. Alberto Peratoner	Partecipazione ad almeno un grande evento/emergenza maggiore	100%
C9	SC Cardiochirurgia Sala Operatoria e Terapia intensiva	Percorsi <i>hub & spoke</i>	Consolidamento del ruolo di hub nel settore cardiovascolare 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. 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.	1) Evidenza della necessità di attività presso la SC Cardiologia al di fuori della normale turnazione in Terapia Intensiva e Sala Operatoria della SC Cardiochirurgia 2) Evidenza della partecipazione del personale della SC Cardiochirurgia -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 2018	100%
C10	SC Cardiochirurgia Sala Operatoria e Terapia intensiva	Percorsi <i>hub & spoke</i>	Supporto all'attività di ECMO in Cardiochirurgia 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 Cardiochirurgia 2) Evidenza della partecipazione del personale della SC Cardiochirurgia -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 2018	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	% raggiungimento obiettivo
C11	SC Cardiochirurgia Sala Operatoria	Qualità delle cure	Mantenimento della programmazione chirurgica di Sala Operatoria Gli interventi di Cardiochirurgia hanno una durata media di 6-8 ore e molto spesso sfiorano il normale orario di servizio 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 contemporane 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 extraoraria del personale (ore effettive in ragione delle quali saranno corrisposte le quote incentivanti) nel periodo di riferimento gennaio - dicembre 2018	100%
C12	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 2018 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 2018 ≥ 2017	0%
C13	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 2018 ≥ 2017	100%
C14	SC Chirurgia Toracica reparto	Integrazione ospedale/territorio Sviluppo di percorsi assistenziali	Accompagnamento esterno alla struttura ospedaliera dei pazienti sottoposti ad intervento ed arruolati nel percorso wellness	Almeno 15 pazienti seguono il percorso fitness	100%
C15	S.C. Oncologia, S.C. Ematologia, S.S.D. Oncologia senologica e dell'apparato riproduttivo femminile S.C. Farmacia (dirigenti medici)	Qualità delle cure	Promuovere azioni di miglioramento e l'umanizzazione nelle cure oncologiche attraverso la centralizzazione del setting assistenziale per la somministrazione della chemioterapia e l'implementazione delle tecnologie informatizzate per l'allestimento dei farmaci all'interno dell'UFA. Attività: 1) scelta del setting assistenziale più idoneo 2) avvio di un Centro Unico per la Somministrazione dei farmaci Antiblastici (CUSA) 3) integrazione degli operatori coinvolti 4) riorganizzazione delle attività lavorative 5) riorganizzare dell'orario di lavoro (coerente con l'apertura del servizio)	1) attivazione del CUSA 2) evidenza dei nuovi orari di lavoro 3) evidenza delle azioni di miglioramento adottate per favorire la riorganizzazione delle attività 4) implementazione della prescrizione informatizzata attraverso il sistema BiMind	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	% raggiungimento obiettivo
C16	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. Almeno 125 visite di gastroenterologia e 60 colonscopie in più rispetto al 2017.	100%
C17	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	100%
C18	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	0%
C19	DAI MEDSER - SS.CC. Laboratorio, Microbiologia, Igiene	Percorsi <i>hub & spoke</i>	Mantenimento dei tempi di risposta delle prestazioni diagnostiche, in progressivo aumento a partire dal 7/2/2018, in condizione di risorse assegnate insufficienti. 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 31/12/2018. Risultato atteso: aumento quantitativo delle prestazioni e mantenimento dei tempi di risposta previsti.	100%
C20	DAI MEDSER - SS.CC. Laboratorio, Igiene	Percorsi <i>hub & spoke</i>	Completare il trasferimento di attività di Laboratorio e Igiene, nei nuovi locali assegnati nella sede spoke del Burlo, senza interrompere le attività. Il personale coinvolto, attuerà un piano articolato di back up continuo, anche con l'appoggio dello spoke di Cattinara.	Indicatore: evidenze estratte a campione da sistema gestionale, nel periodo del trasferimento che dimostrino l'effettiva continuità operativa (termine 31/12/2018). Risultato atteso: portare a termine le operazioni senza creare criticità all'utenza o impattare sull'efficienza dei servizi diagnostici.	50%
C21	DAI MEDSER - SC Laboratorio	Integrazione ospedale /territorio Sviluppo di percorsi assistenziali	Attivare in alcune case di riposo dell'area triestina, postazioni analitiche decentrate PoCT a disposizione dei clinici territoriali. L'attivazione avverrà mediante intervento del personale coinvolto che accompagnerà l'introduzione dei dispositivi attuando e applicando le linee guida previste dalle norme di sicurezza e dagli standard UNI EN ISO 15189 e 22870.	Indicatore: evidenza dell'attivazione delle postazioni PoCT e relazione sull'attività svolta per la messa a norme. Risultato atteso: miglioramento del percorso assistenziale e clinico dell'utenza oggetto dell'intervento, attraverso un approccio diagnostico veloce, semplificato ed efficace.	100%
C22	SC Anatomia e Istologia Patologica	Percorsi <i>hub & spoke</i>	Completamento ristrutturazione Laboratori Anatomia Patologica di Trieste e riorganizzazione interna per far fronte alle criticità esistenti durante il periodo di ristrutturazione. L'attività di laboratorio dell'Anatomia Patologica si trova ad essere dislocata su più piani all'interno della struttura e questo provoca dei rallentamenti nell'attività routinaria che possono incidere sulla produttività	Tempo intercorso tra accettazione e assegnazione in lettura dei campioni istologici (tempo del laboratorio) in linea con i tempi registrati nel 2017 (Fonte APSYS)	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	% raggiungimento obiettivo
C23	SC Anatomia e Istologia Patologica	Aziendale	Implementazione tecnologica e tracciabilità La tecnologia di digitalizzazione vetrini presente nella SC Anatomia e Istologia Patologica (D-Sight), agganciata al server WEB Naviweb, consente non solo l'archivio digitalizzato dei vetrini ma anche la visione degli stessi a distanza sia da parte del patologo di riferimento sia ad uso formativo e didattico in altre sedi. Allo stato attuale é particolarmente importante digitalizzare quei vetrini destinati a perdere le loro caratteristiche morfologiche (es. vetrini in immunfluorescenza che decade dopo qualche giorno) oppure vetrini citologici che poi andranno distrutti per prelevare le cellule necessarie a determinazioni di biologia molecolare (es mutazioni del gene BRAF nelle neoplasie tiroidee) informazione importante per il management chirurgico/oncologico del paziente. La scannerizzazione dei casi richiede tempo (circa 1 ora per 5 vetrini) ma la gestione di questo archivio digitalizzato ci sembra indispensabile in un'anatomia patologica moderna	Archiviazione digitale di almeno 50 casi (circa 300 vetrini) nel 2018	100%
C24	SC Anatomia e Istologia Patologica	Tempi d'attesa	Le terapie oncologiche post intervento chirurgico, richiedono di erogare una risposta completa per quanto riguarda il linfonodo sentinella entro 40 giorni (inizio della terapia adiuvante). Nei casi di positività inoltre si potrebbe rendere necessario procedere alla dissezione ascellare, che deve essere effettuata in un tempo sufficientemente breve per poi procedere alla chemioterapia. Per raggiungere/mantenere questo obiettivo la nostra struttura, partecipando a una gara EGAS, si é dotata di una nuova tipologia di Test validato denominata OSNA, che quantifica la presenza di citocheratina 19 nel linfonodo, e quindi la metastasi, valutando il relativo RNA messaggero presente nel linfonodo stesso. Tale tecnologia, pur richiedendo una accurata formazione e preparazione da parte del personale tecnico e medico dedicato, a regime accorcerà i tempi classici di preparazione e conseguente refertazione del linfonodo sentinella	Almeno 100 linfonodi sentinella con metodica OSNA. Riduzione dei tempi di risposta da 25/29 gg attuali a 7 gg lavorativi	100%
C25	Dipartimento di Medicina Trasfusionale	Processi di riorganizzazione Qualità delle cure Sangue ed emocomponenti 3.6.5	Revisione della procedura inerente le verifiche ispettive interne e delle check-list per tutti i settori. Attuazione del programma per il 2018 delle verifiche ispettive interne, necessario ai fini del rinnovo della certificazione ISO 9001:2015	Svolgimento del programma di verifiche ispettive interne	100%
C26	Dipartimento di Medicina Trasfusionale	Processi di riorganizzazione Qualità delle cure	Sangue ed emocomponenti 3.6.5 Revisione della procedura inerente le verifiche ispettive interne e delle check-list per tutti i settori. Attuazione del programma per il 2018 delle verifiche ispettive interne, necessario ai fini del rinnovo della certificazione ISO 9001:2015	Svolgimento del programma di verifiche ispettive interne	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	% raggiungimento obiettivo
C27	S.C. Radiologia Ospedale Maggiore Obiettivo comune con: - S.C. Oncologia - S.C. Gastroenterologia - S.C. Pneumologia - UCO Anatomia 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, limitato al Distretto 3. Viene ora proposto esteso a tutti i Distretti di ASUITS.	Esecuzione 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.	100%
C28	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 2018.	Effettuazione degli esami richiesti dalla Casa Circondariale e loro rendicontazione.	100%
C29	S.C. Radiologia Ospedale Maggiore Obiettivo comune con: - S.C. Radiologia OC	Sviluppo percorsi assistenziali	Un progetto di Radiologia Domiciliare da condurre presso Strutture Protette e RSA è stato proposto alla Direzione di questa Azienda negli scorsi anni. E' in fase di acquisizione l'apparecchiatura necessaria. E' in fase di elaborazione il progetto operativo. Si confida l'attività possa iniziare nel secondo semestre del 2018.	Effettuazione degli esami richiesti in regime domiciliare dalle Strutture Protette e dalle RSA e loro rendicontazione.	100%
C30	Struttura Complessa (UCO) Radiologia Diagnostica ed Interventistica OC	Sviluppo percorsi assistenziali	Incremento attività in risonanza magnetica. Nell'ottobre del 2017 è stata installata la nuova apparecchiatura di Risonanza Magnetica 3T per effettuare indagini complesse di Risonanza e destinata ad affiancare la già presente apparecchiatura di Risonanza Magnetica 1,5T. Non essendo previsto un incremento del personale per tale attività, il progetto è proposto per garantire l'utilizzo dell'apparecchiatura di RM 3 T per almeno 1 turno di attività /die dal lunedì al venerdì garantendo le prestazioni necessarie per far fronte alle esigenze dei reparti e del territorio. Si stima di incrementare il volume di attività di almeno 800 esami di RM rispetto il 2017. <i>Responsabile del progetto:</i> Coordinatore Tecnico, Tiziana Ban <i>Coordinatore Tecnico:</i> Walter Medvescek <i>Direzione Sanitaria</i>	1)documentazione del n° ore di presenza del personale TSRM; 2)numero prestazioni Risonanza Magnetica rispetto allo stesso periodo del 2017. <i>Modalità di valutazione:</i> relazione dei responsabili del progetto <i>Durata:</i> dal 1 marzo 2018 al 31 dicembre 2018	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	% raggiungimento obiettivo
C31	Struttura Complessa (UCO) Radiologia Diagnostica ed Interventistica OC	Sviluppo percorsi assistenziali	<p>Mantenimento/incremento dell'assistenza radiologica a garanzia dell'attività chirurgica ordinaria delle sale operatorie del complesso operatorio di Cattinara. Nel 2017 il progetto ha permesso l'assistenza radiologica per il mantenimento /incremento attività chirurgica ordinaria delle sale operatorie dell'Ospedale di Cattinara, finalizzato al contenimento dei tempi di attesa per le patologie indice e strategiche non indice, nonché alla copertura dell'incremento di attività della traumatologia ortopedica. La richiesta di una 4° unità tecnica dal lun al ven e la copertura delle sedute pomeridiane in incremento dal 1 ottobre al 31 dicembre rende necessario rinnovare la proposta del progetto in modo da garantire gli interventi chirurgici programmati senza interferire nella programmazione della SC Radiologia. Nonostante la programmazione operatoria sia pesata e condivisa con i responsabili tecnici/infermieristici delle strutture coinvolte, emerge una costante insostenibilità organizzativa nel declinare i turni in sala operatoria rispetto alla domanda</p> <p>-Garantire la presenza di una 4° unità tecnica per gli interventi chirurgici nella fascia oraria della mattina al fine di garantire l'attività chirurgica di elezione e le attività radiologiche istituzionali.</p> <p>Responsabile del progetto: Coordinatore Tecnico, Tiziana Ban Coordinatore Tecnico: Walter Medvescek Soggetto valutatore: Direzione Sanitaria</p>	<p>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) Volume prestazioni per pazienti ricoverati 2017-2018</p> <p>Modalità di valutazione: relazione dei responsabili del progetto Durata : dal primo gennaio 2018 al 31 dicembre 2018</p>	100%
