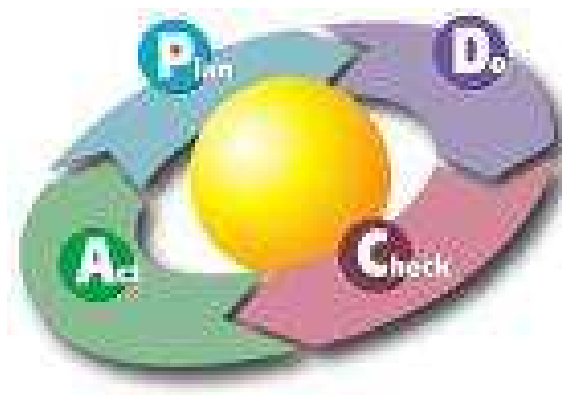




# Esercizio 2017



## Relazione sulle performance

# Relazione sulle performance esercizio 2017

1	<u>Premessa</u> .....	3
2	<u>L'ASUITS: caratteristiche dimensionali e contesto di riferimento</u> .....	5
2.1	<u>Il contesto normativo di riferimento</u> .....	5
2.2	<u>Il contesto demografico</u> .....	8
2.3	<u>L'organizzazione aziendale</u> .....	12
2.4	<u>Il personale aziendale e la sua formazione</u> .....	15
3	<u>La performance aziendale nel 2017</u> .....	20
4	<u>La performance economica. I vincoli operativi</u> .....	172
5	<u>La performance dei Centri di responsabilità</u> .....	178
5.1	<u>Obiettivi gestionali correlati con fondi di risultato e produttività collettiva</u> .....	178
5.2	<u>Obiettivi gestionali correlati alle Risorse Aggiuntive Regionali</u> .....	186
6	<u>La performance individuale</u> .....	251
6.1	<u>Sintesi dei risultati per l'area del Comparto (area ex AOUTs)</u> .....	252
6.2	<u>Sintesi dei risultati per l'area del Comparto (area ex AAS 1)</u> .....	259
6.3	<u>Analisi dei risultati per il personale Dirigente (area ex AOUTs</u> .....	264
6.4	<u>Analisi dei risultati per il personale Dirigente (area ex AAS 1)</u> .....	267
7	<u>Il ciclo delle performance ed i piani triennali per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza</u> .....	276
8	<u>Il processo di redazione della relazione sulla performance</u> .....	279

# 1 Premessa

Il presente documento che conclude formalmente il ciclo di gestione 2017 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 Decreto Legislativo n. 150/2009 con le nuove indicazioni che derivano dal Decreto Legislativo 74/2017 il quale, in particolare, all'art. 10 indica che la Relazione annuale sulla Performance è approvata dall'organismo di indirizzo politico-amministrativo;
2. dalle linee guida fornite dall'allora CIVIT con delibera n. 5/2012.

La Relazione fornisce il quadro dei risultati raggiunti nel 2017 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 e rappresenta lo strumento mediante il quale le amministrazioni pubbliche illustrano ai cittadini e a tutti gli altri stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente, concludendo in tal modo il ciclo di gestione della performance.

Inoltre, costituisce un momento di analisi e di riflessione sull'operato aziendale e vuole rappresentare un'occasione per rileggere i risultati effettivi e concreti in una logica di miglioramento e di innovazione.

L'anno 2017 è stato il primo esercizio completo dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste, nata dalla fusione per incorporazione dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste nell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 Triestina. L'obiettivo complessivo è stato quindi da un lato pensare un'organizzazione aziendale generale che, mantenendo le specifiche competenze, portasse ad una integrazione delle attività costruendo momenti unificati della gestione tecnico amministrativa e dall'altro realizzare un sistema integrato di salute Ospedale - Territorio capace di armonizzare l'esperienza dei vari settori sanitari delle due Aziende di provenienza facendo nascere nel contempo sinergie operative e di programmazione.

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 2017 adottato con decreto n. 376 dd. 16/5/2018 (“Approvazione definitiva del Bilancio di esercizio e del rendiconto finanziario 2017”) del Direttore Generale dell’ASUITS, mentre le parti relative alle performance delle articolazioni organizzative ed individuali rappresentano la sintesi degli esiti delle valutazioni effettuate dalla Direzione strategica e validate dall’Organismo Indipendente di Valutazione delle prestazioni.

## **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 n. 412 dd. 8/6/2018 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 percorso di programmazione e controllo per l’anno 2017.

### **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 breve - medio termine derivanti dalla mission aziendale. L’ASUITS, in quanto Ente di diritto pubblico ancorché dotato di autonomia imprenditoriale, svolge la propria mission nell’ambito del più ampio Sistema Sanitario 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 (in primis i Comuni, ovvero forme di aggregazione degli stessi come le Unioni Territoriali Intercomunali o il Consiglio delle Autonomie Locali) e dell’utenza per la definizione quali-quantitativa delle esigenze da soddisfare.

Il quadro di riferimento regionale dal 2015 è stato profondamente modificato con la 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, un’Azienda Ospedaliera, due Aziende Ospedaliero Universitarie e due

IRCCS, si passa, a far data dal 01/05/2016, ad un assetto comprendente tre Aziende per l'Assistenza Sanitaria, due Aziende Sanitarie Universitarie Integrate, due IRCCS e, infine, un Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi (EGAS).

Per quanto attiene la Programmazione Regionale 2017, si ritiene utile riportare di seguito gli atti che hanno informato i provvedimenti aziendali in materia:

- DGR n. 2275 dd. 24.11.2016 Lr 49/1996, art 12 - Linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2017. Approvazione preliminare.
- DGR n. 2550 dd. 23.12.2016 Lr 49/1996, art 12 - Linee annuali per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2017: approvazione definitiva.
- DGR n. 774 dd. 28.4.2017: Patto 2017 tra regione e direttori generali degli enti del servizio sanitario regionale.
- DGR n. 371 dd. 3.3.2017: Lr 49/1996, art 16 e art 20. Programmazione annuale 2017 del servizio sanitario regionale - investimenti per l'anno 2017.
- DGR n. 736 dd. 21.4.2017: Lr 49/1996, art 16 e art 20 - Programmazione annuale 2017 del servizio sanitario regionale.
- DGR n. 1001 dd. 1.6.2017: Dgr 736/2017: Lr 49/1996, art 16 e art 20 - Programmazione annuale 2017 del servizio sanitario regionale - modifiche.
- DGR n. 1344 dd. 17.7.2017: Dgr 736/2017: Lr 49/1996, art 16 e art 20 - Programmazione annuale 2017 del servizio sanitario regionale - modifiche e sostituzione allegato 3.
- DGR n. 1820 del 29.9.2017: LR 49/1996, art. 16 e art. 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2017/2019.
- DGR n. 2107 del 26.10.2017: LR 49/1996, art. 16 e art. 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2017/2019 - riforma della DGR 1820/2017.
- DGR n. 2201 del 17.11.2017: LR 49/1996, art. 16 e art. 20. Programmazione degli investimenti per gli anni 2017/2019 e riforma della DGR 349/2016.
- DGR n. 2336 dd. 22.11.017: Dgr 736/2017 e successive modifiche e integrazioni: Lr 49/1996, art 16 e art 20 - Programmazione annuale 2017 del servizio sanitario regionale - modifiche ed integrazioni.

- DGR n. 1571 dd. 22.8.2017: Lr 26/2015, art 44. Gestione del servizio sanitario regionale: I rendiconto quadrimestrale 2017 di valutazione economica, finanziaria e gestionale.
- DGR n. 261 del 9.2.2018: Lr 26/2015, art 44 - Gestione del servizio sanitario regionale: approvazione del II rendiconto quadrimestrale 2017 di valutazione economica, finanziaria e gestionale e di modifiche ed integrazioni al consolidato preventivo 2017 (DGR 736/2017) e al consolidato consuntivo 2016 (DGR 1973/2017)

Il ciclo regionale si è poi concluso con l'adozione della DGR n. 1829 del 5.10.2018 di consolidamento degli atti relativi al controllo annuale dell'esercizio 2017 del servizio sanitario regionale.

## 2.2 Il contesto demografico

L'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste opera su un territorio di 211,82 kmq coincidente con la provincia di Trieste, con una popolazione complessiva di 234.746 abitanti (fonte SISSR), distribuiti in 6 comuni (Duino Aurisina, Monrupino, Muggia, San Dorligo della Valle, Sgonico, Trieste), suddivisi in 4 distretti.

### Distribuzione della popolazione per fasce di età:

#### ASUITS

Popolazione al 1/1/2017	Femmine		Maschi		TOTALE	
	valore	%	valore	%	valore	%
<b>Classi di età</b>						
<b>0-14</b>	12.646	10,31	13.547	12,09	26.193	11,16
<b>15-64</b>	70.464	57,44	70.924	63,28	141.388	60,23
<b>65-74</b>	16.707	13,62	13.967	12,46	30.674	13,07
<b>ultra75</b>	22.854	18,63	13.637	12,17	36.491	<b>15,54</b>
<b>Totale</b>	122.671	100	112.075	100	234.746	100

#### FVG

Popolazione al 1/1/2017	Femmine		Maschi		TOTALE	
	valore	%	valore	%	valore	%
<b>Classi di età</b>						
<b>0-14</b>	74.617	11,83	79.326	13,49	153.943	12,63
<b>15-64</b>	385.434	61,09	387.124	65,83	772.558	63,38
<b>65-74</b>	79.078	12,53	70.478	11,99	149.556	12,27
<b>ultra75</b>	91.831	14,56	51.097	8,69	142.928	<b>11,72</b>
<b>Totale</b>	630.960	100	588.025	100	1.218.985	100

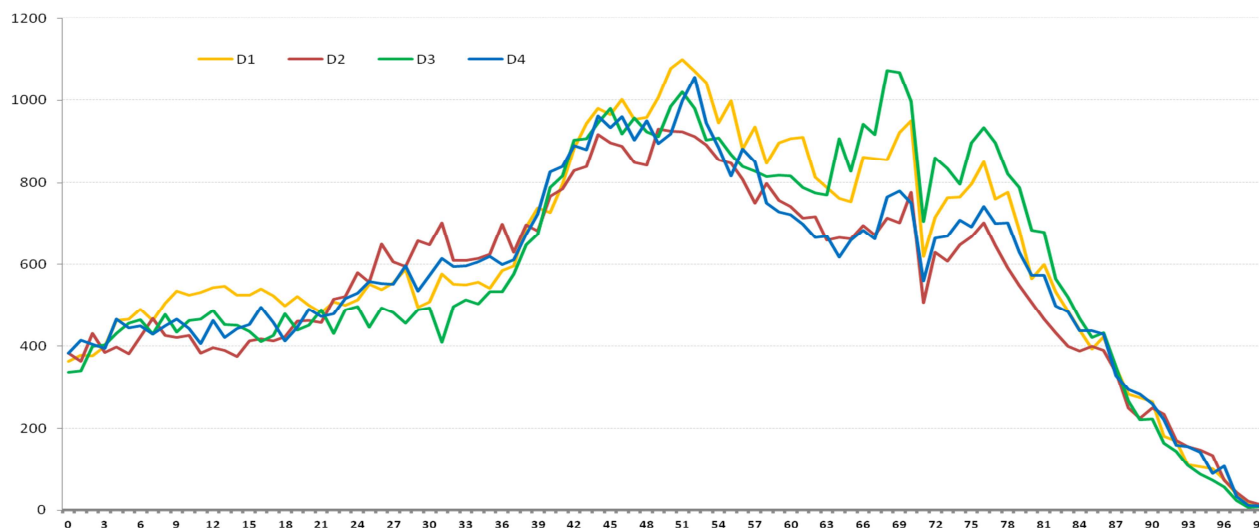
### Distribuzione per fasce di popolazione per Distretto:

Classi di età	Distretto 1						Distretto 2					
	Femmine		Maschi		TOTALE		Femmine		Maschi		TOTALE	
	val ore	%	val ore	%	val ore	%	valo re	%	val ore	%	valo re	%
0-14	3.461	10,86	3.649	12,35	7.110	11,58	2.880	9,99	3.162	11,79	6.042	10,86
15-64	18.467	57,92	18.475	62,54	36.942	60,14	16.957	58,84	17.801	66,39	34.758	62,48



	Distretto 1						Distretto 2					
65-74	4.269	13,39	3.799	12,86	8.068	13,14	3.691	12,81	2.924	10,91	6.615	11,89
ultra75	5.685	17,83	3.617	12,24	9.302	15,14	5.290	18,36	2.924	10,91	8.214	14,77
Totale	31.882	100	29.540	100	61.422	100	28.818	100	26.811	100	55.629	100

	Distretto 3						Distretto 4					
	Femmine		Maschi		TOTALE		Femmine		Maschi		TOTALE	
Classi di età	val ore	%	val ore	%	val ore	%	val ore	%	val ore	%	val ore	%
0-14	3.150	10,1	3.336	11,68	6.486	10,86	3.114	10,22	3.357	12,46	6.471	11,27
15-64	17.181	55,11	17.201	60,2	34.382	57,54	17.693	58,07	17.329	64,31	35.022	61
65-74	4.868	15,61	4.156	14,55	9.024	15,1	3.845	12,62	3.060	11,36	6.905	12,03
ultra75	5.977	19,17	3.880	13,58	9.857	16,5	5.817	19,09	3.200	11,88	9.017	15,7
Totale	31.176	100	28.573	100	59.749	100	30.469	100	26.946	100	57.415	100



### Il quadro demografico della popolazione residente ASUITs

(popolazione riferita al 1/1/2017 - anagrafe comunale, fonte SISSR).

Nella tabella e nei grafici che seguono si esprime in sintesi il confronto demografico tra ASUITs, Distretti e regione FVG sui principali indicatori. **Si segnala come ASUITs presenti un indice di vecchiaia che supera di quasi 50 punti il dato regionale.** Ciò a

fronte di una popolazione ultra 65enne che ha superato da tempo la soglia del 28% del totale della popolazione residente (+4,61% rispetto al valore del FVG) che supera il 31% nel Distretto 3, e quella ultra settantacinquenne che supera di mezzo punto il 15% (+3,82% rispetto al dato FVG).

In generale da tutti i confronti il quadro demografico di ASUITS è pesantemente più sfavorevole rispetto al contesto regionale.

INDICATORI	DISTRETTO 1	DISTRETTO 2	DISTRETTO 3	DISTRETTO 4	ASUITS	FVG
Ind. dip. giovanile (%)	19,25	17,38	18,86	18,48	<b>18,53</b>	<b>19,89</b>
Ind. dip. senile (%)	47,02	42,66	54,92	45,46	<b>47,5</b>	<b>41,56</b>
Ind. popol. attiva (%)	168,9	144,14	179,71	154,48	<b>161,43</b>	<b>155,09</b>
Indice di carico (%)	22,37	22,77	23,02	22,82	<b>22,82</b>	<b>23,8</b>
Indice di dipendenza (%)	66,27	60,05	73,78	63,94	<b>66,03</b>	<b>61,45</b>
Indice di fecondità (%)	4,11	4,44	4,06	4,23	<b>4,28</b>	<b>4,43</b>
Indice di vecchiaia (%)	244,3	245,43	291,1	246,05	<b>256,42</b>	<b>208,88</b>
Indice sostituzione (%)	160,25	164,66	185,3	149,16	<b>164,48</b>	<b>149,82</b>

Questi elementi risultano fondamentali per una corretta interpretazione dei risultati della performance aziendale per l'esercizio 2017.

La popolazione esente da ticket nell'esercizio 2017 è pari a **101.164** unità (52.458 per motivi di reddito, 78.304 per altri motivi). Nella tabella che segue in sintesi e per tipologia il quadro delle esenzioni al 1/1/2015 al 1/1/2016 e al 1/1/2017 che non dimostra significative variazioni.

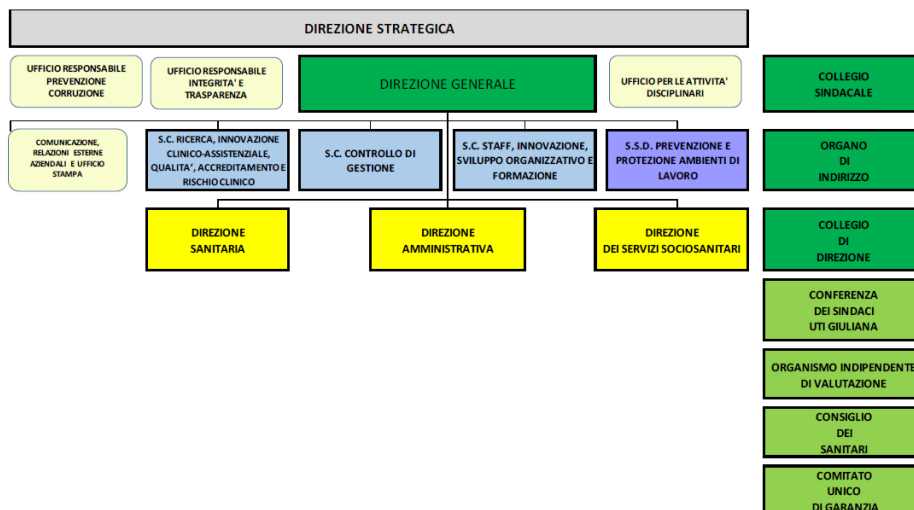
	1/1/2015		1/1/2016		1/1/2017	
	Esenti	Esenzioni	Esenti	Esenzioni	Esenti	Esenzioni
<b>Gravidanza</b>	930	970	898	950	854	905
<b>AFIR</b>	66	66	67	67	71	71
<b>Invalità</b>	18.345	19.193	18.305	19.153	18.352	19.246
<b>Malattie rare</b>	2.379	2.431	2.544	2.598	2.746	2.807
<b>Patologia</b>	65.023	94.539	65.829	96.062	66.472	97.401

	1/1/2015		1/1/2016		1/1/2017	
	Esentì	Esenzioni	Esentì	Esenzioni	Esentì	Esenzioni
<b>ISEE contrib. Reg.</b>	-	-	1.733	1.733	2.194	2.195
Reddito	<b>53.213</b>	<b>54.919</b>	<b>54.455</b>	<b>56.108</b>	<b>52.458</b>	<b>54.250</b>
Non Reddito	<b>74.959</b>	<b>117.199</b>	<b>77.089</b>	<b>120.563</b>	<b>78.304</b>	<b>123.090</b>
TOTALE	<b>98.720</b>	<b>173.681</b>	<b>100.403</b>	<b>176.481</b>	<b>101.164</b>	<b>177.340</b>

## 2.3 L'organizzazione aziendale

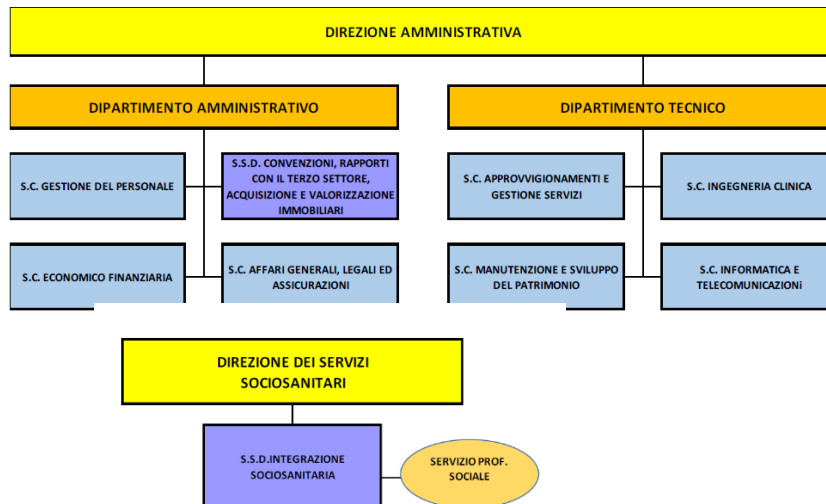
L'anno 2017 ha visto l'approvazione dell'Atto Aziendale di ASUITS adottato con decreto n. 843 dd. 6/12/2017. Esso formalmente esprime la riorganizzazione delle due Aziende pre - esistenti. E' stato quindi dato corso alle indicazioni regionali costruendo l'architettura gestionale, sia sanitaria che amministrativa, e di governo della nuova Azienda.

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.

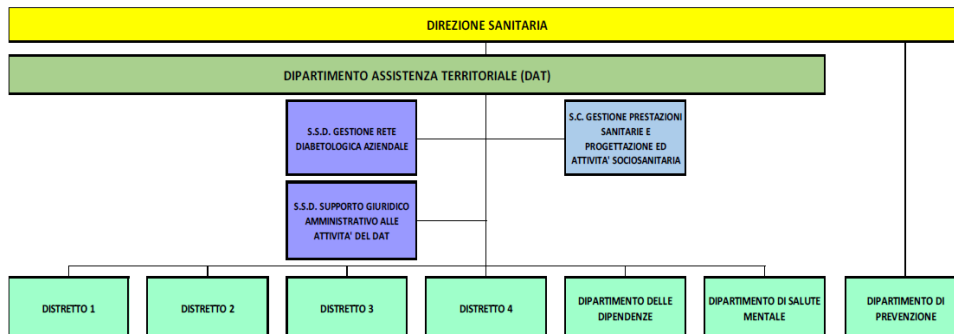


A loro volta la Direzione Sanitaria, la Direzione dei Servizi Sociosanitari nonché quella Amministrativa presentano una loro organizzazione di staff e di line, in maniera da completare il meccanismo direzionale di ASUITS.

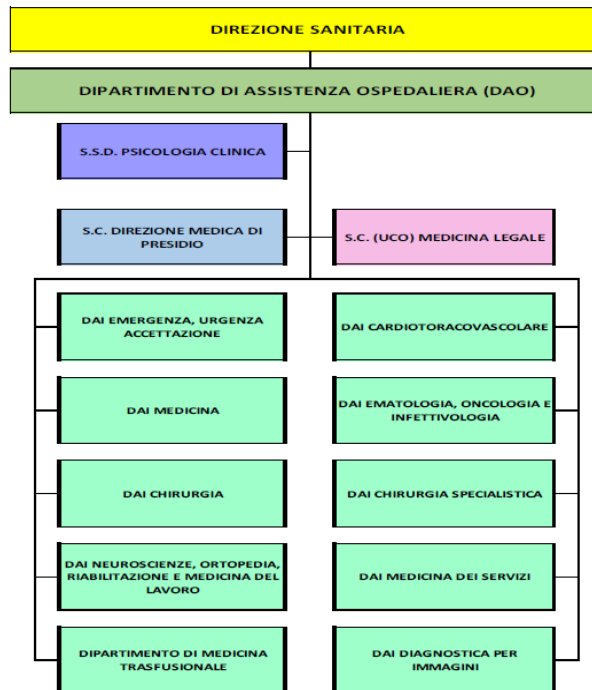




L'Area dei servizi sanitari territoriali è organizzata nel Dipartimento di Assistenza Territoriale cui fanno riferimento, oltre che le articolazioni di staff, anche i 4 Distretti, il Dipartimento delle Dipendenze, il Dipartimento di Salute Mentale e la Struttura di rete di diabetologia. Il Dipartimento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



## 2.4 Il personale dipendente e la sua formazione

Il personale dipendente è una risorsa essenziale per il funzionamento dell'Azienda e rappresenta la componente fondamentale per poter raggiungere lo scopo principale, quello di tutelare la salute dei cittadini. E' suddiviso in quattro ruoli: sanitario, professionale, tecnico e amministrativo.