C32	SC Cardiologia - Sala Emodinamica SC Cardiochirurgia: - 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.	<p>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.</p> <p>Responsabili progettuali: RID dei DAI di riferimento</p> <p>1 gennaio – 31 dicembre 2018</p>	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	% raggiungimento obiettivo
C33	Dipartimento di Emergenza - Complesso operatorio cattinara complesso operatorio maggiore complesso di cardiocirurgia	Processi di riorganizzazione:	<p>ASSICURARE NEL TEMPO IL FUNZIONAMENTO H 12 DELLE SALE OPERATORIE CON UNA REGIA UNITARIA E A TAL FINE VALORIZZARE IL PERSONALE INFERMIERISTICO DEDICATO E TROVARE IL MODO DI RECLUTARNE ALTRO SINO AD ARRIVARE ALLA DOTAZIONE COMPLESSIVA UTILE A TALE SCOPO (FORMATA E STABILE) NELL'ARCO DI UN TRIENNIO A PARTIRE DAL 2018 (ART. 35 DELLA RIFORMA SANITARIA LR 17/14):</p> <p>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;</p> <p>2. aumentare l'offerta di sedute operatorie rispetto la programmazione standard, privilegiando la traumatologia (PAL 2018 - progetto clinico assistenziale emergenza urgenza 3.6.2);</p> <p>3. sostenere le progettualità strategiche aziendali:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> assicurare il numero di interventi chirurgici effettuati con la chirurgia robotica</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> garantire l'obiettivo regionale relativo ai tempi d'attesa per le fratture di femore;</p>	<p>1. dal 1 aprile al 31 dicembre formare da 8 a 11 nuovi infermieri di sala operatoria (5-8 per il complesso operatorio di Cattinara, 2-3 per il complesso operatorio di CCH e 1 per il complesso operatorio dell'Ospedale Maggiore);</p> <p>2. garantire:</p> <p>a. per il periodo di valenza progettuale almeno 330 sedute di cardiocirurgia, anche in carenza temporanea di personale strumentista, e almeno 1-2 sedute/settimana presso la sala di cardiologia interventistica;</p> <p>b. dal 1 maggio al 31 dicembre, 3 sedute mensili supplementari, oltre la programmazione standard, per gli interventi di cataratta presso l'Ospedale Maggiore;</p> <p>c. dal 1 ottobre al 31 dicembre 2 sedute supplementari di elezione al giorno (in fascia oraria mattutina e/o pomeridiana), oltre la normale programmazione di 46,5 sedute alla settimana, presso il Complesso di Cattinara;</p> <p>3. garantire:</p> <p>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;</p> <p>b. che il 70% delle fratture di femore siano operate entro le 48 ore, per la popolazione over-65enne.</p> <p>Resp.li progettuali: 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.</p>	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	% raggiungimento obiettivo
C34	Dipartimneto di Emergenza - Complesso operatrio cattinara complesso operatorio maggiore complesso di cardiocirurgia	Processi di riorganizzazione:	<p>ASSICURARE NEL TEMPO IL FUNZIONAMENTO H 12 DELLE SALE OPERATORIE CON UNA REGIA UNITARIA E A TAL FINE VALORIZZARE IL PERSONALE INFERMIERISTICO DEDICATO E TROVARE IL MODO DI RECLUTARNE ALTRO SINO AD ARRIVARE ALLA DOTAZIONE COMPLESSIVA UTILE A TALE SCOPO (FORMATA E STABILE) NELL'ARCO DI UN TRIENNIO A PARTIRE DAL 2018 (ART. 35 DELLA RIFORMA SANITARIA LR 17/14):</p> <p>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;</p> <p>2. aumentare l'offerta di sedute operatorie rispetto la programmazione standard, privilegiando la traumatologia (PAL 2018 - progetto clinico assistenziale emergenza urgenza 3.6.2);</p> <p>3. sostenere le progettualità strategiche aziendali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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; 	<p>1. dal 1 aprile al 31 dicembre formare da 8 a 11 nuovi infermieri di sala operatoria (5-8 per il complesso operatorio di Cattinara, 2-3 per il complesso operatorio di CCH e 1 per il complesso operatorio dell'Ospedale Maggiore);</p> <p>2. garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. per il periodo di valenza progettuale almeno 330 sedute di cardiocirurgia, anche in carenza temporanea di personale strumentista, e almeno 1-2 sedute/settimana presso la sala di cardiologia interventistica; b. dal 1 maggio al 31 dicembre, 3 sedute mensili supplementari, oltre la programmazione standard, per gli interventi di cataratta presso l'Ospedale Maggiore; c. dal 1 ottobre al 31 dicembre 2 sedute supplementari di elezione al giorno (in fascia oraria mattutina e/o pomeridiana), oltre la normale programmazione di 46,5 sedute alla settimana, presso il Complesso di Cattinara; <p>3. garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>Resp.li progettuali: 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</p>	100%
C35	SSD Supporto Giuridico Amministrativo alle Attività del DAT (SSD SGADAT)	Riorganizzazione aziendale	<p>Ricognizione delle pratiche legali ed assicurative già gestite dall'allora SC AGeASD al fine del passaggio di competenze o della predisposizione degli atti di definizione a cura della SSD SGADAT.</p> <p>Azioni: 1) censire tutte le vertenze ed i sinistri attivi e passivi già seguiti dalla SC AGeASD e non ancora definiti alla data del 31/01/2018;</p> <p>2) individuare lo "stato/fase/grado" della pratica legale/assicurativa al fine:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) di predisporre gli atti necessari per la gestione delle pratiche (fase/grado), già istruite ed impostate, prossime alla definizione; b) o, in alternativa, del passaggio di competenze alla SCAGLA se pratica (fase/grado) da istruire/gestire ex novo ovvero non di prossima definizione. 	<p>Elenco pratiche legali ed assicurative entro il 30/06/2018</p> <p>Eventuali atti di gestione (note, provvedimenti, altro) circoscritti alla fase o al grado d'interesse (cfr. azioni sub nn. 1 e 2, lett. a) entro il 31/12/2018</p>	100%
C36	DAT	Qualità delle cure	<p>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</p>	<p>Predisposizione, aggiornamento e diffusione delle procedure entro 31.12.2018</p>	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	% raggiungimento obiettivo
C37	Area Riabilitativa Distretto 1	Percorsi di Riabilitazione	Presa in carico a domicilio delle persone valutate in continuità assistenziale/riabilitativa (protocollo di continuità riabilitativo) in Ospedale e nelle strutture private accreditate Responsabile: Coordinatore Riabilitazione Adulti Distretto 1	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)	100%
C38	SC TS Adulti Anziani, SC BADoF, SSD Servizio infermieristico distrettuale Distretto 1	Integrazione ospedale territorio e sviluppo percorsi assistenziali	A. Valutare a domicilio delle persone consenzienti affette da patologie long term dimesse dall'ospedale o da RSA e prese in carico SID o AID o residenti in Microrarea: la documentazione sanitaria, la presenza di scorte di farmaci o la mancanza degli stessi per un pronto ripristino, la verifica della presenza/assenza di ausili o presidi necessari ed accertamento dell'efficienza e della sicurezza d'uso degli stessi; Per le situazioni ritenute più vulnerabili: contatto con il MMG e monitoraggio della situazione B. Garantire continuità assistenziale nel territorio e potenziare i percorsi ospedale / territorio, in particolare per l'area materno-infantile.	A1. vVisita domiciliare ad almeno 300 persone residenti nel Distretto 1 rientranti nel target A2. Check list o quaderno della salute compilati ed eventuale programma di monitoraggio presente nel 100% delle persone identificate (dal 2/5/18) A3. Report sulle azioni effettuate e sugli esiti B. 100% delle coppie mamma/bambino inviate dal Burlo (come da protocollo) hanno avuto almeno un intervento ostetrico o infermieristico	100%
C39	S.S.Consultorio Familiare Distretto 1	c) Interventi sociosanitari	Garantire per i nuovi casi complessi individuati di Minori o Adulti (segnalazioni inviate o ricevute dai Servizi sociali, con provvedimenti o meno dell'AA.GG.) quanto previsto nelle Procedure Comuni "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.	L' 80% dei casi individuati seguono le Procedure Comuni garantendo la discussione in équipe multiprofessionale, l'individuazione dell'operatore referente ed uso della modulistica specifica. Modalità di valutazione: Registro casi nella struttura Cartella personale utenza Verbali di équipe/UVM	100%
C40	S.S. TSBA Distretto 1	Interventi sociosanitari	Partecipare all'attivazione del Centro diurno per adolescenti. Inserimento di adolescenti con disagio psicosociale sociale in carico al D1 presso il centro diurno. Favorire la partecipazione dei ragazzi alle diverse attività di socializzazione proposte. Supporto alla gestione della crisi.	Giornate di presenza al c.d. > 10	100%
C41	S.S. TSBA Distretto 1	Qualità delle cure	Decreto Lorenzin: calendario vaccinale Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate e quelle di nuova introduzione . Mantenimento attività secondo calendario	Mantenimento attività 2017 Mantenimento attività secondo calendario	100%
C42	SO Distretto 2	Qualità delle cure	Percorsi di Riabilitazione. Nell'applicazione delle indicazioni della L.R. 17dd 16/10/2014 migliorare la continuità assistenziale riabilitativa e la presa in carico delle persone a domicilio. 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	Almeno 24 accessi domiciliari per continuità assistenziale/riabilitativa da RSA San Giusto verso domicilio. Modalità di valutazione: fonte dati SIASI.	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	% raggiungimento obiettivo
C43	Area Riabilitativa Distretto 2	Percorsi di Riabilitazione	Presenza in carico a domicilio delle persone valutate in continuità assistenziale/riabilitativa (protocollo di continuità riabilitativo) in Ospedale e nelle strutture private accreditate Responsabile: Coordinatore Riabilitazione Adulti Distretto 2	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)	100%
C44	SC TS Adulti Anziani, SC BADoF, SSD Servizio infermieristico distrettuale Distretto 2	Integrazione ospedale territorio e sviluppo percorsi assistenziali	A. Valutazione a domicilio delle persone consenzienti affette da patologie long term dimesse dall'ospedale o da RSA e prese in carico SID o AID o residenti in Microrarea; verifica di: documentazione sanitaria, presenza di scorte di farmaci o la mancanza degli stessi per un pronto ripristino, verifica della presenza/assenza di ausili o presidi necessari ed accertamento dell'efficienza e della sicurezza d'uso degli stessi; Per le situazioni ritenute più vulnerabili: contatto con il MMG e monitoraggio della situazione B. Garantire continuità assistenziale nel territorio e potenziare i percorsi ospedale / territorio, nell'area materno-infantile. Responsabile attività: Coordinatori strutture interessate Istanza: Dirigente Infermieristico	A1. visita domiciliare ad almeno 300 persone residenti nel Distretto 2 rientranti nel target A2. Check list quaderno della salute compilati ed eventuale programma di monitoraggio presente nel 100% delle persone identificate (dal 2/5/18) A3. report sulle azioni effettuate e sugli esiti B. 100% delle coppie mamma/bambino inviate dal Burlo (come da protocollo) hanno avuto almeno un intervento ostetrico o infermieristico	100%
C45	S.S. TSBA Distretto 2	Interventi sociosanitari	Partecipare all'attivazione del Centro diurno per adolescenti. Inserimento di adolescenti con disagio psicosociale sociale in carico al D2 presso il centro diurno. Favorire la partecipazione dei ragazzi alle diverse attività di socializzazione proposte. Supporto alla gestione della crisi. Responsabile attività: Coordinatori strutture interessate Valutatore di prima istanza: Dirigente Infermieristico	giornate di presenza al c.d. > 10	100%
C46	S.S. TSBA Distretto 2	Qualità delle cure	Decreto Lorenzin: calendario vaccinale Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate e quelle di nuova introduzione . Mantenimento attività secondo calendario	Mantenimento attività 2017 Mantenimento attività secondo calendario	100%
C46 bis	Consultorio familiare SO Distretto 2	interventi socio sanitari	garantire per i nuovi casi complessi individuati di minori e adulti (segnalazione inviate a/ricevute da/i servizi sociali, con provvedimento o meno dell'AAGG) quanto previsto nelle Procedure Comuni	80% dei casi individuati seguono le procedure comuni garantendo la discussione in equipe multiprofessionale e l'individuazione dell'operatore referente. Modalità di valutazione: registro casi della struttura, Cartella personale utente, Verbali di equipe, UVM	100%
C47	Funzione sanità penitenziaria Distretto 3	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	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	% raggiungimento obiettivo
C48	Area Riabilitativa Distretto 3	Percorsi di Riabilitazione	Obiettivo: Presa in carico a domicilio delle persone valutate in continuità assistenziale/riabilitativa (protocollo di continuità riabilitativo) in ospedale e nelle strutture private accreditate Responsabile: Coordinatore Riabilitazione Adulti Distretto 3	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)	100%