Si riporta di seguito la tabella con il personale in servizio (\*) al 31/12 per gli anni 2015, 2016 e 2017, quindi negli anni precedente alla fusione, della fusione e del primo anno completo successivo ad essa:

	anno 2015	anno 2016	anno 2017
<b>RUOLO SANITARIO</b>			
Dirigenza			
- Medico - veterinaria	562	574	523
- Sanitaria	87	92	79
Comparto	2164	2244	2193
<b>RUOLO PROFESSIONALE</b>			
Dirigenza	8	12	13
Comparto			
<b>RUOLO TECNICO</b>			
Dirigenza	3	3	0
Comparto	940	956	990
<b>RUOLO AMMINISTRATIVO</b>			
Dirigenza	17	17	16
Comparto	367	373	358
<b>TOTALE</b>	<b>4148</b>	<b>4271</b>	<b>4172</b>

(\*) Personale a tempo indeterminato di cui alla tab. 1 del conto annuale allegata al bilancio

La programmazione formativa 2017 ha tenuto conto dei fabbisogni rilevati dalla Direzione Strategica e il Comitato Scientifico del Provider, le innovazioni tecnologiche e scientifiche, l'attuazione di specifiche disposizioni normative, nonché le esigenze di formazione continua di tutto il personale.

Gli obiettivi formativi per l'anno 2017 sono stati coerenti con gli obiettivi ECM Nazionali declinati nell'ultimo Accordo Stato/Regioni dell'aprile 2012 e con quelli Strategici aziendali definiti dalle Direzione strategica e recepiti dal Comitato Scientifico dei Provider Asuits.

Il piano formativo aziendale è stato elaborato tenendo conto dei seguenti elementi:

- sostenere le azioni che implicano innovazione e cambiamento organizzativo
- valorizzare strategie e metodologie formative di dimostrata efficacia
- sostenere la crescita del sistema formazione inter aziendale favorendo le occasioni di scambio di esperienze e confronto tra i professionisti, al fine di rendere omogenei comportamenti, procedure e percorsi assistenziali allineandoli verso le eccellenze.

I percorsi formativi previsti avevano l'obiettivo di modificare i comportamenti professionali, sulla base dell'analisi delle prove di efficacia ed in linea con quanto suggerito dalla letteratura più recente. Gli obiettivi specifici rappresentavano invece, il quadro di riferimento entro cui sviluppare azioni a livello aziendale per il miglioramento continuo della qualità nelle sue dimensioni tecniche, gestionali e relazionali, in funzione dei cambiamenti sistemici in atto.

Gli elementi costitutivi del Piano formativo 2017 sono stati definiti dalla Direzione Centrale Salute, Integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia e condivisi con tutti i Responsabili dei Servizi Formazione delle Aziende del SSR FVG.

I dati sotto riportati si riferiscono alle attività formative in sede del 2017 organizzate dal Provider ECM FVG ASUITS.

***Erogazione eventi formativi***

	<b>Eventi ECM</b>	<b>Eventi NON ECM</b>	<b>totale</b>
<b>Formazione residenziale (FR)</b>	<b>126</b>	<b>30</b>	<b>156</b>
<b>Formazione sul campo (FSC)</b>	<b>146</b>	<b>6</b>	<b>152</b>
<b>Formazione a distanza (FAD)</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>1</b>
<b>totale</b>	<b>273</b>	<b>36</b>	<b>309</b>



Dai dati rappresentati nella tabella sopra si evince che il numero di iniziative residenziali e di formazione sul campo complessive ammonta a 309, delle quali il 49,20 % è costituito dalla formazione sul campo.

***Dati analitici delle attività formative***

<b>EVENTI RESIDENZIALI</b>	<b>156</b>
<b>EVENTI DI FORMAZIONE SUL CAMPO</b>	<b>152</b>
<b>EVENTI DI FORMAZIONE A DISTANZA</b>	<b>1</b>
<b>TOTALE EVENTI</b>	<b>309</b>
<b>EDIZIONI</b>	<b>742</b>
<b>NUMERO COMPLESSIVO ORE FORMAZIONE</b>	<b>8197</b>
<b>PARTECIPANTI DIPENDENTI</b>	<b>9120</b>
<b>PARTECIPANTI ESTERNI</b>	<b>4338</b>
<b>CREDITI A DIPENDENTI</b>	<b>100164</b>
<b>CREDITI AD ESTERNI</b>	<b>23426</b>
<b>COORDINATORI CORSI</b>	<b>309</b>
<b>DOCENTI/TUTOR DIPENDENTI</b>	<b>976</b>
<b>DOCENTI/TUTOR ESTERNI DEL SSN</b>	<b>246</b>

La netta prevalenza di risorse interne impiegate nell'attività di docenza, rispetto alle risorse esterne, da un lato consente all'Azienda di risultare allineata ai principi della Legge 24 dicembre 2007 n. 244 (che dispone di privilegiare l'utilizzo di risorse interne nella formazione esercitata nell'ambito della funzione pubblica), dall'altro trova corrispondenza nell'elevato numero di iniziative di formazione sul campo che viene svolta nell'ambiente di lavoro, durante l'attività professionale.

***Ripartizione degli accessi dei partecipanti ASUITS per aree e qualifiche***

<b>Dirigenza medica</b>	
medico	1.274
odontoiatra	33

<b>Dirigenza medica</b>	
veterinario	15
<b>totale</b>	<b>1.322</b>

<b>Dirigenza sanitaria non medica</b>	
farmacista	17
biologo	34
fisico	17
psicologo	185
<b>totale</b>	<b>253</b>

<b>Dirigenza amministrativa/tecnica (non ECM)</b>	
ingegnere	13
dirigente amministrativo	30
<b>totale</b>	<b>43</b>

<b>Personale di comparto sanitario (ECM e non)</b>	
assistente sanitario	161
dietista	19
ostetrica	58
Infermiere pediatrico	8
infermiere	4.505
<b>Infermiere generico/psi (NON ECM)</b>	<b>70</b>
TSRM	377
tecnico laboratorio	231
fisioterapista	385
terapista occupazionale	4
logopedista	106
tecnico neurofisiopatologia	61
ortottista	6
tecnico perfusionista	17
tecnico audiometrista	3
igienista dentale	3
<b>odontotecnico (NON ECM)</b>	<b>2</b>
tecnico della prevenzione	57
tecnico di cardiologia	2

<b>Personale di comparto sanitario (ECM e non)</b>	
<b>massaggiatore non ved (NON ECM)</b>	2
podologo	3
Tecnico della riabilitazione psichiatrica	38
Educatore professionale	4
<b>totale</b>	<b>6.122</b>

<b>Personale di comparto amm.vo/tecnico (non ECM)</b>	
coll.coord.amm e coll. amm.vo	163
assistente amm.vo	128
coadiutore amm.vo	89
collaboratore tecnico	38
assistente tecnico	17
operatore tecnico	120
OSS	630
OTA	8
ASSS/agente tecnico	47
Assistente sociale	104
<b>totale</b>	<b>1.380</b>

### 3 La performance aziendale nel 2017

Il quadro delle performance a livello aziendale descritto nel presente documento è evidenza dei risultati conseguiti nel 2017 ampiamente dettagliati nella Relazione al Bilancio Consuntivo 2017 approvata in via definitiva con Decreto del Direttore Generale n. 376/2018 citato in Premessa.

Si ritiene di evidenziare comunque in questa sezione i principali obiettivi posti dall'Amministrazione regionale agli enti del SSR nell'ambito del processo di Programmazione 2017 ed il grado di conseguimento raggiunto da parte dell'Azienda con evidenza degli eventuali scostamenti (nell'elenco degli obiettivi è stata mantenuta la numerazione originale per un immediato raccordo con gli atti regionali e aziendali).

#### 3.1 PROGETTI DI RIORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI

3.1.1. Atti aziendali	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso
Atto aziendale	<ul style="list-style-type: none"><li>- Entro il 28 febbraio 2017 la ASUI di Trieste trasmetterà alla DCS la proposta di Atto aziendale. In tal modo potrà essere dato avvio all'applicazione dello stesso, una volta approvato.</li><li>- Nel corso del mese di ottobre ASUITs invierà alla DCS una relazione sullo stato di applicazione del proprio Atto aziendale al 30.09.2017.</li></ul>
Attuazione al 31.12.2017	
Atto Aziendale trasmesso in Direzione Centrale Salute con nota prot. n. 20405 dd. 18.4.2017	
Con nota prot. n. 10889 dd. 28.2.2017 l'Azienda ha comunicato alla DCS di aver ultimato la redazione della proposta di Atto Aziendale sulla base della programmazione e delle direttive regionali e di essere in procinto di concludere i già calendarizzati incontri sindacali	

### 3.1.1. Atti aziendali

nonché di essere in attesa del parere del Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Trieste, poi trasmesso con nota prot. 13476 dd. 12.4.2017.

Quindi, con nota prot. n. 20405 dd. 18.4.2017 è stata inviata alla Direzione Centrale Salute, Integrazione sociosanitaria, Politiche sociali e Famiglia la proposta di Atto Aziendale dell'A.S.U.I. di Trieste.

La Direzione Centrale ha riscontrato la richiesta aziendale con nota prot. n. 28508 dd. 31.5.2017, formulando alcune osservazioni e prescrizioni in ordine alla predetta proposta preliminare, recepite nella versione definitiva del documento, successivamente re-inoltrato alla DCS con nota prot. n. 31986 dd. 20.6.2017.

L'Atto Aziendale è stato quindi adottato con decreto n. 476/2017, su decreto del Direttore Centrale Salute, Integrazione sociosanitaria, Politiche sociali e Famiglia n. 879/SPS dd. 30.6.2017 di approvazione della proposta di Atto Aziendale dell'A.S.U.I. di Trieste.

### 3.1.2. Applicazione delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 2151/2015

Obiettivo aziendale:	Risultato atteso
Applicazione delle DGR 2673/2014, 929/2015 e 2151/2015	<ul style="list-style-type: none"><li>- Entro il 30 giugno 2017 ASUITs trasmetterà una relazione sullo stato di applicazione delle DGR 2673/2014 e 929/2015.</li><li>- Ove la relazione presentasse degli scostamenti, questi dovranno essere motivati e corretti entro l'anno 2017</li></ul>
Attuazione al 31.12.2017	
Vedi Sopra	
Motivazioni scostamento del risultato atteso	

3.1.3. Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso
EGAS	<p>Collaborare alle iniziative intraprese da EGAS in base alle direttive regionali.</p> <p>Attuare quanto stabilito in Comitato di Indirizzo Egas</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>ASUITs ha garantito nel corso del 2017 la collaborazione e la partecipazione alle iniziative intraprese da EGAS in base alle direttive regionali e ha attuato, per quanto di propria competenza, quanto stabilito in Comitato di Indirizzo</p>	

3.1.4 Chirurgia e procedure invasive	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso
Definizione della funzione chirurgica.	Partecipazione ai lavori regionali, finalizzati alla definizione di un documento di riorganizzazione dell'attività di chirurgia e delle procedure invasive
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>ASUITs ha partecipato ai lavori regionali</p>	
Concentrazione attività di chirurgia oncologica	<p>L'azienda deve riorganizzare l'attività di chirurgia oncologica relativamente ai seguenti tumori:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- esofago: nessun intervento realizzato;</li> <li>- pancreas: concentrazione in un'unica struttura e sede;</li> <li>- ovaio: nessun intervento realizzato;</li> </ul>

	<p>- stomaco: concentrazione in un'unica struttura e sede.</p> <p>Con le strutture private l'azienda deve concordare la sospensione dell'attività al di sotto della soglia minima.</p> <p>Presentazione progetto operativo alla Direzione Centrale Salute entro il 30.6.2017.</p> <p>Avvio di riorganizzazione entro il 1.9.2017</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Obiettivo raggiunto in quanto in ASUITS opera una sola Struttura di Chirurgia Generale che affronta le problematiche relative a pancreas e stomaco.</p> <p>Recepita la Nota del Direttore centrale salute prot. nr. 0008604 dd. 05/05/2017 con la quale viene modificata la tempistica prevista dalla modalità di valutazione</p>	

3.1.5 Urgenza emergenza	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Implementazione del Piano Regionale dell'Emergenza Urgenza	- Partecipazione ai lavori regionali sull'omogeneizzazione dei protocolli operativi dei servizi di Pronto Soccorso
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>ASUIT ha partecipato ai lavori regionali</p>	

3.1.6 Geriatria	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso
Geriatria	- Garantirà la necessaria collaborazione alle attività coordinate dalla Regione.