C49	SC TS Adulti Anziani, SC BADoF, SSD Servizio infermieristico distrettual Distretto 3	Integrazione ospedale territorio e sviluppo percorsi assistenziali	A. Valutare a domicilio delle persone consenzienti affette da patologie long term dimesse dall'ospedale o da RSA e prese in carico SID o AID o residenti in Microrarea: la documentazione sanitaria, la presenza di scorte di farmaci o la mancanza degli stessi per un pronto ripristino, la verifica della presenza/assenza di ausili o presidi necessari ed accertamento dell'efficienza e della sicurezza d'uso degli stessi; Per le situazioni ritenute più vulnerabili: contatto con il MMG e monitoraggio della situazione B. Garantire continuità assistenziale nel territorio e potenziare i percorsi ospedale / territorio, in particolare per l'area materno-infantile.	A1. visita domiciliare ad almeno 300 persone residenti nel Distretto 1 rientranti nel target A2. Check list o quaderno della salute compilati ed eventuale programma di monitoraggio presente nel 100% delle persone identificate (dal 2/5/18) A3. report sulle azioni effettuate e sugli esiti B. 100% delle coppie mamma/bambino inviate dal Burlo (come da protocollo) hanno avuto almeno un intervento ostetrico o infermieristico	100%
C50	SC. TSBADOF Distretto 3	Qualità delle cure	Decreto Lorenzin: calendario vaccinale Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate e quelle di nuova introduzione . Mantenimento attività secondo calendario	Mantenimento attività 2017 Mantenimento attività secondo calendario	100%
C51	Area Riabilitativa Distretto 4	Percorsi di Riabilitazione	Presa in carico a domicilio delle persone valutate in continuità assistenziale/riabilitativa (protocollo di continuità riabilitativo) in Ospedale e nelle strutture private accreditate Responsabile: Coordinatore Riabilitazione Adulti Distretto 4	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)	100%
C52	SC Tutela Salute Adulti e Anziani SC Tutela Salute Bambini Adolescenti Donne e Famiglia- SSD Servizio infermieristico Distretto 4	Interventi socio-sanita	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 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) Valutazioni congiunte con il Servizio Sociale Comunale 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) Almeno 100 accessi congiunti con SSC	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	% raggiungimento obiettivo
C53	Consultorio familiare SO Distretto 4	Interventi sociosanitari	Piani di Zona 2017: implementazione delle "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" con la responsabilizzazione del profilo dell'assistente sociale. Garantire per i nuovi casi complessi individuati di Minori (segnalazioni inviate o ricevute dai Servizi sociali, con provvedimenti o meno dell'AA.GG.) quanto previsto nelle Procedure Comuni. Valutatore di I istanza: dott.ssa Ceschia	L' 80% dei casi individuati seguono le Procedure Comuni garantendo la discussione in équipe multiprofessionale e l'individuazione dell'operatore referente. Modalità di valutazione: Registro casi nella struttura Cartella personale utenza Verbali di équipe/UVM	100%
C54	SO Distretto 4	Qualità delle cure	Decreto Lorenzin: calendario vaccinale Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate e quelle di nuova introduzione . Mantenimento attività secondo calendario	Mantenimento attività 2017 Mantenimento attività secondo calendario	100%
C55	SO Dipartimento di Salute Mentale	Qualità delle cure	Miglioramento della qualità dell'intervento nelle situazioni critiche di accoglienza nel SPDC e/o nel CSM 24 ore.	n. persone prese in carico dall'équipe di crisi. Almeno 2 contatti con le persone così individuate da parte del personale coinvolto. Report finale	100%
C56	SO Dipartimento di Salute Mentale	Processi di riorganizzazione	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	100%
C57	SO Dipartimento di Salute Mentale	Processi di riorganizzazione Qualità delle cure	Rispetto la nuova organizzazione e la costituzione delle Strutture Semplici come da Atto Aziendale, riorganizzare la continuità assistenziale a domicilio delle persone ad alta complessità socio assistenziale	Almeno 1 accesso settimanale a domicilio delle persone ad alta complessità socio sanitaria in carico ai servizi.	100%
C58	SO Dipartimento delle Dipendenze	Obiettivo aziendale	Garantire le prestazioni infermieristiche previste nei percorsi accertativi di tipo medico-legale presso le due SC del Dipartimento (SCDSI e SCDCSL). <i>Responsabili: Pinter Micaela e Sabine del Gais o</i>	Copertura del 100% dei turni di personale infermieristico i nei due Poli Dipartimentali: SCDCSL (1 unità): martedì e giovedì in orario 15.00-17.00, SCDSI (2 unità): lunedì e giovedì in orario 16.00-19.00 periodo: 01/01/2018-31/12/2018	100%
C59	DDD - Centro malattie a trasmissione sessuale (CMST)	Qualità delle cure	Assicurare l'esecuzione dei tamponi per ricerche microbiologiche degli utenti che accedono ai CUP <i>Responsabile Cristina Stanic</i>	il 100% delle richieste provenienti dal Cup vengono evase secondo agenda condivisa, periodo: 01/01/2018-31/12/2018	100%
C60	DDD - S.C. Dipendenze da Sostanze Illegali	Obiettivo aziendale	Realizzazione Progetto "Overnight" anno 2018 <i>Responsabile Micala Pinter</i>	Assicurare la presenza dell'équipe infermieristica in orario notturno e festivo in almeno 20 uscite progettuali periodo: 01/01/2018-31/12/2018	100%
C61	SO Dipartimento delle Dipendenze	Obiettivo regionale c) "interventi socio-sanitari"	Miglioramento della presa in carico sociosanitaria degli utenti del DDD attraverso azioni di orientamento, supporto ed accompagnamento nel percorso di riconoscimento della disabilità ai sensi della L. 68/99 e fruizione dei relativi benefici <i>Responsabile Michela Brizzi</i>	Definizione di un percorso dipartimentale finalizzato all'accompagnamento ed al supporto dell'utenza target ed implementazione/aggiornamento di un database dedicato, periodo: 01/01/2018-31/12/2018	100%
C62	DDD - S.C. Dipendenze Comportamentali e da Sostanze Legali	Qualità delle cure	Garantire la presenza infermieristica nell'équipe multiprofessionale impegnata nella realizzazione delle attività terapeutico-riabilitative "di genere" di tipo individuale e di gruppo. <i>Responsabile: Sabine Del Gaiso</i>	assicurare la presenza in turno di almeno 1 unità dalle 15.00 alle 18.30 nelle giornate di lunedì e giovedì presso il Centro di promozione della salute di Androna degli Orti, periodo: 01/01/2018-31/12/2018	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	% raggiungimento obiettivo
C63	Distretto 3 SC Adulti e Anziani Dipartimento delle dipendenze 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	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 Responsabile progettuale con evidenza dei dati inerenti i casi trattati (registro interno dedicato per gli interventi sanitari; foglio presenze del personale coinvolto)	100%
C64	Direzione dei Servizi Sociosanitari	Interventi sociosanitari	Implementazione e messa a regime del percorso sperimentale per l'orientamento di carattere generale, rivolto 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	a) Verifica della documentazione prodotta e individuazione degli aventi diritto ad essere orientati (100% degli aventi diritto) b) Predisposizione di un elenco di nominativi -scremato di chi non necessita dell'orientamento (sul 100% delle richieste) c) Verifica delle scadenze degli accessi (100% degli autorizzati) d) Verifica delle tipologie di richiesta anche in base al percorso di studi. (100% degli autorizzati) e)Trasmissione alle altre strutture coinvolte dei nominativi selezionati (100% aventi diritto) f)Archiviazione nei fascicoli degli attestati di frequenza (100% degli autorizzati)	100%
C65	Direzione Servizi Sociosanitari	Interventi sociosanitari	Buone pratiche per l'inserimento lavorativo: analisi quali-quantitativa dell'esperienza maturata in ASUITs	Entro dicembre 2018 è prodotto un report dei risultati dell'analisi quali-quantitativa effettuata coinvolgendo i Referenti, i Tutor e le persone per le quali è stato definito un programma di inserimento lavorativo	100%
C66	Direzione dei Servizi Sociosanitari	Interventi sociosanitari	Avvio del servizio sperimentale Giovani Salute Mentale: predisposizione e implementazione di un sistema di raccolta dati sugli accessi e di gestione dei PTRP con BIS.	Report dati accessi al servizio e PTRP con BIS attivi nel 2018. 31.12.2018	0%
C67	SCIT	Percorsi <i>hub & spoke</i>	ANALISI PER IL RIORDINO DELLE RETI, DEI SISTEMI IT, DEI SISTEMI MEDICALI IN RETE, E DELLA CONFIGURAZIONE DEGLI APPLICATIVI PER L'OTTIMIZZAZIONE DEL LAVORO E LA RISPONDEZZA ALLE MISURE MINIME DI SICUREZZA ED AL GDPR DEI LABORATORI ASUITs PRESSO AAS2	REDAZIONE DEL PRO GETTO	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	% raggiungimento obiettivo
C68	SC approvvigionamenti e Gestione Servizi	Processi di riorganizzazione	Logistica di Magazzino: attuazione di attività amministrative, logistiche e operative propedeutiche e complementari all'inserimento dell'Area Triestina nel Magazzino Centralizzato EGAS Ulteriore adeguamento di funzioni e processi nella SCAGS in relazione alla costituzione della ASUI Definizione comune di standard e procedure operative per l'intera Struttura Nuovi assetti logistici e ricollocazioni nei presidi aziendali: l'avvio del cantiere presso l'Ospedale di Cattinara 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	Definizione delle corrispondenze delle anagrafiche ASUITS ed EGAS per i beni di competenza della SCAGS, ai fini del precarico a sistema da parte di INSIEL nell'applicativo MAGREP; condivisione con INSIEL - Definizione dei subcentri e delle rispettive sedi di consegna, ai fini della progressiva attivazione dei nuovi flussi dal Magazzino EGAS - Mappatura delle consegne preesistenti - Confronto e sintesi delle modalità praticate per i diversi magazzini aziendali (Farmaci, Scorte Varie) -- Condivisione con EGAS - In relazione all'attuazione, nelle tempistiche definite da ASUITS con EGAS e INSIEL, della progressiva entrata dell'Azienda nel magazzino centralizzato, partecipazione alle fasi di formazione; collaborazione all'attività formativa e informativa del personale aziendale; attivazione delle nuove funzioni di approvazione e validazione per gli ordini a magazzino Egas; ridefinizione delle funzioni logistiche e di supporto - 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 di logistiche e di magazzino gestite da ASUITS, in ciascuna fase del processo di entrata nel sistema della logistica di magazzino centralizzata, realizzando le opportune configurazioni transitorie	100%
C69	Manutenzione e sviluppo Patrimonio	Processi di riorganizzazione	Aggiornamento documentale in linea con le normative attuali – fascicolo delle dichiarazioni di conformità organizzate per tipologia di impianto e di edificio È necessario redigere un documento di ricognizione di tutta la documentazione disponibile Responsabile dell'attività: ing. Lorenzo PUZZI Valutatore di prima istanza: ing. Elena Clio PAVAN	Consegna del fascicolo costituito dai documenti originali, con connesse planimetrie di riferimento relative agli impianti dei 2 ospedali da trasmettere al Direttore di SC entro il 31.12.2018	0%
C70	Manutenzione e sviluppo Patrimonio	Processi di riorganizzazione	Aggiornamento documentale in linea con le normative attuali – fascicolo dei certificati di prevenzione incendi e delle SCIA per ciascun edificio ASUITS	Consegna del fascicolo di ricognizione dei titoli abilitativi corredato dai pareri preventivi e dai progetti timbrati dai VVF da trasmettere al Direttore di SC entro il 31.12.2018	100%
C71	Manutenzione e sviluppo Patrimonio	Processi di riorganizzazione	Aggiornamento procedurale in linea con le normative attuali per la gestione del parco di San Giovanni	Consegna delle procedure di gestione del parco e studio di apposita segnaletica alla SSD Convenzioni, rapporti con il terzo settore, acquisizione e valorizzazione immobiliare entro il 31.10.2018	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	% raggiungimento obiettivo
C72	Manutenzione e Sviluppo del Patrimonio7	Aggiornamento delle modalità di lavoro per l'ottimizzazione delle risorse con l'implementazione di strumenti informatici, garantendo l'autonomia di ciascun collaboratore	È necessario aggiornare le modalità operative della gestione amministrativa degli appalti tramite l'utilizzo di strumenti informatici Responsabile dell'attività: dott. Dario CARLEVARIS Valutatore di prima istanza: ing. Elena Clio PAVAN	Evidenza della totale applicazione dei mezzi di comunicazione elettronici nello svolgimento di procedure di aggiudicazione (come da art. 40 D.Lgs. n. 50/2016) con relazione da trasmettere al Direttore di SC entro il 31.12.2018	100%
C73	Manutenzione e Sviluppo del Patrimonio	Realizzazione di un archivio tecnico storico e corrente dell'ospedale di Cattinara dalla sua realizzazione ad oggi	È necessario riordinare la documentazione disponibile per l'ottimizzazione della futura gestione Responsabile dell'attività: dott. Dario CARLEVARIS Valutatore di prima istanza: ing. Elena Clio PAVAN	Evidenza dell'attività con relazione (e allegato elenco di archivio) da trasmettere al Direttore di SC entro il 31.12.2018	100%
C74	S.C. Ingegneria Clinica	Qualità delle cure	modifica dei protocolli di verifica di sicurezza delle apparecchiature biomediche secondo le CEI EN 60601-1 per l'allineamento alle attuali norme CEI EN 62353; aggiornamento del software di archiviazione e report per i reparti; interfacciamento con i nuovi tester di sicurezza; applicazione del nuovo protocollo alle verifiche periodiche e post riparazione.	nuovo protocollo realizzato/aggiornamento software dedicato/nuovo report di verifica/utilizzo da parte di tutto il personale della struttura entro l'anno	100%
C75	S.C. Economico Finanziaria (SCEF)	Processi di riorganizzazione:	Riordino istituzionale previsto dalla LR 17/2014 nell'ambito della Ragioneria mediante attuazione delle soluzioni individuate per l'omogeneizzazione delle procedure tra ex AAS1 ed ex AOU Gestione cessioni di credito e procure all'incasso. - ricognizione atti di cessione e procure delle ex AAS1 ed AOU - creazione di archivio digitale unico e duplicazione sui server delle due dorsali	Istituzione ed alimentazione file Excel con separata evidenza di cessioni, procure e note di rifiuto. Al 31.12.2018 presenza di archivio cessioni/procure e delle note di rifiuto sui server di entrambe le dorsali informatiche.	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	% raggiungimento obiettivo
C76	SS Relazioni Sindacali SC Gestione del Personale	Processi di riorganizzazione:	<p>Applicazione del CCNL del personale del comparto sottoscritto il 21/05/2018, per le parti di competenza:</p> <p>1. costituzione della delegazione di parte datoriale entro il termine previsto dal CCNL; 2. Illustrazione dei contenuti del CCNL, con particolare riferimento alle Relazioni Sindacali, agli incarichi ed alla gestione dei fondi alla Dir. Strat. ed al Collegio Sindacale; 3. contratto integrativo aziendale: attivazione dei tavoli di lavoro; definizione degli argomenti da trattare; definizione del cronoprogramma; 4. fondi contrattuali: Definizione dei nuovi fondi contrattuali e del relativo impianto di gestione delle risorse; 5. valutazione delle relazioni sindacali da attivare sui regolamenti esistenti e oggetto di modifica per effetto delle nuove disposizioni</p> <p>responsabile: dott.ssa Fabiana BEARZI valutatore di I^ istanza: dott. ssa Cristina TURCO- Responsabile SC</p>	<p>Target:</p> <p>1. Presentazione tramite mail alla DA della proposta di decreto; 2. Elaborazione delle slides di illustrazione ed inoltro alla DA tramite mail e svolgimento degli incontri; 3. presentazione al resp. GP/DA del cronoprogramma (tramite mail entro il 30/09/2018) 4. Elaborazione e presentazione della proposta di decreto di quantificazione dei fondi e delle tabelle di impiego delle risorse 2018 (entro il 30/11/18) 5. presentazione di un documento di sintesi al resp. GP/DA (tramite mail entro il 31/12/2018)</p>	100%
C77	Gestione Contributi/Trattamento Economico SC Gestione del Personale	Processi di riorganizzazione:	<p>Obblighi informativi e qualità dei dati ai fini amministrativi e Gestionali 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 prescrizione contributiva. l'obiettivo si propone di agganciare denunce contributive pregresse, a far data dal 2005, con le denunce contributive inviate a far data da ottobre 2012, tramite modalità Lista PosPa. La regolazione contemplerà gli anni dal 2005 al 2013, proprio per evitare la prescrizione.</p>	<p>Report delle casiste risolte/Risoluzione delle problematiche segnalate dall'INPS sino al 31/12/2013, sulla scorta di quantità di anomalie segnalate e quelle risolte</p>	100%
C78	SC Gestione del Personale - Medicina convenzionata	Linee gestione 3.3.1. Riorganizzazione assistenza primaria in coerenza con le disposizioni regionali	<p>Verifica e monitoraggio orari MGI</p>	<p>singole MGI</p> <p>Predisposizione report</p>	100%
C79	SC Gestione del Personale	Processi di riorganizzazione:	<p>Premesso che è necessario prioritariamente sottoscrivere il CCIA relativo all'argomento in oggetto, che riporti le modalità di conteggio e di redazione della graduatoria per le due ex aziende; predisposizione degli elenchi degli aventi diritto; verifica dei punteggi di carriera e valutazioni; predisposizione delle graduatorie e loro approvazione; Liquidazione Progressioni Economiche Orizzontali 2018</p>	<p>Produzione graduatorie PEO distinte per ex AOUTs ed ex AAS ; Liquidazione PEO 2018 entro mensilità di dicembre 2018;</p>	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	% raggiungimento obiettivo
C80	SS Acquisizione e Carriera Personale SC Gestione del Personale	Processi di riorganizzazione:	Applicazione Atto Aziendale A.S.U.I.TS con riferimento agli incarichi di Posizione Organizzativa Realizzazione dell'impianto delle Posizioni Organizzative, mediante individuazione, classificazione e valorizzazione degli incarichi.	Trasmissione del nuovo assetto alla responsabile della SC "Gestione del personale" entro il 31/12/17	100%
C81	SCGestione Personale	Processi di riorganizzazione:	Valorizzazione specifici ruoli e competenze: contribuire all'avvio del processo di valorizzazione del personale all'esercizio delle funzioni specialistiche/avanzate Fare una prima valutazione sulle competenze specialistiche/avanzate del personale del comparto al fine di supportare lo sviluppo delle stesse in funzione degli obiettivi aziendali	Produzione di una relazione riassuntiva sulla normativa esistente e una prima definizione delle linee operative che si potrebbero seguire per una adeguata ricognizione dell'esistente in ASUITS	100%
C82	SC Gestione del Personale - Ufficio Presenze/Assenze	Processi di riorganizzazione:	Espansione della Procedura Self Service del Dipendente (SSD) a tutte le strutture ex AOOTS. Riduzione massiva della produzione cartacea di richiesta-giustificativi ed eliminazione della produzione di stampa deòe buste paga Formazione ai coordinatori dell'ex AOOTS ed ai neo coordinatori dell'ex AAS1 sugli adempimenti correlati alla procedura SSD e ASCOTWEB	Incontri formativi individuali con i coordinatori ed utenti abilitati da tenersi presso la sede dell'Ufficio P/A	100%
C83	SC Gestione del Personale - Staff	Processi di riorganizzazione:	Applicazione Atto Aziendale - Nuova organizzazione della gestione dei Corsi di Laurea Elisa Pikiz Cristina Turco	Entro 30.4.18 predisposizione disposizione nuova organizzazione e transitoria - invio ai referenti e RAFP Entro 31.08.18 incontro con RAFP - predisposiozne convocazione, predisposizione slides, sintesi incontro Entro 30.9.18 analisi e confronto con i RAFP applicaione SSD /tutor - sintesi incontro illustrativo	100%
C84	SC Gestione del Personale - Staff	Applicazione Atto Aziendale -	Regolamento accesso assegnisti di ricerca Progetto: Rebecca Rajko	Entro 30.06.18 predisposiozne del nuovo regolamento accesso assegnisti di ricerca -	100%
C85	SCAGLA	integrazione ospedale/territorio	Attività prevista nel Mef ed iniziata già nel corso del 2017 con l'apertura di 1.200 posizioni. In considerazione dell'elevato numero di posizioni 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 2013 e 2014, verificando e aprendo ulteriori n. 1.600 poszioni.	apertura n. 1.600 posizioni dal portale Sistema Trieste . Evidenza dell'apertura delle posizioni e predisposizione di un report finale	100%
C86	Funzione supporto alla progettazione delle politiche aziendali e correlate funzioni di segreteria.	Processi di riorganizzazione a)	Aggiornamento dei contenuti del Regolamento aziendale per la disciplina delle responsabilità e delle competenze dirigenziali nell'adozione di atti e provvedimenti amministrativi e nella definizione del processo di budget e relativo allegato, adottato ad ultimatum con provvedimenti di ASS 1 n. 107/2012 e n. 539/2015, a seguito della riforma introdotta dalla L.R. 17/2014.	1. analisi della normativa nazionale e regionale, dei contratti vigenti e della regolamentazione aziendale, disciplinanti le funzioni e le competenze dirigenziali nell'adozione di atti e provvedimenti amministrativi e nella definizione del processo di budget; 2. verifica dell'adeguatezza dei contenuti del Regolamento e relativo allegato, approvato con provvedimento n. 107/2012 e n. 539/2015, alla luce delle risultanze dell'istruttoria; 3. redazione del testo in bozza del Regolamento e relativo allegato, nonché del provvedimento di adozione dello stesso entro il 31.12.2018.	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	% raggiungimento obiettivo
C87	Gestione Programmazione	sviluppo percorsi assistenziali	Cure primarie Supporto alla Direzione Aziendale, al DAT e ai Distretti per l'elaborazione, analisi e verifica di dati di attività dei MMG e delle loro aggregazioni	Produzione delle reportistica relativa all'obiettivo e analisi critica dei dati	100%
C88	Comunicazione relazioni esterne ufficio stampa	Integrazione ospedale/territorio e sviluppo percorsi assistenziali	Unificazione del servizio e implementazione nuovo sito aziendale come canale principale di comunicazione con la cittadinanza. Con la riqualificazione di Cattinara è necessaria informazione costante e tempestiva alla cittadinanza su servizi/orari /spostamenti	Pubblicazione immediata sul sito internet di tutte le informazioni ricevute dai servizi preposti / Direzione sanitaria- Direzione di presidio al fine di ridurre disservizi. Gli avvisi saranno pubblicati contestualmente anche nello spazio intranet e attraverso i social di Asuits. La data di ricezione della nota della direzione corrisponderà alla pubblicazione delle informazioni sul sito e social di Asuits	100%
C89	Protezione e Prevenzione Aziendale	Processo di riorganizzazione: promozione	Diffusione del SGSL e SGSA nell'Azienda unificata Linea A: estensione degli audit di 2° livello al Dipartimento di Salute Mentale e al Dipartimento delle Dipendenze. Linea B: verifica del livello di conoscenza sulla prevenzione incendi nelle strutture ASUITs mediante intervista di un campione rappresentativo di dipendenti in almeno 20 strutture complesse aziendali	Linea A: facility sedi DSM e Dipartimento Dipendenze e relativi sopralluoghi di survey con produzione di 6 report. Linea B: compilazione di almeno 100 questionari di intervista con restituzione dei risultati ai responsabili delle strutture interessate	100%
C90	SC Staff, innovazione, Sviluppo Organizzativo e Formazione - funzione Formazione	a) processi di riorganizzazione l) valorizzazione specifici ruoli e competenze	Studio ed implementazione sperimentale di un sistema di valutazione d'impatto della formazione aziendale Azioni: 1) Analisi della letteratura scientifica sui modelli di valutazione d'impatto della formazione 2) Realizzazione di un percorso formativo ai progettisti del provider Asuits e ai referenti della formazione sulla valutazione qualitativa e d'impatto della formazione 3) Applicazione sperimentale del sistema di valutazione in uno o più percorsi di formazione sul campo proposti dalle articolazioni aziendali e inseriti nel Piano di formazione aziendale 2018	Azioni 1) e 2) completate entro 30/7/2018 Azione 3) effettuata entro 31/12/2018	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	% raggiungimento obiettivo
M1	S.C. Igiene Sanità Pubblica	Qualità delle Cure .	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.	100%
M2	SC 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: Direttore SS Valutatore di prima istanza Direttore Dipartimento	Partecipazione ad un numero di grandi eventi/emergenze maggiore uguale a 3 ciascuno	100%
M3	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	Numero di sedute garantite, ore di prestazione, procedure eseguite	100%
M4	SSD Anestesia e Rianimazione in ambito cardiovascolare SC Cardiochirurgia	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 nel iter clinico del paziente con ECMO VV e VA garantendo la presenza dello specialista fuori dal normale orario di servizio	Numero di ore di prestazione, procedure eseguite	100%
M5	ARTA	Tempi d'attesa	incremento attività operatoria Cattinara	Almeno 150 sedute operatorie in aumento rispetto la normale programmazione	100%
M6	SC Cardiologia	Tempi di attesa	Tempi d'attesa per interventi programmati di Angioplastica coronarica Coronarografia Protesi valvolare Rispetto dei tempi di attesa per Coronarografia, Angioplastica e interventi percutanei per il trattamento dei difetti strutturali (TAVI, CLIP PFO, ablazioni transcateretere delle aritmie)	Garantire il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi secondo i codici di priorità A 30 gg (per almeno il 95% della casistica), B-60 gg, C-180 gg e D-12 m (per almeno il 90% della casistica). Rispetto dei tempi previsti a livello regionale per l'erogazione in base ai criteri di priorità clinica	100%
M7	SC Cardiochirurgia	Tempi di attesa	Rispetto tempi di attesa interventi programmati secondo la priorità definita dal prescrittore (bypass coronarico, protesi valvolari). Mantenimento dell'attività operatoria e dell'assistenza alle procedure di cardiologia interventistica durante il periodo estivo, considerata l'assenza di 2 dirigenti medici per pensionamento e la necessità della fruizione delle ferie	Mantenimento tempi di attesa secondo la clausola di garanzia indicata dall'obiettivo regionale	100%
M8	SC (UCO) Chirurgia Vascolare	Qualità delle Cure .	qualità dell'attività di chirurgia vascolare	Garanzia della presenza di una equipe specializzata nelle urgenze di chirurgia vascolare	100%
M9	SC (UCO) Chirurgia Vascolare	Qualità delle Cure .	Pieno rispetto delle disposizioni aziendali in tema di pianificazione dell'attività e orario di lavoro e degli obiettivi assegnati alla Struttura complessa nell'ambito delle negoziazioni di budget-anno 2018 Assicurare il fabbisogno di prestazioni specialistiche nelle sedi distrettuali finalizzate alle esigenze già individuate nei precedenti testi convenzionali	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.	100%
M10	SC Cardiovascolare e Medicina dello sport	Tempi d'attesa	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.	Dal momento dell'accettazione della proposta al 31 dicembre 2018 garantire turni aggiuntivi per un massimo di 30 ore/medico (il turno aggiuntivo RAR dovrà essere da: minimo 30' a massimo 3 ore). Modalità di valutazione Cartellino mensile e Codice di riferimento per timbratura RAR. Attività CUP + Piani Terapeutici registrati in cardionet 2018 ≥ 2017	0%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	% raggiungimento obiettivo