Attuazione al 31.12.2017

ASUITS ha partecipato ai lavori regionali

### 3.1.7. Medicina di laboratorio

Obiettivo aziendale:

Risultato atteso

Medicina di laboratorio

- Nel 2016 si è avviata la fase di predisposizione del programma di riorganizzazione delle funzioni per l'AAS2 che comprende l'analisi organizzativa attuale, un piano di transizione ed un programma di realizzazione (to be) che sarà avviato nel corso del 2017.

- Per il 2017 si prevede per il presidio ospedaliero Cattinara-Maggiore di Trieste di dare seguito al documento di riorganizzazione complessiva delle attività di Laboratorio analisi, Anatomia Patologica e Microbiologia e virologia che coinvolge le sedi del presidio ospedaliero di Gorizia-Monfalcone.

Il programma di riorganizzazione partirà dalla fase di valutazione as-is descritto nel documento che sarà congiunto.

- Messa a regime del sistema informatico/informativo fra i centri hub e spoke con adozione delle procedure informatiche già scelte, al fine di realizzare un unico sistema regionale integrato

Attuazione al 31.12.2017

-Nel 2016 è stato redatto il "Documento di riorganizzazione della Medicina di Laboratorio



dell'area giuliano-isontina" che comprende (pag. 83 – 105) l'as is, il to be nonché il piano di transizione per i Laboratori di Gorizia e Monfalcone dell'AAS2. Il documento è comprensivo delle attività di Laboratorio Analisi e Microbiologia e Virologia.

-Nel 2017 è stato redatto il documento di riorganizzazione (action plan), per la riorganizzazione delle attività di Medicina di Laboratorio. Si è proceduto inoltre alla progettazione e condivisione delle attività comuni tra ASUITs e AAS2 di Anatomia Patologica.

- E' stato messo a punto il Sistema Informatico Unico con le azioni sul Sistema Centrale Regionale e sui Sistemi Informatici di ASUITs, AAS2 e IRCCS Burlo Garofolo finalizzati alla realizzazione del Sistema Informatico Unico Integrato tra presidi hub&spoke secondo le procedure informatiche predefinite dal SSR.

Cell Factory	Definizione con CRO e ASUI-Ud di un progetto di organizzazione per la Cell Factory regionale
Attuazione al 31.12.2017	
Il progetto non risulta essere stato attivato.	

### 3.1.8 Oncologia

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Oncologia	- Collaborazione con la Direzione Centrale Salute per la definizione del nuovo Piano oncologico
Attuazione al 31.12.2017	
ASUITs ha partecipato ai lavori regionali	

### 3.1.10 Riabilitazione

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
---------------------	------------------

Riabilitazione	- Collaborazione con la Direzione Centrale Salute per la definizione del nuovo Piano della Riabilitazione
Attuazione al 31.12.2017	
ASUITs ha partecipato ai lavori regionali	

### 3.2. PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

3.2.1. Tutela della salute della donna	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Consolidare il ruolo dell'ostetrica nel supporto della donna in ogni fascia d'età, anche attraverso l'inserimento della figura all'interno degli istituendi CAP, insieme ai MMG	Ostetrica inserita nel 30% dei CAP istituiti nel 2017
Attuazione al 31.12.2017	
<p>Nell'ottica del consolidamento del ruolo dell'ostetrica, in particolare nelle attività inerenti il Percorso Nascita e la presa in carico della gravidanza fisiologica, parallelamente al processo di concretizzazione delle attività dei CAP, nel 2017 si sono svolte le seguenti attività: partecipazione del referente ASUITs al Comitato Tecnico Regionale Percorso Nascita e al sottogruppo predisposizione del "Percorso nascita in Friuli Venezia Giulia. Progetto gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica" ; tavolo di lavoro parallelo ASUITs per la rilevazione delle attività SCBADOF/Consultorio Familiare inerenti l'assistenza in gravidanza e post parto; avvio delle modalità organizzative preliminari per l'attuazione del Percorso nascita regionale; completamento del percorso ASUITs per la definizione della Core Competence dell'Ostetrica di Comunità. Nelle sedi di Aurisina e Muggia sono collocate le attività distrettuali dei SCBADOF/Consultorio Familiare che prevedono la presenza plurisettimanale delle ostetriche che svolgono in modo autonomo attività rivolte alle donne in gravidanza e nel puerperio, insieme altri professionisti, in raccordo con MMG/ PLS.</p>	

3.2.1. Tutela della salute della donna	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
Strutturare i percorsi della gravidanza fisiologica anche con la prescrizione degli esami diagnostici, e quelli successivi al parto, con il ripristino ed il rafforzamento, dove già esistenti, delle visite domiciliari.	Percorsi della gravidanza fisiologica: procedura definita in collaborazione tra le aziende
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Nel corso del 2017, nell'ambito del Comitato Regionale Percorso Nascita è stato istituito un sottogruppo di lavoro interaziendale (referente per ASUTs dott. ssa Sola) che ha prodotto il documento "Percorso nascita in Friuli Venezia Giulia. Progetto gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica" (del. 723 del 2173/2018).</p> <p>In parallelo si è svolto un gruppo di lavoro Aziendale (ostetriche, coordinatori, responsabile di SSCF e responsabile di SCBADOF) che in parallelo al percorso regionale ha effettuato la rilevazione delle attività delle SSCF inerenti al Percorso Nascita e ha valutato la applicabilità del percorso regionale presso le strutture di ASUITS.</p> <p>Nell'ambito delle attività integrate ASUITS- IRCCS Burlo Garofolo si è sperimentato l'"Accordo di continuità tra ASUITS e Irccs Burlo Garofolo per le donne in situazioni di rischio psicosociale e sanitario durante la gravidanza, il parto ed il puerperio e per i bambini dopo la nascita". A tutte le donne risultate positive alla check list di individuazione sono state offerte una o più visite domiciliari dell'ostetrica nel corso della presa in carico.</p>	
Nell'ambito dei corsi di preparazione al parto e nei centri nascita veicolare il messaggio dell'importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani	Evidenza della promozione delle vaccinazioni da parte delle ostetriche e delle assistenti sanitarie nei corsi di accompagnamento al parto e puerperio e nei centri nascita
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Nel corso del 2017 tutti i gruppi Post parto dei Corsi di accompagnamento alla nascita hanno ricevuto un intervento da parte degli operatori dei centri vaccinali distrettuali</p>	

3.2.1. Tutela della salute della donna	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
(infermieri/ass. sanitarie) riguardante le vaccinazioni e la nuova normativa relativa all'obbligo vaccinale (l.119/17).	
Tutela della salute della donna (progettualità aziendali)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prosecuzione dei lavori del gruppo interistituzionale con percorsi di armonizzazione dell'offerta ospedale territorio, miglioramento delle attività di continuità di cura, in particolare dopo la dimissione dalla maternità di mamma e bambino.</li> <li>- Studio di fattibilità e definizione di procedure per la maggior responsabilizzazione dell'ostetrica nei percorsi di gravidanza fisiologica-</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Durante il 2017 sono proseguire le seguenti attività:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. gruppo di lavoro regionale (sottogruppo Comitato Regionale Percorso Nascita) che ha prodotto le linee di indirizzo "Percorso nascita in Friuli Venezia Giulia. Progetto gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica" (del. 723 del 2173/2018);</li> <li>2. gruppo di lavoro ASUITS IRCCS Burlo Garofolo che ha sperimentato l'"Accordo di continuità tra ASUITs e Irccs Burlo Garofolo per le donne in situazioni di rischio psicosociale e sanitario durante la gravidanza, il parto ed il puerperio e per i bambini dopo la nascita", a partire dal 30/6/2017;</li> <li>3. gruppo di lavoro ASUITS- Gravidanza fisiologica: analisi delle cartelle cliniche delle donne seguite dalle SSCF per la valutazione dei fabbisogni strutturali, formativi, organizzativi in relazione all'applicazione delle linee di indirizzo regionale;</li> <li>4. mantenimento dell'attività a cura dell'ostetrica: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. gruppi pre e postparto (CAN preparto: gruppi 66; 955 donne/1357 parti residenti=</li> </ol> </li> </ol>	

3.2.1. Tutela della salute della donna	
Obiettivo aziendale:	Risultato atteso:
<p>70,3%);</p> <p>b. percorsi individualizzati di Accompagnamento alla Nascita preparto (situazioni a rischio psicosociale e sanitario);</p> <p>c. attività di accoglienza Mamma Bambino dopo la dimissione dalla maternità (1223/1357 parti= 90%);</p> <p>d. consulenze allattamento= 3489/ anno;</p> <p>5. mantenimento delle attività integrate ASUITs- IRCC Burlo Garofolo sull'allattamento: formazione Sul Campo dal titolo "Continuità delle cure nella promozione dell'allattamento materno e della sana alimentazione nella prima infanzia", condivisa tra Gruppi Aziendali Allattamento di ASUITs e di IRCCS (codice IRCBG_00720- Resp. Scientifici dott.ssa Laura Travan- IRCCS e dott.ssa M. V. Sola ASUITs), in cui, tra l'altro, sono stati effettuati audit di casi clinici condivisi tra ospedale e territorio</p>	

3.2.2. Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)	
Obiettivo azienda	Risultato atteso
<p>Conclusione del Progetto Cardio 50 con l'analisi dei risultati al fine di valutarne l'estensione a tutta la regione come screening a chiamata attiva (ASUIUD)</p>	<p>Il progetto Cardio 50 ASUIUD si è concluso con una buona adesione allo screening (75% dei 50enni chiamati) ed il riscontro di almeno un fattore di rischio nel 40% degli screenati sani (40% in classe C - nuovi ipertesi, iperglicemici, ipercolesterolemici). Il progetto potrebbe essere esteso in ASUITs come screening opportunistico dei MMG e delle strutture</p>

	aziendali (ambulatori specialistici e/o internistici, Distretti, Dipartimento di Prevenzione, Banca del Sangue) del rischio CV sulla popolazione dei 35-69enni.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>E' stato attivato in ASUITs il progetto di screening opportunistico dei MMG e delle strutture aziendali dedicate (ambulatori specialistici e/o internistici, Distretti, Dipartimento di Prevenzione, Banca del Sangue) del rischio CV sulla popolazione dei 50-65enni. E stato concordato e deliberato dalla DCS FVG lo stanziamento di 400.000 Euro per attivare lo screening gratuito degli esami bioumorali necessari (colesterolo, HDL, trigliceridi, Hb glicata, creatinina) che dovrebbe essere disponibile entro la prima metà del 2018. Sarà a questo punto invitata tramite lettera alla popolazione interessata (50-65enni che non ha già eseguito gli esami negli ultimi 3 anni, né ha diagnosi di malattia cardiovascolare, diabete mellito con eventuale danno d'organo, insufficienza renale) ad usufruire di questa opportunità previ accordi con i MMG, per la classificazione del rischio e l'attivazione dei PDTA appropriati e presenti sul Manuale dei Percorsi di Prevenzione Cardiovascolare redatto dal Gruppo Regionale di Prevenzione Cardiovascolare e diffuso nel 2016</p>	
<p>Avvio di un progetto di analisi sulla possibilità di attivazione di uno "screening opportunistico" su stili di vita e rischio cardiovascolare globale nelle Aziende sanitarie della Regione, in coordinamento con l'A.I.R. dei MMGG</p>	<p>Le persone intercettate dal personale medico-infermieristico delle AFT e/o delle strutture aziendali coinvolte avvieranno una fase di screening opportunistico del rischio CV utilizzando la cartella informatizzata del MMG o il Portale per la raccolta dati e per definire il Rischio CV acquisito da ASUITs impostare immediatamente un counselling breve sul rischio CV ed avviare, ove indicato sulla base del "Manuale di Prevenzione CV" regionale, il PDTA appropriato che potrà giovare di percorsi facilitati (ad es. per visita cardio/angiologica, refertazione ECG on line, posti dedicati per ECO TSA, ABI ed</p>

	ecocardiogramma) e della esenzione del ticket per "Screening Cardiovascolare".
--	--