M11	SSD Formazione e Ricerca in Ultrasonografia Vascolare (già CIEU)	Tempi d'attesa	Mantenimento dei tempi d'attesa nei limiti prescritti dalla Regione FVG per l'erogazione delle indagini ECD, con particolare ma non esclusivo riferimento al distrettoTSA, 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. Offerta di una quota di prestazioni aggiuntive proporzionale alla quota ordinaria offerta dal CIEU, calcolata quale frazione dell'offerta erogata da tutti gli ambulatori convenzionati di ASUITS. La quota aggiuntiva dovrà essere richiesta dalla Direzione Sanitaria alla Direzione del CIEU, laddove si configuri il superamento del valore limite dei tempi d'attesa regionali. Responsabile attività: Direzione SSD CIEU Valutatore di I Istanza: Direzione CUP	Erogazione della quota di ore richieste dal CUP: si/no Riduzione del tempo di attesa per la specifica prestazione: si/no Quota massima di ore aggiuntive settimanali che possono essere offerte: 6. Ogni ora aggiuntiva prevede l'erogazione di due prestazioni.	0%
M12	SC Medicina Clinica	Tempi d'attesa	Rispetto delle liste di attesa. Contenimento del numero dei pazienti da seguire in degenza e dei turni di presenza in reparto, per i Dirigenti coinvolti con le attività ambulatoriali	Mantenimento del numero di visite Brevi e differite eseguite nel 2017, nelle struttura di Endocrinologia e Reumatologia secondo le priorità indicate dal DAT	100%
M13	SC. III Medica	Qualità delle cure	Rete cure sicure in FVG A) Implementazione attività dell'Ambulatorio delle Malattie Tromboemboliche B) Presa in carico dei pazienti con TEV, follow-up dei pazienti	A) Aumento dell'attività ambulatoriale del 15% 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	100%
M14	DAO	Qualità delle cure	Espletamento dei turni di guardia medica notturna e festiva all'OM	Continuità nella presenza medica h 24 presso il Presidio dell'Ospedale Maggiore	100%
M15	Nefrologia e Dialisi	Qualità delle cure.	3.6.1 Insufficienze d'organo e trapianti; rene. Organizzazione ed avvio di un Ambulatorio dedicato ai pazienti con Rene Policistico Autosomico Dominante per la iniziale selezione dei pazienti candidati alla terapia con Tolvaptan, la terapia ed il relativo monitoraggio come da protocollo AIFA. Esso potrà anche costituire un primo nucleo di ambulatorio dedicato alle malattie renali genetiche/ereditarie.	Attivazione della distribuzione centralizzata dell'unico farmaco disponibile capace di rallentare l'evoluzione di questa malattia ai pazienti di Trieste. Registrazione di tutti i dati previsti nel protocollo AIFA.	100%
M16	SC Nefrologia e Dialisi	Qualità delle cure.	3.6.1 Insufficienze d'organo e trapianti; rene. 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.	Esecuzione in proprio di > 90% degli accessi vascolari e peritoneali necessari	100%
M17	SC Ematologia SC Oncologia	Qualità delle cure	Garantire la sicurezza nella prescrizione e somministrazione dei farmaci antitumorali, con estensione della procedura informatizzata anche per i pazienti degenti. Garantire il corretto e tempestivo inserimento nelle previste piattaforme informatiche di speciali categorie di pazienti: leucemie croniche mieloidi e linfoidi, mielodisplasie (registri Triveneti) e procedure trapiantologiche (registro nazionale ed europeo GITMO /EBMT)	% di chemioterapie preparate in UFA e somministrate secondo piattaforma Bmind. % dei pazienti affetti dalle malattie ematologiche segnalate nell'obiettivo, inseriti nei rispettivi registri, con prosecuzione delle informazioni richieste durante follow-up	100%
M18	SC Radioterapia SC Radiologia HM	Qualità delle cure	Ottimizzazione dei piani di cura mediante fusione di immagini fra RM e TAC di centramento	Esecuzione di 80 RM dedicate alla fusione di immagini	100%
M19	SC Dermatologia	Tempi d'attesa	Riduzione dei tempi d'attesa	Riduzione dei tempi d'attesa	100%
M20	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	Incremento di almeno il 10% del numero delle consulenze infettivologiche (registro G2) rispetto al 2017	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	% raggiungimento obiettivo
M21	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 - contribuire alla riduzione liste di attesa per visite gastro e colonscopie	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. Almeno 125 visite di gastroenterologia e 60 colonscopie in più rispetto al 2017.	100%
M22	ORL	Tempi d'attesa	Contribuire alla riduzione delle liste di attesa per tutte le classi di prestazione	300 visite specialistiche	100%
M23	ORL	Tempi d'attesa	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	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	100%
M24	SC ORL 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	Valutazione in multiequipe globale con presenza congiunta e simultanea di paziente, oncologi, radioterapista e chirurgo (tre ore/settimana presso uo orl)	100%
M25	SC di Clinica maxillo facciale ed odontostomatologica	Sviluppo di percorsi assistenziali	Fornitura protesi totali e parziali rimovibili a pazienti selezionati seguiti dal Dipartimento delle Dipendenze	Fornitura di almeno 10 manufatti protesici	0%
M26	SC Neurochirurgia	Tempi d'attesa	Creazione di 1 ambulatorio /settimana per visite brevi (Priorità B) per rispetto dei tempi di attesa per visite brevi previste in sede Regionale	90% delle visite eseguite nei tempi previsti (10 gg).	100%
M27	SC Neurochirurgia	Tempi d'attesa	In considerazione di un numero di Medici inferiore all'organico effettivo e della soppressione di 1 ambulatorio/settimana, per mantenimento del quantitativo visite ambulatoriali del 2017, riattivazione di 1 ambulatorio divisionale per visite specialistiche (prime visite e controlli)	Mantenimento quota visite specialistiche (prime visite e controllo) pari al numero visite eseguite nel 2017	100%
M28	SC Neurochirurgia	Tempi d'attesa	In considerazione di un numero di Medici inferiore all'organico effettivo e della soppressione degli ambulatori Specialistici di neuroncologia, Patologia Spinale Complessa e Patologia del Sistema nervosi periferico, per mantenimento dell'attività ambulatoriale specialistica pari a quella del 2017, riattivazione di 1 ambulatorio specialistico mensile (1 per attività specialistica).	Mantenimento quote di visite per i vari ambulatori pari al numero visite effettuate nel 2017	100%
M29	SC UCO di Neurologia	Tempi d'attesa	Riduzione dei tempi d'attesa	Numero prime visite erogate nel 2018 pari almeno al numero di visite erogate nel 2017	100%
M30	DAI Medicina dei Servizi SC Laboratorio Microbiologia, Igiene	Percorsi hub & spoke	Mantenimento dei tempi di risposta delle prestazioni diagnostiche, in progressivo aumento a partire dal 7/2/2018, in condizione di risorse assegnate insufficienti. 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 31/12/2018. Risultato atteso: aumento quantitativo delle prestazioni e mantenimento dei tempi di risposta previsti.	100%
M31	DAI Medicina dei Servizi SC Laboratorio	Percorsi hub & spoke.	Valorizzazione specifici ruoli e competenze Creare la completa uniformità e sintonia bidirezionale tra i LIS e HIS di ASUITs e dell'AAS2. Il personale coinvolto, selezionato per competenza specifica, in collaborazione con le SS.CC. di Informatica delle due aziende e INSIEL, interverrà sui sistemi in modo da renderli efficienti, efficaci e sicuri.	Indicatore: report delle non conformità informatiche segnalate e imputabili a difetti di allineamento dei sistemi, prossimo allo zero (31/12 /2018). Risultato atteso: piena operatività e disponibilità dei sistemi gestionali a supporto della diagnostica, per tutte le SS.CC. di AAS2 utenti dei servizi diagnostici di ASUITs.	100%
M32	DAI Medicina dei Servizi SC Laboratorio	Integrazione ospedale/territorio e sviluppo di percorsi assistenziali	Attivare in alcune case di riposo dell'area triestina, postazioni analitiche decentrate PoCT a disposizione dei clinici territoriali. L'attivazione avverrà mediante intervento del personale coinvolto che accompagnerà l'introduzione dei dispositivi attuando e applicando le linee guida previste dalle norme di sicurezza e dagli standard UNI EN ISO 15189 e 22870.	Evidenza dell'attivazione delle postazioni PoCT e relazione sull'attività svolta per la messa a norme. Miglioramento del percorso assistenziale e clinico dell'utenza oggetto dell'intervento, attraverso un approccio diagnostico veloce, semplificato ed efficace.	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	% raggiungimento obiettivo
M33	DAI Medicina dei Servizi SC Laboratorio	Percorsi hub & spoke Integrazione ospedale/territorio e sviluppo di percorsi assistenziali	Attivazione del Laboratorio Unico dell'area g-i con allestimento nel Laboratorio di Monfalcone di una stazione di preanalitica, definizione, collaudo, manutenzione del piano trasporti e allineamento e standardizzazione di tutto il processo preanalitico. Affiancamento e formazione degli operatori CUP AAS2 all'uso degli schedoni di ASUITs e il personale infermieristico dei punti prelievo a seguito sulle modifiche nelle modalità di prelievo e gestione eccezioni e modalità di stampa dei referti	Relazione del Direttore del DAI con evidenza della formazione attuata, il piano trasporti attivato e sulla postazione preanalitica. Piena operatività dei processi e completa aderenza alle procedure.	100%
M34	DAI Medicina dei Servizi SC Laboratorio, SC Microbiologia	Percorsi hub & spoke. Sviluppo di percorsi assistenziali	Avvio della nuova organizzazione per la gestione delle urgenze del Laboratorio Hub di Cattinara per la per allargare la continuità diagnostica delle attività di microbiologia nelle 24h. Il personale coinvolto dovrà ampliare la proprie competenze mediante formazione di base per le attività analitiche di microbiologia.	Avvio della nuova organizzazione entro il 31/12/2018. Si ritiene che il miglioramento nella diagnostica delle infezioni favorito dall'attuazione del progetto, anche mediante una diagnosi precoce, possa portare a migliori performance diagnostiche, ottimizzando le terapie e riducendo le giornate di degenza.	100%
M35	SC 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.	Certificazione necroscopica nei 365 gg /anno	100%
M36	SC 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	Mantenimento casi inadeguati inferiore al 10% e casi indeterminati inferiore al 20%	100%
M37	SC Anatomia e Istologia Patologica	Aziendale	Meeting multidisciplinari Partecipazione dei Patologi agli incontri per la discussione di casi clinici e il loro management	Presenza del Patologo ai diversi meeting con gestione integrata e condivisa dei casi di interesse oncologico	100%
M38	SC Anatomia e Istologia Patologica	Tempi di risposta	Le terapie oncologiche post intervento chirurgico, richiedono di erogare una risposta completa per quanto riguarda il linfonodo sentinella entro 40 giorni (inizio della terapia adiuvante). Nei casi di positività inoltre si potrebbe rendere necessario procedere alla dissezione ascellare, che deve essere effettuata in un tempo sufficientemente breve per poi procedere alla chemioterapia. Per raggiungere/mantenere questo obiettivo la nostra struttura, partecipando a una gara EGAS, si è dotata di una nuova tipologia di Test validato denominata OSNA, che quantifica la presenza di citocheratina 19 nel linfonodo, e quindi la metastasi, valutando il relativo RNA messaggero presente nel linfonodo stesso. Tale tecnologia, pur richiedendo una accurata formazione e preparazione da parte del personale tecnico e medico dedicato, a regime accorcerà i tempi classici di preparazione e conseguente refertazione del linfonodo sentinella	Almeno 100 linfonodi sentinella con metodica OSNA. Riduzione dei tempi di risposta da 25/29 gg attuali a 7 gg lavorativi	100%
M39	SC Radiologia HM Obiettivo Comune Con: SC Radiologia Diagnostica e Interventistica HC	Sviluppo percorsi assistenziali	Un progetto di Radiologia Domiciliare da condurre presso Strutture Protette e RSA è stato proposto alla Direzione di questa Azienda negli scorsi anni. E' in fase di acquisizione l'apparecchiatura necessaria. E' in fase di elaborazione il progetto operativo. Si confida l'attività possa iniziare nel secondo semestre del 2018	Effettuazione degli esami richiesti in regime dalle Strutture Protette e dalle RSA e loro rendicontazione	100%
M40	S.C. Radiologia Ospedale Maggiore Obiettivo comune con: - SC Oncologia - SC Gastroenterologia - SC Pneumologia - UCO Anatomia 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, limitato al Distretto 3. Viene ora proposto esteso a tutti i Distretti di ASUITs.	Esecuzione 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.	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	% raggiungimento obiettivo
M41	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 2018.	Effettuazione degli esami richiesti dalla Casa Circondariale e loro rendicontazione.	100%