Attuazione al 31.12.2017

Il progetto pilota per lo screening opportunistico del paziente a rischio CV sulla popolazione dei 50-65enni (allegato 2) è stato creato dal gruppo regionale della prevenzione. A livello di ASUITS il progetto pilota di screening opportunistico dei MMG e delle strutture aziendali dedicate (ambulatori specialistici e/o internistici, Distretti, Dipartimento di Prevenzione, Banca del Sangue) è stato recepito nell'ambito degli obiettivi sulla prevenzione CV e verrà attuato secondo le caratteristiche locali (anche in base a PDTA già presenti). E' stato concordato e deliberato dalla DCS del FVG lo stanziamento di 400.000 Euro per attivare lo screening gratuito degli esami bioumorali necessari (colesterolo totale, HDL, trigliceridi, glicemia, creatinina) che dovrebbe essere disponibile (con esenzione specifica per prevenzione CV) entro la prima metà del 2018.

Questo consentirà ai MMG di inviare il paziente nella fascia di età 50-65 anni a eseguire esami di laboratorio necessari per il calcolo del rischio CV, purché gli stessi esami di laboratorio non siano stati già eseguiti negli ultimi 2-3 anni), e che non ci sia già una diagnosi di malattia cardiovascolare, (ipertensione arteriosa, diabete mellito, dislipidemia con eventuale danno d'organo, insufficienza renale). La classificazione del paziente a rischio CV moderato/alto prevede la successiva esecuzione di esami per la miglior stratificazione del rischio CV, come indicato nel Manuale dei percorsi della Prevenzione CV (allegato 1). La classificazione del paziente a rischio CV molto alto prevede la valutazione da parte dello specialista di riferimento e eventuale presa in carico secondo PDTA condivisi. La piattaforma per la valutazione del rischio CV è stata completata ed è disponibile da dicembre 2017. Dal 2018 sono partite alcune installazioni prova nei singoli studi MMG, con lo scopo di installarla da remoto successivamente su tutti i software dei MMG che aderiscono al progetto.

Il progetto Pilota è stato presentato a livello regionale alla riunione Cefomed organizzata a grado il 27 settembre 2017.

A livello di ASUITS vi sono state riunioni per la presentazione del progetto pilota in direzione generale ai rappresentanti della MG, per condividere un obiettivo di screening CV opportunistico e invio dei dati attraverso il software del rischio CV alla piattaforma regionale

per valutazione delle percentuali di pazienti screenati e calcolo del rischio CV nella fascia 50-65 anni. Il percorso prevede la successiva esecuzione degli esami strumentali di approfondimento, inizio tempestivo di terapia, modifica degli stili di vita non corretti e indirizzamento precoce ai PDTA appropriati per presa in carico.

<p>Avvio a livello aziendale dei gruppi di lavoro per i Percorsi Assistenziali definiti in coerenza con il documento regionale di indirizzo</p>	<p>A livello aziendale ASUITs viene identificato e designato dalla Direzione un gruppo aziendale multidisciplinare per l'applicazione dei Percorsi Assistenziali in Prevenzione Cardiovascolare composto dai componenti del Gruppo Regionale per il Piano di Prevenzione Regionale, il/i referenti Aziendali per la Prevenzione Cardiovascolare, rappresentanti della Direzione Strategica, del Dipartimento di Prevenzione, dei Distretti, della Medicina Generale. Il gruppo di lavoro promuoverà la diffusione in tutta l'Azienda di brochure informative/educative sull'importanza e le modalità aziendali di raccolta dei dati per la classificazione del rischio CV, sui principi cardine della promozione della salute CV e sui percorsi clinico-assistenziali attivati a livello aziendale.</p>
---	---

Attuazione al 31.12.2017

E' stato identificato a livello aziendale ASUITs un gruppo aziendale multidisciplinare per l'applicazione dei Percorsi Assistenziali in Prevenzione Cardiovascolare composto dai componenti del Gruppo Regionale per il Piano di Prevenzione Regionale, il/i referenti Aziendali per la Prevenzione Cardiovascolare, rappresentanti della Direzione Strategica, del Dipartimento di Prevenzione, dei Distretti, della Medicina Generale. E' stata inviata dalla Direzione Sanitaria lettera di adesione in settembre 2017 (allegato 3). Il gruppo di lavoro che si riunirà a breve promuoverà nel 2018 la diffusione in tutta l'Azienda di brochure



informative/educative sulle modalità di accesso alle strutture aziendali coinvolte nei percorsi di prevenzione CV e sull'importanza e le modalità di raccolta dei dati per la classificazione del rischio CV, sui principi cardine della promozione della salute CV e sui percorsi clinico-assistenziali attivati a livello aziendale.

Prosecuzione della formazione (tutte le aziende)	La formazione aziendale è fondamentale per il successo delle iniziative del Piano Regionale Prevenzione a livello aziendale. Nel 2017 verranno aggiornate le 5 FAD previste dal Piano Regionale Prevenzione specifici per gruppi omogenei regionali e verrà organizzato 1 corso residenziali aziendale per varie categorie professionali sulla sorveglianza delle MCNT, sulla promozione della salute e sui principi della prevenzione cardiovascolare (prevista dal PRP la partecipazione di personale sanitario in una percentuale cumulativa con il 2016 di almeno il 9%).
--	---

Attuazione al 31.12.2017

Le FAD per i medici di medicina generale (MMG), specialisti in cardiologia, igiene e personale non medico sono state aggiornate secondo le indicazioni delle linee guida della prevenzione CV e delle dislipidemie del 2016.

Le FAD sono state accreditate dall'Ufficio formativo di ASUITS e hanno ottenuto 22,5 punti ECM. Il materiale scientifico è stato caricato sulla piattaforma di ASUIUD (<https://fad.informasanitaudine.it/>) e reso disponibile per la compilazione da ottobre 2017. I MMG e gli altri specialisti hanno ricevuto un invito sulla mail istituzionale con allegata una lettera della DCS (vedi allegato 4/a/b) che indicava lo scopo del progetto regionale, mentre il personale non medico che fa capo ai Dipartimenti coinvolti nella prevenzione CV è stato iscritto alla FAD dopo l'invio dei nominativi al dipartimento di informatica ASUIUD.

Per il 2018 le FAD sono state riaccreditate dall'Ufficio Formativo ASUITs, le categorie coinvolte sono le stesse più i Medici del Lavoro. La riattivazione delle FAD verrà

pubblicizzata attraverso gli Uffici Formativi Aziendali e la Formazione Regionale FVG. Obiettivo per il 2018 è il raggiungimento della percentuale cumulativa di compilazione delle FAD del 9% per ogni figura professionale coinvolta.

Presenza in carico precoce dei soggetti con disturbi d'ansia/depressivi

Definizione condivisa di un modello per la presa in carico	modello individuato
--	---------------------

Attuazione al 31.12.2017

Il DSM dell'ASUI di Trieste e Centro Collaboratore OMS ha proseguito il programma per il miglioramento della qualità dei percorsi di cura in collaborazione con i MMG – PLS e con i Centri di Assistenza Primaria territoriale (CAP) per il trattamento dei disturbi d'ansia/depressivi e per la diffusione della versione italiana del Mental Health Gap (MHGap).

Il modello per la presa in carico delle persone con disturbi d'ansia e/o depressivi è stato definito e condiviso con i MMG e PLS nell'ambito del percorso formativo concordato.

Formazione di MMG e PLS	percorso formativo realizzato
-------------------------	-------------------------------

Attuazione al 31.12.2017

Il percorso formativo "Mental Health Gap – linee guida internazionale sui disturbi psichiatrici comuni dell'OMS. Presentazione di esperienze di medicina collaborativa.", con l'attivazione della Continuità Assistenziale, si è tenuto il 6 luglio 2017.

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

Obiettivo azienda	Risultato atteso
-------------------	------------------

Raggiungere e/o mantenere un'adesione ai programmi di screening pari al 65% per la cervice uterina, al 65% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto	Adesione pari al 65% per la cervice uterina, al 65% per la mammella, e al 70% per il carcinoma del colon retto
---	--

Attuazione al 31.12.2017

Adesione pari al 60,33% per la cervice uterina, al 66,3% per la mammella, e al 56,5%

per il carcinoma del colon retto	
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".	Adozione formale di un sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di senologia.  Rispetto dei requisiti da parte delle Aziende
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Mantenuta la certificazione EUSOMA per la nostra Breast unit</p> <p>la regione non ha definito un sistema di verifica dei requisiti; la Breast Unit di Trieste si attiene a quanto stabilito per la certificazione EUSOMA confermata per tutto il 2018</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	lettura del primo livello e gestione del percorso di approfondimento diagnostico da parte di radiologi certificati
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il programma di screening prevede un referente nella persona della dott.ssa Dellach e del prof. Zanconati; a tutt'oggi non esiste una formalizzazione delle figure responsabili seguito dell'unificazione delle aziende</p> <p>I radiologi che leggono gli esami di screening sono tutti certificati</p>	
garantire la tempestiva refertazione dello screening mammografico e ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento	>90% esami negativi di primo livello refertato entro 15 giorni  percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica inferiore al 10%
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>1° indicatore rispettato : Tutti gli esami sono refertati entro 15 giorni .</p>	

2° indicatore rispettato: early recall < 4%	
garantire il rispetto dei requisiti definiti dalla regione per i centri di secondo livello.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adozione formale di un sistema regionale di verifica dei requisiti dei centri di secondo livello.</li> <li>- Rispetto dei requisiti da parte della aziende</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>La regione non ha definito un sistema di verifica dei requisiti; ASUITS si attiene a quanto stabilito per la certificazione EUSOMA confermata per tutto il 2018</p>	
garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica per gli esami di 2° livello di screening	Percentuale di compilazione dei campi fondamentali >=95%
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>La cartella endoscopica viene compilata correttamente</p>	
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.	Anagrafe sanitaria aggiornata
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Tutti i pazienti che si sono rivolti ai Distretti sono stati gestiti in modo tempestivo e le loro anagrafiche verificate. Relativamente alle lettere inesitate si è verificato che una significativa quota parte riporta indirizzi incompleti riguardo ad attributi del numero civico (eventuale esponente) a causa di malfunzionamento dell'integrazione con le anagrafi comunali.</p>	

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

Obiettivo azienda	Risultato atteso
-------------------	------------------

<p>Salute e sicurezza nelle scuole e benessere dei giovani (Programma III PRP)</p>	<p>mantenimento delle attività di Peer Education negli Istituti superiori Statali del territorio di Trieste (reclutamento dei Peer, formazione/ laboratorio per i Peer Educator, interventi di sensibilizzazione/ rinforzo nelle classi 2e, formazione degli insegnanti)</p> <p>attuazione del percorso di Peer Education nelle scuole di Formazione Professionale (reclutamento dei Peer, formazione/ laboratorio per i Peer Educator, interventi di sensibilizzazione)</p> <p>valutazione dell'impatto degli interventi di Peer education nelle scuole statali coinvolte (in collaborazione con l'Unità di Psicologia del Dipartimento di Scienze della Vita dell'Università degli Studi di Trieste)</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Nel corso del 2017 è stato mantenuto il progetto Afrodite- Meglio Sapere Tutto per la sua penultima annualità.</p> <p>E' proseguita l'attività di Peer Education presso le scuole statali (Deledda- Max Fabiani, Galvani, Petrarca, Galilei) e professionali (IAL, CIOFS, Civiform ed Edilmaster) come previsto dall'impianto del progetto (reclutamento formazione dei Peer Junior- 27 classi terze, interventi dei Peer Junior e Senior nelle classi seconde- 27 classi, interventi di rinforzo degli insegnanti, evento finale congiunto Statali- Professionali presso il Polo Giovanile Toti). Nel 2017 complessivamente hanno lavorato 65 PJ e 46 PS delle scuole statali e 33 delle Scuole professionali per un totale di 144 Peer educator.</p> <p>La formazione degli insegnanti delle Statali e delle Professionali (5 ore, 2 edizioni successive) ha riguardato la resilienza degli adolescenti ed è stata sviluppata con il Dipartimento di Scienze della Vita- Unità di Psicologia.</p> <p>Sono state discussi 3 tesi di laurea magistrale presso l'Unità di Psicologia- Dipartimento</p>	

di Scienze della Vita con la raccolta dati relativa al progetto.	
L'avvio dell'anno scolastico 2017- 2018 ha visto la partecipazione di 2 nuovi istituti (Nordio e Oberdan): sono in corso le attività previste (reclutamento, avvio della formazione, mantenimento della Cabina di Regia per e Scuole Statali e Professionali).	
Le aziende sanitarie collaborano e sostengono 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.	almeno il 20% delle 167 scuole della Regione dovranno esser raggiunte dalla proposta di aderire alla rete Scuole che promuovono salute (SHE).
Attuazione al 31.12.2017	
30 scuole su 35 (85.7%) hanno aderito alla rete Scuole che promuovono salute (SHE).	
Presentazione e avvio, da parte di tutte le aziende sanitarie, di una progettualità, con il finanziamento dedicato, di peer education nelle scuole della regione. Continua la diffusione e implementazione dei progetti riconducibili alle buone pratiche, quali modello What's up, Unplugged, peer education ecc	Aderiscono alla progettazione almeno il 45% delle scuole della regione (almeno 60 scuole raggiunte).
Attuazione al 31.12.2017	
Presso la nostra Azienda hanno aderito alla progettazione 20 scuole su 35 (57%)	

3.2.6. Prevenzione delle dipendenze (Programma IV PRP)	
Obiettivo azienda	Risultato atteso
Creare un Gruppo di formatori per i docenti delle scuole primarie e secondarie sulle life skills come strumento di prevenzione anche delle dipendenze,	1 workshop formativo Regionale almeno 4 operatori formati per Azienda (Prevenzione, Dipendenze e altre strutture

attraverso l'organizzazione di un Workshop regionale teorico-pratico	interessate)  almeno n. 1 workshop di "trasferimento LS contesto scuola" per azienda
--	--

Attuazione al 31.12.2017

- il Workshop formativo denominato "Interventi nelle scuole. Un percorso formativo sulla promozione delle life skills", si è tenuto il 29-30 maggio e il 5-6 giugno a Udine, Aula magna Ospedale S. Maria della Misericordia;
- alla formazione regionale hanno partecipato 12 operatori del gruppo promozione della salute intra-aziendale, referenti dei diversi servizi aziendali (DIP, DDD, DSM e Distretti);
- il progetto Unplugged, basato sulla metodologia delle LS, è stato realizzato durante l'anno 2017 dal gruppo integrato di operatori aziendali, sia nelle scuole statali che negli Enti di formazione professionale; tale progetto sta continuando anche nel 2018

Formare gli Assistenti sociali degli ambiti territoriali per diffondere gli strumenti di identificazione precoce delle persone vulnerabili al gioco d'azzardo patologico	Almeno 1 corso per Assistenti sociali degli ambiti su ogni territorio Aziendale;
--	--

Attuazione al 31.12.2017

Effettuato il percorso formativo in collaborazione con Area Welfare; l'edizione di Trieste si è tenuta il 6 novembre 2017.

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

Obiettivo azienda	Risultato atteso
Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)	<p>Proseguimento forme di attività fisica che sono state reputate funzionali all'obiettivo quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- muoviamoci insieme</li> <li>- attività benessere</li> </ul>

	- attività fisica nei ricreatori
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- è continuata anche nel 2017 l'attività "muoviamoci insieme" attività fisica rivolta alla popolazione over 65 con patologie croniche osteoarticolari, con la stessa modalità degli anni passati</li> <li>- l'attività benessere è continuata nel 2017 si sono fatti 4 gruppi rivolti a persone con malattie croniche (diabete, scompenso cardiaco...) con circa 10/15 persone a gruppo</li> <li>- è continuata l'attività fisica fatta dalle associazioni nei ricreatori, nelle mattinate, messi a disposizione dal Comune di Trieste e nel 2017 si è aggiunta la possibilità di utilizzare altri 2 ricreatori</li> </ul>	
avvio di un progetto di attività fisica rivolto alla popolazione adulta da realizzare con il finanziamento dedicato	presentazione del progetto alla DC e avvio realizzazione
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>ASUITs con DEC 282 dd. 03/05/2017 ha predisposto l'avviso alle Associazioni a manifestare l'interesse e con successivo DEC 590 dd. 06/09/2017 ha individuato le 5 Associazioni che hanno avuto il contributo derivato dal finanziamento regionale dedicato. Entro dicembre 2017 almeno 5 attività, definite nei progetti presentati, sono iniziate</p>	
realizzazione progetti di promozione attività fisica adattata	Almeno 1 iniziativa/progetto
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>ASUITs anche nel 2017 ha continuato "Il Programma di promozione della Salute, attraverso la fase di mantenimento (III fase) dell'Attività Fisica Adattata (AFA) per adulti a rischio cardiovascolare e metabolico" attraverso la collaborazione tra Associazione sportiva ed il Centro Cardiovascolare</p>	
diffusione del catalogo aziendale delle offerte e opportunità di attività fisica presenti sul territorio e aggiornamento dello stesso	Catalogo aziendale pubblicato sul sito aziendale e aggiornato auspicando la possibilità di utilizzo di strumenti adeguati di pubblicazione.



Attuazione al 31.12.2017

Le associazioni sportive, di volontariato e di protezione sociale utilizzano il link regionale “Invecchiamento attivo” in accordo tra Aziende Sanitarie e l’Area Promozione salute e prevenzione Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia Regione Friuli Venezia Giulia.

### 3.2.8. Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)

Obiettivo azienda	Risultato atteso
Prevenzione degli incidenti stradali (Programma VI PRP)	<p>Proseguimento:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- progettualità per la prevenzione e riduzione dei rischi nei giovani nei luoghi del divertimento, con azioni mirate anche alla prevenzione degli incidenti stradali all’interno del Progetto Overnight quali: utilizzo di mezzi di trasporto alternativo (es. buoni taxi); campagne per il guidatore designato; esecuzione dell’etiltest.</li><li>- coinvolgimento i cittadini in una campagna strutturata di sensibilizzazione sulle problematiche alcol correlate</li></ul> <p>Implementazione:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- progetto “Overnight 2017”</li><li>- campagna “Aprile mese di prevenzione alcologica”</li></ul>

Attuazione al 31.12.2017

E’ stato predisposto il Decreto assegnazione Finanziamento (ProtGen/GEN 0062486A dd 30.011.2017) linea “Incidenti stradali” disponibili per azioni da sviluppare nel 2018

“Overnight”: nel 2017 l’équipe ha realizzato 39 uscite notturne in occasione di eventi di

particolare rilevanza per il target giovanile; oltre 7000 i contatti complessivi per tutte le prestazioni. In tema di prevenzione degli incidenti stradali durante le uscite sono state distribuite 660 tessere taxi (apposita convenzione con i tassisti), sono stati effettuate 824 misurazione alcolimetriche, distribuiti 750 alcoltest monouso e distribuiti oltre 1000 litri di acqua.

Campagna “Aprile mese di prevenzione alcolica”: 14-15 aprile 2017, ore 10-13 e 15-18 stand in Via delle Torri. Punto informativo e possibilità di sperimentare le alterazioni sensoriali indotte dall'alcol con utilizzo di "occhiali alcolvista" e simulatore di guida, gestito in sinergia con Polizia Locale e ACI. Presenti anche Associazioni As.Tr.A. e Hyperion

Sensibilizzazione alla prevenzione degli incidenti stradali	Partecipazione ad una iniziativa regionale di comunicazione e informazione nell’ambito scolastico, in collaborazione con l’Assessorato ai Trasporti e le Istituzioni locali
---	---

Attuazione al 31.12.2017

Realizzata la Giornata di studio: “Educazione stradale: le variabili in gioco, Salute, Cervello, Sostanze, Rischi. L’iniziativa integra e completa i percorsi formativi in tema di educazione alla mobilità, ne sono state tenute due edizioni, a Udine il 16 ottobre 2017 e a Pordenone il 25 ottobre 2017.

Effettuata la formazione a livello regionale per la Polizia Locale e le Forze di Polizia dello Stato, aperta anche agli operatori degli Enti interessati alle tematiche trattate.

<ul style="list-style-type: none"> <li>- ASUI UD: effettuare presso IMFR Gervasutta attività di approfondimento neuropsicologico dell'idoneità alla guida in qualità di centro di riferimento regionale</li> <li>- fungere da riferimento regionale (formazione, acquisizione hardware e software...) per l’eventuale estensione dell’offerta presso ulteriori centri di valutazione sul territorio regionale.</li> </ul>	<p>Condivisione dei risultati dell’attività svolta presso IMFR Gervasutta attività di approfondimento neuropsicologico dell'idoneità alla guida in qualità di centro di riferimento regionale ed adozione delle raccomandazioni</p>
---	---

<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Sulla base della procedura concordata le persone eligibili residenti nel territorio dell'ASUITs sono state inviate all' IMFR Gervasutta.</p>	
<p>ASUITs: adottare le raccomandazioni regionali per l'invio ad approfondimento neuropsicologico dell'idoneità alla guida</p>	<p>Raccomandazioni adottate e accertamenti eseguiti</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Nel II semestre del 2017 si sono presentati a visita presso la CML 23 persone con disturbi cognitivi. A tutte è stata applicata la procedura concordata con i CDDC dei 4 distretti.</p> <p>In 20 casi la valutazione del CDDC è stata sufficiente al fine di esprimere un giudizio (risponso chiaramente patologico e conseguente giudizio di non idoneità). Tre persone sono state inviate all'IMFR Gervasutta per l'effettuazione del test di II livello "Vienna". Anche per queste il risultato finale, alla luce del test di II livello (risponso patologico) ha comportato un giudizio di non idoneità.</p>	

3.2.9. Prevenzione degli incidenti domestici (Programma VII PRP)	
Obiettivo azienda	Risultato atteso
<p>1. coordinare le attività relative al perseguimento degli obiettivi del programma VII PRP prevenzione degli incidenti domestici.</p> <p>2. continuare nell'attività di sensibilizzazione della popolazione nella prevenzione degli incidenti domestici</p>	<p>1. Report congiunto di monitoraggio relativo alle attività previste dal Programma VII PRP inviato alla DCS</p> <p>2.a Nel corso del 2017, utilizzando i fondi ex art. 13, verrà diffuso almeno 1 spot televisivo.</p> <p>2.b Il materiale informativo esistente per la popolazione verrà aggiornato, in collaborazione con le aziende sanitarie della regione e con l'IRCCS Burlo Garofolo.</p>