M42	S.C. Radiologia Ospedale Maggiore Obiettivo comune con: - Day Surgery Ospedale Maggiore - S.C. Anestesia e Rianimazione Ospedale Maggiore	Progetti clinico assistenziali	Un numero crescente di pazienti fa riferimento alla S.C. Radiologia OM per sottoporsi a Risonanza Magnetica eseguendo l'esame in sedazione non essendo in grado di effettuarlo in condizioni di vigilanza per ansia/claustrofobia. Il numero di questi pazienti è aumentato da quando è stata attivata la nuova sede della S.C. Radiologia nel Polo Tecnologico, variando tra 15 e 25 procedure/anno. L'incremento trova diverse motivazioni (disponibilità di RM ad alto campo in grado di far fronte alla totalità delle indicazioni cliniche, particolare ampiezza del tunnel del magnete che consente controllo ottimale del paziente, scarsa disponibilità della componente anestesiológica in ambiente convenzionato esterno, ottima integrazione tra le diverse strutture coinvolte nella procedura presso l'OM). Tale attività necessita ora di essere meglio strutturata e ulteriormente potenziata.	Produzione di un protocollo condiviso tra le 3 strutture coinvolte che identifichi l'intero percorso operativo nel paziente candidato a Risonanza Magnetica in sedazione. Applicazione del protocollo con esecuzione di un numero di esami \geq a quello del 2017 (n = 16).	100%
M43	S.C. Radiologia Diagnostica e Interventistica HC	Tempi di attesa	incremento livelli di attività e/o riduzione dei tempi di attesa	Incremento di almeno 1500 risonanze magnetiche 3 Tesla	100%
M44	DAO (Dipartimento Assistenza ospedaliera)	Progetti clinico assistenziali	3.3.6 Diabete Diabete in Ospedale (DGR 1572/2017) Attivazione effettiva del team diabetologico ospedaliero ed avvio delle sue attività.	A) Effettivo avvio del team diabetologico ospedaliero; B) Elaborazione/aggiornamento di n. 2 percorsi diabetologici; C) Effettuazione di almeno N. 150 valutazioni diabetologiche perioperatorie.	100%
M45	SC Pronto Soccorso Medicina d'Urgenza	Continuità assistenziale	Al fine di migliorare i percorsi di diagnosi e cura dei pazienti e di avviare rapporti collaborativi fra l'Ospedale ed il territorio, è disponibile un telefono cellulare attivo h 24, che permette un dialogo diretto fra i medici del Pronto Soccorso e i Medici di Medicina Generale, quelli delle varie Strutture Residenziali e il personale sanitario delle residenze e del territorio	Disponibilità h24 alla consulenza con i sanitari operanti sul territorio e nella residenzialità	100%
M46	DAT	Qualità delle Cure .	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 31.12.2018	100%
M47	DAT diabetologia	Qualità delle Cure .	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). 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 ." 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 educativi 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	1a.Effettuazione di almeno 1 corso educativo di gruppo rivolto a persone prossime all'applicazione del microinfusore. 1b. Effettuazione di almeno 1 corso educativo di gruppo rivolto a persone 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.	100%
M48	S.S. Cure Ambulatoriali e Domiciliari Distretto 1	Qualità delle Cure .	Concorrere alla copertura vaccinale prevista dal PAL : indicatori 1.a, 1.b, 1.c e 2 e all'offerta delle nuove vaccinazioni obbligatorie da L.28.07.2017 Vicariare il personale del DIP e lo specialista igienista ambulatoriale (carente) per la copertura medica delle sedute vaccinali fascia 0-6 anni nelle sedi del Distretto n.1	Mantenimento delle sedute vaccinali fascia 0-6 anni in calendario nel Distretto n.1	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	% raggiungimento obiettivo
M49	S.C. Adulti e Anziani Distretto 1	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 2018 maggiore o uguale al 2017. Modalità di valutazione: G-WEB. Visite e controlli geriatrici registrati in S.S. Anziani e Residenze D1	100%
M50	SS Anziani e Residenze Distretto 2. SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari Distretto 2.	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 2 e autorizzate dalla Direzione Centrale Salute della Regione FVG. 2. Verifica degli ambulatori degli MMG delle MGI già autorizzate afferenti al Distretto 2, 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.	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.	100%
M51	Distretto 2 UCCP	Qualità delle Cure.	Riorganizzazione servizio cure palliative	Mantenimento attività	100%
M52	Distretto 2 RSA San Giusto.	Qualità delle cure.	assicurare i turni di presenza in RSA San Giusto durante i periodi di assenza e ferie dei medici della struttura. Maggior disponibilità oraria per assicurare la presenza medica presso la RSA San Giusto nei periodi di assenza e ferie dei medici della struttura	Assicurare i turni di presenza in RSA San Giusto durante i periodi di assenza e ferie dei medici della struttura. Assicurare la presenza di un Medico presso la RSA San Giusto per l'accogliimento dei nuovi arrivi e le dimissioni con turni di 4h presso la RSA San Giusto dal 01/01/2018 al 31/12/2018. Modalità di valutazione: SSD (timbratura con codice specifico)	100%
M53	Distretto 3 SS Centro Diabetologico	Tempi di attesa	Maggior disponibilità oraria per effettuazione di prime visite e controlli	Qualità delle cure. Garantire la presa in carico. Mantenimento/incremento qualitativo dell'attività erogata per visite e controlli dei Centri Diabetologici.	0%
M54	SC BADOF Distretto 3	Qualità delle Cure.	Garantire le azioni inerenti l'offerta vaccinale obbligatoria nella fascia di età fino a 6 anni in relazione al mutamento della normativa (locale, regionale e nazionale). L'applicazione della normativa nazionale sull'obbligo vaccinale ha determinato un aumento cospicuo delle attività dell'ambulatorio vaccinale della SCBADOF distretto 3 rispetto al 2017. Per mantenere la risposta all'utenza distrettuale in relazione agli adempimenti di legge (aumento del n. di sedute vaccinali, verifica dello stato vaccinale, recupero dei non in regola con la normativa) sono necessarie modifiche organizzative dell'ambulatorio vaccinale.	Garantire l'organizzazione per il mantenimento delle attività vaccinali d3 rivolte all'utenza fascia 0- 5 anni rispetto al 2017; mantenimento del coordinamento tra ambulatori vaccinali distrettuali e DIP per garantire modalità omogenee di erogazione. Report finale 31/12/2018	100%
M55	SC Tutela Salute Adulti e Anziani Distretto 3	Integrazione ospedale/territorio e sviluppo percorsi assistenziali	Pronta risposta per problematiche chirurgiche dei pazienti complessi seguiti presso il Centro Sanitario Distretto 3 che necessitino 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	100%
M56	SS Anziani e Residenze 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.	100%
M57	SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari Distretto 4	Qualità delle cure.	Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (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 e rivalutazione, ove indicato. Effettuazione di visite geriatriche domiciliari o residenziali richieste dall'Ufficio Invalidi Civili dell'ASUITS o dai Medici di Medicina Generale, su indicazione del responsabile della S.S. Anziani e Residenze del Distretto 4. Dal 1/1/2018 al 31.12.2018 effettuate 45 valutazioni Documentazione conservata presso la S.S. Cure Ambulatoriali e Domiciliari 4° Distretto ASUITS.	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	% raggiungimento obiettivo
M58	SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari SC Adulti Anziani Distretto 3	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	100%
M59	SO Dipartimento di Salute Mentale	Qualità delle cure	Miglioramento della qualità dell'intervento nelle situazioni critiche di accoglienza nel SPDC e/o nel CSM 24 ore.	n. persone prese in carico dall'equipe di crisi. Almeno 2 contatti con le persone così individuate da parte del personale coinvolto.	100%
M60	SO Dipartimento di Salute Mentale	Processi di riorganizzazione Qualità delle cure	a) Attività ambulatoriale distrettuale per persone con disturbo mentale 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 col CSM via mail da Distretto	100%
M61	SO Dipartimento di Salute Mentale	Processi di riorganizzazione	Incremento dell'attività di 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	100%
M62	SO Dipartimento delle Dipendenze	Aziendale	Garantire le prestazioni mediche previste nei percorsi accertativi di tipo medico-legale presso le due SC del Dipartimento (SCDSI e SCDSL). Responsabili: Roberta Balestra e Rosanna Ciarfeo Purich	Copertura del 100% dei turni medici nei due Poli Dipartimentali (SCDCSL: martedì e giovedì in orario 15.00-17.00, SCDSI: lunedì e giovedì in orario 16.00-19.00 Periodo 01/01/2018-31/12/2018	100%
M63	Centro malattie a trasmissione sessuale (CMST) SO Dipartimento delle Dipendenze	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) Responsabile: Colli	Assicurare la valutazione dermatologica in caso di sospetto di scabbia al 100% dei migranti inviati al CMST da parte del DIP , dei MMG e dei servizi deputati all'accoglienza dei migranti (ICS e Caritas) Modalità di valutazione: registrazione delle visite presso il centro di malattie a trasmissione sessuale periodo: 01/01/2017-31/12/2017	100%
M64	Sc Ricerca, Innovazione Clinico Assistenziale, Ricerca Qualità Accreditamento E Rischio Clinico	Aziendale	Individuare e concordare con la Segreteria Tecnico-Scientifica del CEUR, con sede presso il CRO di Aviano ed EGAS di Udine, l'intero percorso e le procedure aziendali relative alla fasi pre-autorizzative degli studi.	Pubblicazione su sito Intranet del documento "POLITICA: AMMISSIONE E PARTECIPAZIONE AI PROGRAMMI DI RICERCA CLINICA ed EPIDEMIOLOGICA" e relative procedure previste per l'accesso all'istruttoria pre-autorizzativa per parere CEUR	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	% raggiungimento obiettivo
S1	SC Direzione Infermieristica ed Ostetrica	Riorganizzazione delle attività assistenziali in attuazione alla LR n. 17 del 2014	gestione della dotazione del personale	Individuazione e descrizione dotazione organica e analisi tempi di assistenza per Struttura	100%
S2	SC Assistenza Farmaceutica - area ospedaliera	Processi di riorganizzazione Revisione dei processi e semplificazione	Ai fini della unificazione dei magazzini 12 e 30 di ASUITS con l'entrata in EGAS, si dispongono le seguenti attività: 1.costituzione di un PTA aziendale unico tra ospedale e strutture convenzionate con lista dei farmaci di riferimento per i richiedenti 2.elaborazione di una procedura standardizzata di richiesta per tutti i beni sanitari di consumo dell'azienda riguardante i prodotti a catalogo EGAS 3.ricognizione e determinazione dei punti di consegna per i Centri di Costo aziendali e loro aggregazione per giornata di consegna 4..elaborazione del fabbisogno settimanale di farmaci (basato sullo storico) per i Centri di Costo aziendali	1. Creazione di un file excel contenente la lista dei farmaci presenti nel PTA 2. Creazione di una procedura scritta 3. Creazione di un file excel 4.. Creazione delle liste contenenti il fabbisogno settimanale di farmaci divise per Centro di Costo Modalità di valutazione: Protocollo, intranet aziendale	100%
S3	SC Assistenza Farmaceutica - area territoriale		Accordo regionale RAR SPTA 2018 obiettivo strategico regionale prioritario lett. e Contenimento della spesa farmaceutica e gestione centralizzata del farmaco Evitare il ricorso alla distribuzione in convenzione e garantire l'erogazione diretta con minor impatto economico per il SSR.	Indicatori: 1. Nel 2018 il n° di principi attivi o il n° di pazienti o il n° delle confezioni/DDD erogate a favore dei pazienti in ADI e accolti presso le strutture residenziali e semiresidenziali, sono uguali o maggiori a quanto rilevato nel 2017. <i>Modalità di valutazione: Fonte dati BO, ASCOT e Protocollo</i>	100%
S4	SC Assistenza Farmaceutica - area ospedaliera	Contenimento della spesa farmaceutica e gestione centralizzata del farmaco. Processi di riorganizzazione	Verifica dell' appropriatezza delle richieste dei farmaci e controllo del loro impiego secondo indicazioni regolatorie, linee guida e raccomandazioni aziendali. Vagliare le richieste di farmaci ad utilizzo ospedaliero a carattere strettamente specialistico, riscontrandole alla luce della letteratura con metodologia EBM. Trasmissione della consulenza ai medici richiedenti ed alla DS per farmaci non compresi nel PTA e/o indicazioni off label. 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 Proseguire il percorso già avviato per uniformare le procedure esistenti in funzione aggregata, a cominciare dall' entrata in EGAS, 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	Indicatori letti e: 1. Elaborazione dei profili di appropriatezza prescrittiva dei farmaci, loro trasmissione ai richiedenti 2. Il 100% delle richieste che necessitano di valutazione finale ad opera della DS sono corredate di consulenza farmaceutica. 3. Calcolo e trasmissione del consumo di risorse farmaceutiche ai Centri di Responsabilità aziendale Modalità di valutazione: Fonte dati BO, ASCOT e Protocollo Indicatori letti a: 1.Viene elaborata e trasmessa alla Direzione una relazione sulla riorganizzazione degli incarichi (Struttura semplice/Incarichi professionali) nei tempi richiesti. 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 da individuarsi nella proposta di riorganizzazione del Servizio.	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	% raggiungimento obiettivo