	<p>2.c Al fine di raggiungere anche gli stranieri stanziali sul territorio, in particolare le famiglie con figli, verrà tradotto nelle lingue delle etnie minoritarie più rappresentate (cinese, turco). Gli opuscoli in italiano e nelle lingue identificate saranno stampati e diffusi.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>1. In data 04/01/2018 Inviato report via PEC Direzione Centrale Salute, Area promozione con Prtogen 521/T-GEN-IV-1-A SODIP 18/P 12</p> <p>2a. E' stato stipulato un accordo per l'elaborazione di materiale informativo (target anziani e bambini) con la Scuola Internazionale Superiore di Studi Avanzati di Trieste (SISSA). Il primo degli spot elaborati è stato trasmesso dalla RAI FVG il 22/12/2017 nella trasmissione Buongiorno Regione; di seguito il link</p> <p><a href="http://www.rai.it/dl/RaiTV/programmi/media/ContentItem-dcd2dcba-004c-4845-90d3-a6ec8821496c.html">http://www.rai.it/dl/RaiTV/programmi/media/ContentItem-dcd2dcba-004c-4845-90d3-a6ec8821496c.html</a></p> <p>2b. Il materiale informativo esistente è stato aggiornato e rielaborato in collaborazione con la SISSA e pubblicato sul sito <a href="http://www.lacasasicura.com/">http://www.lacasasicura.com/</a></p> <p>Nel corso del 2017, partendo dai dati della sorveglianza della popolazione anziana PASSI D'Argento raccolti nel corso del 2016, è stato elaborato e diffuso un report sulle "Cadute nella ASUITs" (allegato). Le informazioni sono state diffuse alla popolazione anche attraverso la partecipazione alla trasmissione televisiva "Star bene in TV" della rete locale Telequattro dd 7 luglio 2017 <a href="https://www.youtube.com/watch?v=n29ykrkKPkk">https://www.youtube.com/watch?v=n29ykrkKPkk</a></p> <p>2.c Non raggiungibile nel 2017, già comunicato.</p>	
<p>proseguire la rilevazione attraverso la check-list dei rischi nelle abitazioni con analisi dei risultati</p>	<p>Almeno 50 abitazioni valutate</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Valutate 50 abitazioni mediante le specifiche check list, nell'ambito di 2 edizioni di un</p>	

programma di alternanza scuola lavoro (maggio 2017: liceo sloveno Preseren; settembre 2017: liceo Oberdan). Effettuati momenti divulgativi presso le associazioni di volontariato.

formare operatori sanitari e dell'assistenza, con particolare riferimento al personale di assistenza dell'anziano	Almeno 1 evento
---	-----------------

Attuazione al 31.12.2017

Come concesso dal Direttore dell'Area Promozione salute e prevenzione della Direzione centrale salute integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia (e mail dd 28/09/2017, allegata), al fine di una maggiore efficienza delle risorse, l'obiettivo è stato rimodulato come segue:

“Almeno un evento regionale a cui partecipano operatori di tutte le aziende”

Nel corso del 2017, in un'ottica di collaborazione fra le aziende e di ottimizzazione delle risorse, in continuità con gli anni precedenti, come concordato con il gruppo di lavoro regionale nel 2016, e successivamente autorizzato dal Direttore dell'Area Prevenzione della nostra Regione, l'AAS5 ha organizzato un evento formativo sulle tematiche relative ai rischi degli infortuni domestici, aperto a tutte le Aziende Sanitarie della regione (07 giugno 2017, 83 partecipanti fra operatori sanitari, medici di medicina generale, rappresentanti delle Amministrazioni Comunali e personale degli ambiti).

Motivazioni scostamento del risultato atteso

Ob. 1 Mancato invio, nei tempi compatibili con la stesura del documento, delle integrazioni e dei dati di dati di competenza di alcune aziende della regione.

Per noi: inviato in data 21/12/2017 ai direttori dei dipartimenti di prevenzione delle aziende della regione FVG ed ai referenti aziendali del programma VII la bozza del report congiunto per l'implementazione con i dati di competenza e per l'approvazione definitiva. Al 28/12/2017 avevano inviato i dati integrativi solo AAS5 e Burlo, mentre quelle dell'AAS3 venivano inviate nel pomeriggio di venerdì 29/12/2017. Mai pervenute le integrazioni e le osservazioni da parte di AAS2 e ASUIUD. Il report veniva quindi integrato con quanto raccolto ed inviato in DCS.

Ob. 2c La produzione di materiale destinato alle famiglie straniere residenti sul territorio aziendale e regionale è necessariamente subordinata alla realizzazione di materiale

informativo in lingua italiana. Nel corso del 2017 le azioni si sono concentrate sull'aggiornamento e l'implementazione del materiale divulgativo in italiano.

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 azienda	Risultato atteso
<p>SPSAL: partecipare ad azioni di verifica della omogeneità dell'applicazione in ambito regionale delle procedure di vigilanza in edilizia e prosecuzione della diffusione delle stesse ai portatori di interesse</p>	<p>Partecipazione ai lavori del GRE</p> <p>Report elaborato da parte del GRE sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in edilizia in regione.</p> <p>Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro in edilizia</p>

Attuazione al 31.12.2017

referenti del GRE per la nostra Azienda hanno partecipato ai lavori del Gruppo.

Sono state prodotte le linee guida regionali per i MOGS – Modelli di Organizzazione e Gestione della Sicurezza in edilizia, cui fare riferimento nell'attività di vigilanza.

La referente regionale, Dott.ssa Claudia Zuliani dell'ASUIUd ha prodotto il report regionale sulla base dei dati inviati anche dalla Nostra Azienda.

In data 14.12.2017, presso l'Istituto A. Volta è stato organizzato un convegno informativo sulla sicurezza del lavoro in edilizia in collaborazione tra il Gruppo Regionale Edilizia, l'INAIL ed il CPT

<p>SPSAL: partecipare ad azioni di verifica della 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>Report elaborato da parte del GRA sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in agricoltura in regione.</p> <p>Realizzazione di almeno un incontro provinciale con i portatori di interesse sulle problematiche connesse all'applicazione delle norme poste a tutela del lavoro in edilizia</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>I referenti del GRA per la nostra Azienda hanno partecipato ai lavori del gruppo.</p> <p>Sono state prodotte le linee guida regionali per la verifica dei requisiti di sicurezza per le macchine e le attrezzature utilizzate in agricoltura.</p> <p>Il GRA ha prodotto il report sulla omogeneità dell'applicazione delle procedure di vigilanza in agricoltura in regione.</p> <p>In data 19.12.2017 è stata fatta una riunione informativa, presso la sala riunioni del Dipartimento di Prevenzione, con i portatori di interesse di livello provinciale</p>	
<p>ASUI UD: coordinare i lavori di stesura di linee guida regionali sulla prevenzione di rischi infettivi nelle attività correlate alle pratiche estetiche e di protocolli operativi sulla uniformità dei controlli</p> <p>ASUITs: partecipare ai lavori</p>	<p>Partecipazione ai lavori per la stesura delle linee guida regionali sulla prevenzione di rischi infettivi nelle attività correlate alle pratiche estetiche e dei protocolli operativi sulla uniformità dei controlli</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Le linee guida regionali sono state prodotte ed inviate dal coordinatore del gruppo di lavoro regionale, con nota Prot. 92416 del 28.11.2017 alla D.C.S.</p>	

SIAN/VET: partecipare alla formazione degli auditor e al programma di mantenimento della qualifica	Partecipazione alla formazione di almeno 36 auditor ufficiali su scala regionale
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>4 operatori del DIP hanno partecipato alla formazione, sulla base della programmazione regionale.</p>	
SPSAL: realizzare un programma di audit mirato alle aziende dei comparti agricolo ed edile con il coinvolgimento dei comitati paritetici e bilaterali	Formazione di 4 operatori SCPSAL Scheda di audit realizzata, programma di audit realizzato
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>E' stato realizzato il primo corso di formazione per gli operatori SPSAL, cui hanno partecipato 4 operatori dell'ASUITs.</p> <p>Il gruppo di lavoro regionale, stante problematiche indipendenti da questa Azienda e dalla programmazione fatta, e legate all'impossibilità di organizzare in tempo i corsi per i formatori, non ha ancora definito i programmi di audit. Questa parte dell'obiettivo è stato stralciato dal PAL dell'azienda referente a livello Regionale (AAS5) e non ha potuto essere raggiunto dalla nostra Struttura.</p>	
ASUITs: partecipare alla revisione della lista dei controlli sulle imprese e alla diffusione del documento ai portatori di interesse	Partecipazione al Gruppo regionale che provvederà alla revisione ed integrazione della Lista regionale dei controlli sulle imprese disponibile sul sito aziendale
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Gli operatori del Dipartimento hanno partecipato alla revisione ed integrazione della Lista regionale dei controlli sulle imprese, disponibile sul sito aziendale:</p> <p><a href="http://www.asuits.sanita.fvg.it/opencms/export/sites/ass1/it/_materiale_informativo/docs/imprese/check-list-ditte_sicurezza_lavoro.pdf">http://www.asuits.sanita.fvg.it/opencms/export/sites/ass1/it/_materiale_informativo/docs/imprese/check-list-ditte_sicurezza_lavoro.pdf</a></p>	



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

Obiettivo azienda	Risultato atteso
<p>mantenere un'adeguata vigilanza nei settori edile e agricolo secondo i parametri definiti a livello nazionale</p>	<p>5% delle aziende vigilate.</p> <p>Agricoltura: mantenimento dell'attività di vigilanza dell'anno precedente.</p> <p>Edilizia: vigilanza su almeno il 12% dei cantieri notificati nell'anno precedente</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Sono state visitate 446 aziende (il 5,23% delle 8515 aziende)</p> <p>In agricoltura sono state visitate 4 aziende, come nel 2016, sulla base della programmazione regionale.</p> <p>In edilizia è stata effettuata attività di vigilanza in 233 cantieri, il 19,98% dei cantieri notificati nel 2016 (1166)</p>	
<p>realizzare almeno un incontro informativo/formativo rivolto ai soggetti della prevenzione operanti nel settore edile e agricolo</p>	<p>Realizzare l'incontro informativo/formativo ed inviare il report di attività alla DCS (descrizione dell'evento, numero di operatori formati suddivisi per categoria).</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>In data 14.12.2017, presso l'Istituto A. Volta è stato organizzato un convegno informativo sulla sicurezza del lavoro in edilizia in collaborazione tra il Gruppo Regionale Edilizia, l'INAIL ed il CPT, i destinatari dell'incontro erano referenti della sicurezza in cantiere. L'evento è stato organizzato nell'ambito del coordinamento regionale SCPSAL con la DCS. Vi hanno partecipato 150 operatori del comparto, di cui il 60% CSP e CSE (ex art. 98, co. 2, del d.lgs. 81/08), il 20% RSPP ed ASPP, il 5% RLS (Costruzioni, ex ATECO F) e Datori di lavoro del comparto.</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 azienda	Risultato atteso
realizzare in modo coordinato, 2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione, finalizzati ad una maggiore conoscenza della corretta valutazione dei rischi, al reinserimento dei soggetti patologici e all'appropriatezza e qualità delle segnalazioni di malattia professionale.	Collaborazione alla realizzazione su scala regionale di 2 corsi accreditati o 2 iniziative di sensibilizzazione
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Organizzato un corso regionale sul rischio da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori (16.11.2018, a Pordenone), cui hanno contribuito i referenti ASUITS del gruppo di lavoro regionale.</p> <p>Organizzato un corso regionale/nazionale sugli strumenti per il miglioramento della sicurezza nel lavoro portuale (19.9.2017, Trieste)</p>	
Partecipare all'avvio dell'applicazione del metodo OCCAM (pag. 90 PRP)	Analisi OCCAM sulle neoplasie nasofaringee e naso-sinusalì
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>E' stata effettuata l'attività di programmazione dell'attività, di cui è referente il Responsabile del Servizio Regionale di Epidemiologia e le coordinatrici SCPAL regionali sono medici di questa Azienda, tuttavia, a valle del mutato contesto nazionale relativo alla privacy, non è stato possibile ottenere le informazioni dall'INPS essenziali all'indagine stessa. In accordo con il Servizio Epidemiologico Regionale e il Direttore della DCS è stata data comunicazione alla Direzione Centrale Salute che la specifica azione sarà attivata soltanto al momento in cui tali dati si renderanno disponibili.</p>	
proseguire in ogni azienda il programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolge i medici competenti, per la declinazione operativa	<p>produzione di un report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale</p> <p>offerta di percorsi per smettere di fumare ai fumatori soggetti a sorveglianza sanitaria</p>

delle azioni dell'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici..." del PRP.	
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale è stato realizzato.</p> <p>Realizzato report relativo al programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, che coinvolge 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 (programma X)</p> <p>Effettuata "Valutazione del Work Ability Index (WAI) nei lavoratori delle Aziende sanitarie della Regione Friuli Venezia Giulia"</p>	