S5	SSD Supporto Giuridico Amministrativo alle Attività del DAT	A seguito dell'adozione dell'Atto Aziendale dell'ASUI-TS, formalizzata con decreto n. 476 dd. 19/07/2017 e n. 843 dd. 06/12/2017 e del conferimento degli incarichi dirigenziali correlati al nuovo assetto organizzativo, si rende necessaria la ricognizione delle pratiche legali ed assicurative già aperte alla data del 31/01/2018 dall'allora S.C. Affari Giuridici e delle Attività di Supporto Direzionale ai fini della definizione e/o del passaggio di consegne alla neoattivata S.C. Affari Generali Legali ed Assicurazioni.	Obiettivo: ricognizione delle pratiche legali ed assicurative al fine del passaggio di competenze o della predisposizione degli atti di definizione a cura della SSD SGADAT. Azioni: 1) censire tutte le vertenze ed i sinistri attivi e passivi seguiti dalla SCAGASD; 2) individuare lo "stato/fase" della pratica legale/assicurativa al fine: a) di predisporre gli atti necessari per la definizione delle pratiche (fase/grado) a cura della SSD SGADAT b) o del passaggio di competenze alla SCAGLA se pratica (fase/grado) da istruire/gestire ex novo.	Elenco pratiche legali ed assicurative entro il 30/06/2018 Eventuali atti di gestione (note, provvedimenti, altro) circoscritti alla fase o al grado d'interesse (cfr. azioni sub nn. 1 e 2, lett. a) entro il 31/12/2018	100%
S7	SSD SERVIZIO INFERMIERISTICO D1 Distrettuale (in collaborazione con la direzione Infermieristica)	Integrazione ospedale territorio e sviluppo percorsi assistenziali	Promuovere la cultura dell'engagement del malato in integrazione tra Strutture Distrettuali, Strutture Ospedaliere di area Chirurgica e Cardiologica e l'Ambulatorio di stomaterapia	Realizzato 1 percorso formativo residenziale rivolto ai RID e ai Coordinatori (entro 30 settembre) Strutturato un progetto di sviluppo dell'engagement per ogni area individuata (entro 31 ottobre) Condivisione dei progetti con la Direzione infermieristica e con il personale dei Distretti e dei DAI coinvolto. Entro il 31/12 avviato almeno 1 progetto	100%
S8	SS Anziani e Residenze – Distretto Sanitario n. 1	Tempi d'attesa	Mantenimento /incremento quali-quantitativo dell'attività erogata nel 2017	Volume di prestazioni erogate dallo psicologo ricavate dal sistema informativo SIASA = /> al 2017	100%
S9	T.S. BADOFF D1	Organizzazione formazione piano regionale	Organizzare la formazione ESDM in ogni azienda (non IRCCS) della regione	numero moduli aziendali realizzati = 5	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	% raggiungimento obiettivo
S10	S.S. Consultorio Familiare Responsabile CF - D1 dr.ssa Kinou Wolf	QUALITA' DELLE CURE (allegato alla delibera 991/2016). PAL 2018, 3.2.1 Tutela della salute della donna.	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 - Ufficio Continuità- sul tema dell'individuazione della gravidanza a rischio di depressione post-partum seguite dal GAR e/o dai CCFF. 2.Al fine di individuare strumenti di screening del rischio di depressione post-partum, sperimentazione dell'utilizzo di un questionario standardizzato di screening 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).	1. 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 CCFF. 2. Valutazione del rischio di depressione post-partum attraverso la somministrazione a tutte le donne (100%) che afferiscono ai gruppi di Preparazione al Parto del CF del D1 (se consenzienti) dell' Edimburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)* in gravidanza (tra la 20 ^a e la 36 ^a settimana) e al primo accesso dopo il parto (sia che avvenga presso il Servizio che a domicilio). Indicatore: n. donne che afferiscono ai corsi di Preparazione al Parto nel 2018 e che accettano l'autosomministrazione del questionario = n. EPDS somministrati in gravidanza = n. EPDS somministrati al primo accesso in puerperio). *questionario autosomministrato composto da 10 item riconosciuto come strumento di screening a livello internazionale, tradotto in oltre 20 lingue e adatto all'utilizzo per popolazioni di origini diverse per la valutazione del rischio di depressione post-partum e disagio psichico grave, validato sia per la gravidanza che per il post-partum (versione Italiana EPDS di Cox e Holden, a cura di P. Grusso et al., 2008).	100%
S11	S.S. T.S. B.A. D1	riduzione tempi d'attesa	mantenere i minori in attesa del primo colloquio psicologico clinico entro il numero di utenti al 31.12.2017	numero minori in attesa al 31.12.18 <= 32	100%
S12	SSD SERVIZIO INFERMIERISTICO Distrettuale (in collaborazione con la Direzione Infermieristica e i Dirigenti Infermieristici Distrettuali) Distretto 2	Integrazione ospedale territorio e sviluppo percorsi assistenziali	Promuovere la cultura dell'engagement del malato in integrazione tra Strutture Distrettuali, Strutture Ospedaliere di area Chirurgica e Cardiologica e l'Ambulatorio di Stomatoterapia Responsabile attività: Direttore SC Direzione Infermieristica Valutatore di prima istanza: Direttore di Distretto	Realizzato 1 percorso formativo residenziale rivolto ai RID e ai Coordinatori (entro 30 settembre) Strutturato un progetto di sviluppo dell'engagement per ogni area individuata (entro 31 ottobre) Condivisione dei progetti con la Direzione infermieristica e con il personale dei Distretti e dei DAI coinvolto. Entro il 31/12 avviato almeno 1 progetto	100%
S13	SSD Riabilitazione Distretto 2	Tempi 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 2018 > o = a quelle erogate nel 2017. Modalità di valutazione: dati rilevati dal sistema informativo della specialistica ambulatoriale (G3).	100%
S14	SS Anziani e Residenze dott.ssa Filomena Vella D2	Tempi di attesa	Contenimento lista d'attesa N° prestazioni erogate nel corso del 2018 > o = a quelle erogate nel 2017 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 2018 > o = a quelle erogate nel 2017 Volume di prestazioni erogate dallo psicologo ricavato da Sistema Informativo SIASA N° prestazioni erogate nel corso del 2018 > a quelle erogate nel 2017	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	% raggiungimento obiettivo
S15	TSBA Distretto2	Tempi di attesa	Mantenimento/incremento quali-quantitativo dell'attività erogata nel 2017 per quanto riguarda le prime visite di valutazioni dei nuovi casi (colloquio psicologico clinico cod. 94:09) a) SS TSBA: dr.ssa Sabrina Ruberti dr.ssa Barbara Fazi dr.ssa Genoveffa Corvino, dr.ssa Maria Antonietta Rausa dr.ssa Laura Zancola (per un equivalente di metà delle ore) b) SS TSBA di lingua slovena: dr.ssa Antonella Celea	N° colloqui psicologici clinici (cod.94:09) 2018 > o = a no colloqui psicologici 2017 a) Colloqui psicologici clinici 2017 = n. 122 b) Colloqui psicologici clinici 2017 n.25* Modalità di valutazione: rilevazione dal sistema informativo della specialistica ambulatoriale (G3) delle prime visite (colloqui psicologici clinici)	100%
S16	SC Bambini Adolescenti Donne e Famiglie Distretto 2 S.S. Consultorio Familiare	Tempi di attesa	Mantenimento/incremento quali-quantitativo dell'attività erogata nel 2017 per quanto riguarda i primi colloqui psicologici dei nuovi casi (colloquio psicologico cod.4.1)	N° colloqui psicologici (cod.4.1) 2018 > o = a no primi colloqui psicologici 2017 Primi colloqui psicologici 2017 = n. 159 Modalità di valutazione: dati da Sistema informativo Gestione Consultori Familiari –codice 4.1	100%
S17	SSD SERVIZIO INFERMIERISTICO Distrettuale (in collaborazione con la direzione Infermieristica)	Integrazione ospedale territorio e sviluppo percorsi assistenziali	Promuovere la cultura dell'engagement del malato in integrazione tra Strutture Distrettuali, Strutture Ospedaliere di area Chirurgica e Cardiologica e l'Ambulatorio di stomaterapia	Realizzato 1 percorso formativo residenziale rivolto ai RID e ai Coordinatori (entro 30 settembre Strutturato un progetto di sviluppo dell'engagement per ogni area individuata (entro 31 ottobre) Condivisione dei progetti con la Direzione infermieristica e con il personale dei Distretti e dei DAI coinvolto. Entro il 31/12 avviato almeno 1 progetto	100%
S18	SCBADO distretto 3	Interventi socio-sanitari Qualità delle cure	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. Responsabile: Direttore della SC Valutatore di prima istanza Direttore Distretto	Almeno 60 interventi (colloqui, mediazione familiare, psicoterapia individuale, di coppia, familiare) Fonte Sistema Informativo Regionale Consultori Cartelle cliniche Report	100%
S19	SCBADO distretto 3	tempi di attesa	L'incremento costante delle richieste di intervento alla SSTSBA rendono particolarmente critiche e lunghe le liste d'attesa, e gli psicologi, impegnati su più fronti nel trattamento dei soggetti in età infantile ed adolescenziale, devono frequentemente far fronte a interventi prioritari, complessi ed urgenti. Un incremento delle attività in eccedenza oraria per far fronte alle richieste permetterebbe di ridurre la lista di attesa.	Mantenimento/incremento quali-quantitativo dell'attività erogata nel 2017 per quanto riguarda le prime visite di valutazione dei nuovi casi Responsabile attività Responsabile SC BADO Valutatore in prima istanza: Direttore di Distretto	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	% raggiungimento obiettivo
S20A	SSD SERVIZIO INFERMIERISTICO Distrettuale (in collaborazione con la direzione Infermieristica) Distretto 4	Integrazione ospedale territorio e sviluppo percorsi assistenziali	Promuovere la cultura dell'engagement del malato in integrazione tra Strutture Distrettuali, Strutture Ospedaliere di area Chirurgica e Cardiologica e l'Ambulatorio di stomaterapia	Realizzato 1 percorso formativo residenziale rivolto ai RID e ai Coordinatori (entro 30 settembre) Strutturato un progetto di sviluppo dell'engagement per ogni area individuata (entro 31 ottobre) Condivisione dei progetti con la Direzione infermieristica e con il personale dei Distretti e dei DAI coinvolto. Entro il 31/12 avviato almeno 1 progetto	100%
S20B	Distretto Sanitario N° 4 SSD Riabilitazione Adulto Cristiano Stea	Interventi socio-sanitari	In linea con il PAL 2018 sul tema della vigilanza e monitoraggio dei servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone con disabilità, si propone di rinforzare ulteriormente il controllo delle suddette, attraverso la revisione o mantenimento dei progetti individualizzati di 20 utenti con disabilità afferenti al Servizio che frequentano i centri semiresidenziali (centri diurni) o residenziali (comunità).	Indicatore: esecuzione del controllo delle attività attraverso: 1) Incontro con Responsabile del Centro o Comunità per discutere delle attività svolte dall'utente e fornire suggerimenti ed implementazioni se necessario; SI/NO data incontro + iniziali utente+ centro di riferimento 2) Convocazione dell'equipe multidisciplinare dell'handicap ogni utente per revisione o mantenimento del progetto individualizzato; SI/NO; Data equipe; con iniziali degli utenti e centro di riferimento (Centro Diurno o Comunità) 3) Revisione di almeno 20 progetti VALUTATORE DI PRIMA ISTANZA DIRETTORE DI DISTRETTO DOTT.SA FRAGIACOMO EMANUELA	100%
S21	SS Consultorio Familiare Distretto 4		Maggiore disponibilità oraria per effettuare prestazioni 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 2018 > o = a quelle erogate nel 2017 N. prestazioni erogate nell'anno 2017 = 255 Modalità di valutazione: Dati ricavati da Sistema Informativo per i consultori	100%
S22	SS Consultorio Familiare Distretto 4		Maggiore disponibilità oraria per effettuare prestazioni 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 2018 > o = a quelle erogate nel 2017 N. prestazioni erogate nell'anno 2017 = 607 Modalità di valutazione: Dati ricavati da Sistema Informativo per i consultori	100%
S23	SS Tutela Salute Bambini Adolescenti Distretto 4		Garantire una tempestiva presa in carico e trattamento dei minori affetti da autismo (età entro i 48 mesi) che afferiscono alla struttura. Nel 2017 9 bambini con diagnosi di autismo hanno iniziato trattamento di n. 3h sett.li ciascuno e lo protrarranno per 2 anni. Nel 2018 da gennaio sono già 3 i bambini di questo target che richiedono i necessari interventi. Se il trend seguirà quello del 2017 ci saranno quindi almeno altri 6 bambini che afferiranno cui sarà necessario garantire trattamento per n.3 ore ciascuno a settimana per 2 anni.	N° nuovi bambini (età = o inferiore ai 48 mesi) con diagnosi di autismo che afferiscono alla struttura = N° bambini presi in carico in trattamento.	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	% raggiungimento obiettivo
S24	SO DSM	a) Processi di riorganizzazione e) Qualità delle cure	a) Attività ambulatoriale distrettuale per persone con disturbo mentale 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 col CSM via mail da Distretto	100%
S25	SO DSM	a) Processi di riorganizzazione e) Qualità delle cure	Attuazione della nuova procedura per la gestione dei Budget di Salute Individuali (BIS), attraverso la riorganizzazione e il coinvolgimento del personale dei CSM per la revisione dei Progetti Terapeutici Riabilitativi Individuali (PTRI) con attivazione dei Case Manager	Revisione dei team di riferimento e Identificazione e attivazione dei Case Manager nei BIS	100%
S26	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 <i>Responsabili: Roberta Balestra</i>	Il 100% dei percorsi di tipo accertativo vengono assicurati nei tempi previsti e correttamente conclusi periodo: 01/01/2018-31/12/2018	100%
S27	DDD - SCDSI	Obiettivo regionale c) "qualità delle cure"	Assicurare la continuità assistenziale sviluppando ulteriormente la collaborazione con l'équipe della sanità penitenziaria e con la rete esterna dei servizi territoriali e dei servizi del Ministero di Giustizia. <i>Responsabile: Roberta Balestra</i>	Tutti gli 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: 01/01/2018-31/12/2018	100%
S28	DDD - SCDSL	Obiettivo regionale c) "qualità delle cure"	Assicurare il monitoraggio, la valutazione, gli interventi di informazione e formazione delle progettualità di rete previste nel Piano Operativo Regionale Gioco d'Azzardo Patologico per il biennio 2017-2018 <i>Responsabile: Rosanna Ciarfeo Purich</i>	<ul style="list-style-type: none"> Garantire la produzione della reportistica di monitoraggio e valutazione prevista dal Piano Operativo Regionale Gioco d'Azzardo Patologico per il biennio 2017-2018 Attivazione del 100% degli interventi di informazione e formazione previsti nel Piano Operativo periodo: 01/01/2018-31/12/2018	100%
S29	DAI MEDSER - SS.CC. Laboratorio, Microbiologia, Igiene	g) Percorsi hub & spoke	Obiettivo: mantenimento dei tempi di risposta delle prestazioni diagnostiche, in progressivo aumento a partire dal 7/2/2018, 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 31/12/2018. Risultato atteso: aumento quantitativo delle prestazioni e mantenimento dei tempi di risposta previsti.	100%
S30	DAI MEDSER - SC Laboratorio	g) Percorsi hub & spoke. l) Valorizzazione specifici ruoli e competenze	Obiettivo: creare la completa uniformità e sintonia bidirezionale tra i LIS e HIS di ASUITs e dell'AAS2. Attività: il personale coinvolto, selezionato per competenza specifica, in collaborazione con le SS.CC. di Informatica delle due aziende e INSIEL, interverrà sui sistemi in modo da renderli efficienti, efficaci e sicuri.	Indicatore: report delle non conformità informatiche segnalate e imputabili a difetti di allineamento dei sistemi, prossimo allo zero (31/12 /2018). Risultato atteso: piena operatività e disponibilità dei sistemi gestionali a supporto della diagnostica, per tutte le SS.CC. di AAS2 utenti dei servizi diagnostici di ASUITs.	100%
S31	DAI MEDSER - SC Laboratorio	h) Integrazione ospedale/territorio e sviluppo di percorsi assistenziali	Obiettivo: attivare in alcune case di riposo dell'area triestina, postazioni analitiche decentrate PoCT a disposizione dei clinici territoriali. Attività: l'attivazione avverrà mediante intervento del personale coinvolto che accompagnerà l'introduzione dei dispositivi attuando e applicando le linee guida previste dalle norme di sicurezza e dagli standard UNI EN ISO 15189 e 22870.	Indicatore: evidenza dell'attivazione delle postazioni PoCT e relazione sull'attività svolta per la messa a norme. Risultato atteso: miglioramento del percorso assistenziale e clinico dell'utenza oggetto dell'intervento, attraverso un approccio diagnostico veloce, semplificato ed efficace.	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	% raggiungimento obiettivo
S32	DAI MEDSER - SC Laboratorio	g) Percorsi hub & spoke. h) Integrazione ospedale/territorio e sviluppo di percorsi assistenziali	Obiettivo: Attivazione del Laboratorio Unico dell'area g-i con allestimento nel Laboratorio di Monfalcone di una stazione di preanalitica, definizione, collaudo, manutenzione del piano trasporti e allineamento e standardizzazione di tutto il processo preanalitico. Attività: affiancamento e formazione degli operatori CUP AAS2 all'uso degli schedoni di ASUITS e il personale infermieristico dei punti prelievo a seguito sulle modifiche nelle modalità di prelievo e gestione eccezioni e modalità di stampa dei referti	Indicatore: relazione del Direttore del DAI con evidenza della formazione attuata, il piano trasporti attivato e sulla postazione preanalitica. Risultato atteso: piena operatività dei processi e completa aderenza alle procedure integrate	100%
S33	Dipartimento di Medicina Trasfusionale	Qualità delle cure	Secondo i criteri stilati dell'OMS, la ricerca della mutazione 1849G>T nel gene Jak2 è una tappa obbligata nella caratterizzazione delle malattie mieloproliferative cromosoma Philadelphia negative. Scopo di questo progetto è la validazione di una metodica in real time PCR per la rilevazione della mutazione JAK2V617F nei pazienti con sospetto di neoplasia mieloproliferativa e la quantificazione della percentuale di cellule con la mutazione.	1) Introduzione in routine del test per la determinazione della mutazione JAK2. 2) Aggiornamento della Carta dei Servizi	100%
S34	DAI MEDSER - SSCC Laboratorio, Microbiologia	g) Percorsi hub & spoke. h) sviluppo di percorsi assistenziali	Obiettivo: avvio della nuova organizzazione per la gestione delle urgenze del Laboratorio Hub di Cattinara per allargare la continuità diagnostica delle attività di microbiologia nelle 24h. Attività: il personale coinvolto dovrà ampliare le proprie competenze mediante formazione di base per le attività analitiche di microbiologia.	Indicatore: avvio della nuova organizzazione entro il 31/12/2018. Risultato atteso: si ritiene che il miglioramento nella diagnostica delle infezioni favorito dall'attuazione del progetto, anche mediante una diagnosi precoce, possa portare a migliori performance diagnostiche, ottimizzando le terapie e riducendo le giornate di degenza.	100%
S35	- Direzione Servizi Sociosanitari; - S.S.D. Convenzioni, Rapporti con il Terzo Settore, Acquisizione e Valorizzazione Immobiliare SCAGLA	Processi di riorganizzazione	Razionalizzazione delle procedure Analisi e progettazione del sistema di convenzioni di ASUITS	Definizione delle procedure per la gestione delle convenzioni	100%
S36	Direzione dei Servizi Sociosanitari	c)Interventi sociosanitari	Consolidamento delle sperimentazioni di "domiciliarità innovativa" di cui alla DGR 671/2015 e DGR 2089/2017 attivate nel proprio territorio aziendale : monitoraggio e verifica dei progetti attivati negli accordi di partenariato con UTI Giuliana.	1. Criteri e strumenti per il monitoraggio dei progetti attivati individuati congiuntamente tra ASUITS e UTI 2. 80% dei progetti individuati valutati 31.12.2018	100%
S37	SC Informatica e Telecomunicazioni	Hub & Spoke	Progettazione delle reti fisiche per il cablaggio delle sedi di via Farneto, Cattinara, Maggiore e San Giovanni e del sistema wireless	Presentazione progetto completo	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	% raggiungimento obiettivo
S38	S.C. Approvvigionamenti e Gestione Servizi	Processi di riorganizzazione	<p>Logistica di Magazzino: attuazione di attività amministrative, logistiche e operative propedeutiche e complementari all'inserimento dell'Area Triestina nel Magazzino Centralizzato EGAS</p> <p>- Ulteriore adeguamento di funzioni e processi nella SCAGS in relazione alla costituzione della ASUI</p> <p>- Definizione comune di standard e procedure operative per l'intera Struttura</p> <p>- nuovi assetti logistici e ricollocazioni nei presidi aziendali: l'avvio del cantiere presso l'Ospedale di Cattinara 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</p>	<p>Definizione delle corrispondenze delle anagrafiche ASUITS ed EGAS per i beni di competenza della SCAGS, ai fini del precario a sistema da parte di INSIEL nell'applicativo MAGREP; condivisione con INSIEL</p> <p>- Definizione dei subcentri e delle rispettive sedi di consegna, ai fini della progressiva attivazione dei nuovi flussi dal Magazzino EGAS</p> <p>- Mappatura delle consegne preesistenti - Confronto e sintesi delle modalità praticate per i diversi magazzini aziendali (Farmaci, Scorte Varie) -- Condivisione con EGAS</p> <p>- In relazione all'attuazione, nelle tempistiche definite da ASUITS con EGAS e INSIEL, della progressiva entrata dell'Azienda nel magazzino centralizzato, partecipazione alle fasi di formazione; collaborazione all'attività formativa e informativa del personale aziendale; attivazione delle nuove funzioni di approvazione e validazione per gli ordini a magazzino Egas; ridefinizione delle funzioni logistiche e di supporto</p> <p>- 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, in ciascuna fase del processo di entrata nel sistema della logistica di magazzino centralizzata, realizzando le opportune configurazioni transitorie</p>	100%
S39	S.C. Manutenzione e Sviluppo Patrimonio	Processi di riorganizzazione	<p>Documento di programmazione per l'applicazione del modello LEAN nella gestione dell'ufficio tecnico.</p> <p>Redazione di strumenti operativi utili alla gestione dell'ufficio</p>	<p>Consegna delle schede relative ad almeno 4 tipologie di processo da trasmettere al Direttore di SC Staff, innovazione, sviluppo organizzativo e formazione entro il 31.12.2018</p>	100%
S40	S.C. Ingegneria Clinica	Qualità delle cure	<p>modifica dei protocolli di verifica di sicurezza delle apparecchiature biomediche secondo le CEI EN 60601-1 per l'allineamento alle attuali norme CEI EN 62353; aggiornamento del software di archiviazione e report per i reparti; interfacciamento con i nuovi tester di sicurezza; applicazione del nuovo protocollo alle verifiche periodiche e post riparazione.</p>	<p>nuovo protocollo realizzato/aggiornamento software dedicato/nuovo report di verifica/utilizzo da parte di tutto il personale della struttura entro l'anno</p>	100%
S41	S.C. Economico Finanziaria (SCEF)	Processi di riorganizzazione	<p>Obiettivo: Reingegnerizzazione del ciclo passivo (relativamente alle tipologie di beni gestite tramite il Magazzino unico centralizzato)</p> <p>Attività: analisi e redistribuzione delle attività tra gli operatori della SC</p>	<p>Indicatore: Relazione sulla riorganizzazione interna della SC in conseguenza dell'ingresso di ASUI nella gestione del Magazzino unico centralizzato</p> <p>Risultato atteso: invio della Relazione al 31.12.2018</p> <p>Reportistica periodica in collaborazione con Controllo di Gestione</p>	100%
S42	SC Gestione del Personale	Processi di riorganizzazione	<p>Linee gestione 3.3.1. Riorganizzazione assistenza primaria in coerenza con le disposizioni regionali</p> <p>Riorganizzazione funzione Corsi di Laurea Responsabile del progetto: Cristina Turco valutatore I istanza: Direttore Amministrativo</p>	<p>1) disposizioni organizzative interne almeno n. 2 incontri con RAFF (sintesi incontri)</p> <p>2) attivazione sistema automatico certificato di liquidazione (attivazione SSD)</p>	100%

CODICE OBIETTIVO	STRUTTURA	Linea Strategica Regionale	OBIETTIVO / ATTIVITA'	INDICATORE / RISULTATO ATTESO	% raggiungimento obiettivo
S43	Applicazione Atto Aziendale A.S.U.I.TS con la definizione formale dell'organigramma	Processi di riorganizzazione	Definizione dell'assetto degli incarichi non formalizzati nell'Atto Aziendale Gestione procedura per la copertura degli incarichi di Struttura Semplice	100% delle procedure effettuate	100%
S44	Struttura semplice Relazioni Sindacali SC Gestione del Personale	Processi di riorganizzazione	Applicazione del CCNL del personale del comparto sottoscritto il 21/05/2018, per le parti di competenza: 1. costituzione della delegazione di parte datoriale entro il termine previsto dal CCNL; 2. Illustrazione dei contenuti del CCNL, con particolare riferimento alle Relazioni Sindacali, agli incarichi ed alla gestione dei fondi alla Dir. Strat. ed al Collegio Sindacale; 3. contratto integrativo aziendale: attivazione dei tavoli di lavoro; definizione degli argomenti da trattare; definizione del cronoprogramma; 4. fondi contrattuali: Definizione dei nuovi fondi contrattuali e del relativo impianto di gestione delle risorse; 5. valutazione delle relazioni sindacali da attivare sui regolamenti esistenti e oggetto di modifica per effetto delle nuove disposizioni responsabile: dott.ssa Fabiana BEARZI valutatore di I^ istanza: dott. ssa Cristina TURCO- Responsabile SC	Target: 1. Presentazione tramite mail alla DA della proposta di decreto; 2. Elaborazione delle slides di illustrazione ed inoltro alla DA tramite mail e svolgimento degli incontri; 3. presentazione al resp. GP/DA del cronoprogramma (tramite mail entro il 30/09/2018) 4. Elaborazione e presentazione della proposta di decreto di quantificazione dei fondi e delle tabelle di impiego delle risorse 2018 (entro il 30/11/18) 5. presentazione di un documento di sintesi al resp. GP/DA (tramite mail entro il 31/12/2018)	100%
S45	SC Gestione del Personale	Processi di riorganizzazione	Progressioni Economiche Orizzontali 2018 Prioritariamente sottoscrivere il CCIA relativo alle PEO, che riporti le modalità di conteggio e di redazione della graduatoria per le due ex aziende; predisposizione degli elenchi degli aventi diritto; verifica dei punteggi di carriera e valutazioni; predisposizione delle graduatorie e loro approvazione; Liquidazione	Produzione graduatorie PEO distinte per ex AOUTs ed ex AAS ; Liquidazione PEO 2018 entro mensilità di dicembre 2018;	100%
S46	SC Affari Generali Legali e Assicurativi	integrazione ospedale /territorio	Attività prevista nel Mef ed iniziata già nel corso del 2017 con l'apertura di 1.200 posizioni. In considerazione dell'elevato numero di posizioni 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 2013 e 2014, verificando e aprendo ulteriori n. 1.600 posizioni.	apertura n. 1.600 posizioni dal portale Sistema Trieste . Evidenza dell'apertura delle posizioni e predisposizione di un report finale	100%
S47	S.C. Controllo di Gestione	Processi di riorganizzazione	Piano Centri di Costo	Revisione del piano dei Centri di Costo e armonizzazione con le altre procedure aziendali. Reportistica periodica ai Centri di Costo almeno bimensile	100%