3.2.13. Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza (Programma XI PRP)	
Obiettivo azienda	Risultato atteso
alimentare le banche dati Informo e Malprof e coordinarsi per la stesura di un report regionale	Collaborazione alla predisposizione di un report congiunto di attività tra tutte le SPSAL regionali, report che verrà inviato alla DCS
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il report dell'attività svolta a livello regionale è stato prodotto dai coordinatori regionali di progetto, Dr.i Dino Toscani e Carlo Venturini, e trasmesso alla DCS (referente della DCS il Dr. Carlo Venturini).</p>	
Sviluppo di sistemi informativi rivolta alla dematerializzazione delle comunicazioni obbligatorie	<p>a. Informatizzazione delle notifiche ex art. 250 e 256 del D.Lgs. 81/08</p> <p>b. Avvio delle procedure per l'informatizzazione delle notifiche ex art. 99 del D.Lgs 81/08</p>
Attuazione al 31.12.2017	

L'attività di informatizzazione delle notifiche ex art. 250 e 256 del D.Lgs. 81/08 è stata avviata ed è diventata operativa.

E' stato realizzato lo studio di fattibilità per l'informatizzazione delle notifiche ex art.99 del D.Lgs 81/08.

<p>inviare i dati di attività dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro delle aziende alla regione per trasmissione al comitato interregionale di coordinamento</p>	<p>Dati inviati alla DCS</p>
---	------------------------------

Attuazione al 31.12.2017

Il report dell'attività è stato trasmesso alla DCS da parte del D.G., ed è andato a costituire il documento complessivo regionale.

<p>monitorare le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro con inserimento dei dati in apposito database</p>	<p>il 50% delle verifiche effettuate inserito nello specifico database</p>
--	--

Attuazione al 31.12.2017

Il 50% delle verifiche è stato inserite nello specifico database.

**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 azienda	Risultato atteso
<p>stesura delle linee di indirizzo regionali sulla VIS (Valutazione di impatto sulla salute per la Pubblica Amministrazione) secondo i contenuti delle "Linee Guida VIS - Tools 4 HIA" attraverso la partecipazione al tavolo tecnico VIS</p>	<p>Partecipazione al tavolo regionale per la stesura delle linee di indirizzo regionali sulla VIS</p>

Attuazione al 31.12.2017

I referenti delle aziende sanitarie della “Linea ambiente e salute” ed in particolare il “gruppo ristretto linee guida V.I.S.”, allo scopo designato dal Direttore dell’Area Promozione Salute e Prevenzione nel corso della riunione del 24 maggio 2017 ha prodotto il documento Programma XII PRP 2014-2018 “Ambiente e salute, facilitare una migliore qualità dell’ambiente e del territorio, secondo il modello della salute in tutte le politiche”.

Proposta di linee di indirizzo regionali valutazione di impatto sulla salute. Vi hanno partecipato i Referenti della SCISP.

partecipazione attiva al “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;

Partecipazione, al “Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali”

Attuazione al 31.12.2017

Il Direttore del Dipartimento ha partecipato al “Gruppo Tecnico inter-istituzionale per la tutela della salute da rischi ambientali”, le cui sedute sono state verbalizzate dalla DCS.

il monitoraggio straordinario delle acque destinate al consumo umano, per le aziende nei cui territorio sono state rilevate criticità

Non rilevate criticità nel 2016 nel territorio dell’ASUITs

Attuazione al 31.12.2017

In assenza di criticità non è stato necessario ricorrere a monitoraggi straordinari. Sono disponibili i referti di potabilità dell’acqua ad uso umano rilasciati da ARPA FVG.

promozione della sostenibilità e della eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, in relazione al rischio radon anche attraverso iniziative di formazione;

Collaborazione nella realizzazione del corso per professionisti realizzato a livello regionale

Attuazione al 31.12.2017

<p>Il corso è stato organizzato presso l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina" in data 13.11.2017 (accreditato sul portale regionale della formazione)</p>	
<p>promozione del corretto uso della telefonia cellulare attraverso la programmazione di eventi formativi nelle scuole.</p>	<p>Proposta della formazione ad almeno il 50% degli istituti comprensivi</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Nell'incontro dei referenti aziendali del 24 maggio a Palmanova, cui ha partecipato per ASUITS il dott Zorzut (e-mail dd. 24 maggio 2017), presenti i D.ri Pischiutti, Bomben, Trani, Padovani e TdP della altre aziende regionali, è stato deciso di non attivare incontri nelle scuole su questa problematica, privilegiando gli interventi su altri aspetti della prevenzione, l'obiettivo regionale è stato quindi stralciato.</p>	
<p><b>Esposti ex amianto</b></p>	
<p>ASUITS</p> <p>Raccogliere i dati relativi ai mesoteliomi degli ex esposti e inviare al COR assicurando la trasmissione delle schede ReNaM</p> <p>trasmettere i dati sui soggetti attualmente esposti al CRUA e alla DCS secondo le relazioni annuali compilate dalle ditte di bonifica.</p>	<p>i dati relativi ai mesoteliomi degli ex esposti verranno inviati al COR</p> <p>Le schede ReNaM verranno trasmesse al COR</p> <p>i dati sui soggetti attualmente esposti verranno trasmessi al CRUA e alla DCS</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>I dati relativi ai mesoteliomi degli ex esposti, attraverso le schede/questionari RENAM sono stati trasmessi al COR</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>ASUITS garantisce un numero di controlli coerenti con il piano nazionale annuale dei controlli in materia di REACH/CLP, per</p>	<p>almeno 1 controllo</p>

quanto attiene target group e tipologia di sostanze controllate,	
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Nel 2017 il piano prevedeva due controlli, uno per la ricerca di ftalati nei giocattoli e l'altro sulle schede di sicurezza per la formaldeide. Il primo è stato effettuato presso il Centro Commerciale Monte d'Oro, il secondo presso la ditta Alder spa.</p>	

3.2.15. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (Programma XIII PRP)	
Obiettivo azienda	Risultato atteso
Adottare e applicare le Linee guida regionali per il controllo della tubercolosi e realizzare la formazione degli operatori	partecipazione ad un evento regionale Organizzazione di un'iniziativa di informazione/formazione degli operatori
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Sul sito intranet aziendale sono state pubblicate le Procedure operative: Gestione delle attività conseguenti alla segnalazione di casi di TBC e Gestione delle attività conseguenti alla segnalazione di casi di TBC in ospiti di residenze per anziani.</p> <p>L'iniziativa di informazione/formazione per quanto concerne casi di TBC in strutture residenziali per anziani ha già avuto luogo nei confronti degli operatori delle case di riposo "Ieralla" (97 dipendenti – 2 incontri) e "Casa Bartoli" (48 dipendenti - 1 incontro).</p>	
ASUITs garantisce l'offerta attiva e gratuita del test HIV, anche in forma anonima, anche ad utenti in trattamento per problemi alcol correlati.	Report testing anno 2017

Attuazione al 31.12.2017

Il test viene assicurato in forma anonima e gratuita presso il Centro Malattie Sessualmente trasmesse -MST; il percorso è esplicitato nella pagina aziendale ex AAS1 del centro MST (in attesa di revisione come ASUITS). Nel corso del 2017 il testing è stato assicurato a 1113 persone.

Per quanto riguarda i dati del testing degli utenti in carico al Dipartimento delle Dipendenze i soggetti della SCDSI testati sono n.770.

Sono state avviate le opportune revisioni organizzative per assicurare in modo sistematico dal 2018 il testing anche ai soggetti in trattamento per problemi alcol correlati; nel 2017 la sperimentazione ha coinvolto 24 utenti.

La reportistica di dettaglio è disponibile sulla Piattaforma Informatica MFP5

Assicurare il proseguimento delle campagne vaccinali già avviate

Attuazione di una collaborazione tra IRCCS Burlo Garofolo, Distretti, PLS, Pediatri Sumaisti e Dipartimento di Prevenzione al fine di migliorare le coperture vaccinali

Attuazione al 31.12.2017

Nell'anno 2017 sono stati convocati 6 incontri del tavolo vaccinazioni nelle seguenti date: 22.02.17 – 29.03.17- 10.05.17 – 28.06.17 – 30.08.17 – 20.09.17.

Adeguare la progressione dell'offerta vaccinale al nuovo PNPV attraverso la

Formazione

Revisione organizzativa

Attività di comunicazione per operatori (MMG, PLS) e utenti

Effettuazione di un corso di formazione sul campo in materia di vaccinazioni

Effettuazione di un corso di formazione degli operatori dei servizi vaccinali al counselling prevaccinale (il corso deve essere svolto anche se già effettuato nel 2014).

Attivazione dell'offerta attiva garantita per meningococco B

offerta garantita (non attiva) per rotavirus



	<p>offerta garantita (non attiva) per herpes zoster (ai 65enni)</p> <p>Effettuazione di almeno un'iniziativa di comunicazione nei confronti di operatori ed utenti, anche con la collaborazione dell'OMCEO</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>A fronte della entrata in vigore della L.119/17 (ex "Decreto Lorenzin"), che modificava radicalmente il contesto e il carico di lavoro delle strutture interessate, si è deciso di implementare gli aspetti relativi all'applicazione della nuova legge nell'ambito della FSC Analisi, revisione, individuazione delle azioni tese ad un piano di miglioramento delle coperture vaccinali, nell'ambito del quale sono stati discussi anche gli aspetti relativi al counselling vaccinale.</p> <p>Il 30 agosto è stato effettuato un incontro di discussione/informazione con i rappresentanti dei MMG, presente il Direttore Sanitario, relativo alle procedure messe in atto da parte dell'ASUITs, al fine di fornire una corretta informazione agli operatori ed agli utenti.</p> <p>Attivazione di offerta attiva:</p> <p>Nel Corso del 2017 risultano vaccinati:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. per meningococco B 2584 bambini</li> <li>2. per rotavirus n 44 neonati</li> <li>3. per HZ n 27 utenti</li> </ol> <p>Iniziative di comunicazione:</p> <p>Telequattro,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trento (vice presidente OMCEO) 13 dicembre 2017 su vaccinazione antiinfluenzale</li> <li>• Tominz e Franzin (MMG) 20 novembre, 31 ottobre, 2 e 3 novembre su vaccinazione antiinfluenzale</li> <li>• Michieletto, 8 settembre, su vaccinazioni in genere</li> </ul> <p>Il Piccolo (• 21 dicembre intervista su antiinfluenzale • 26 ottobre articolo su</p>	

Sanità a Trieste su vaccinazione antiinfluenzale • 15 giugno due articoli su Sanità a Trieste “Malattia di Lyme: studiosi a confronto e Zecche: indicazioni utili”)	
Assicurare procedure uniformi per la gestione dei soggetti inadempienti/esitanti alla vaccinazione	Adozione formale protocollo regionale
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il problema è stato affrontato nel corso di più incontri del gruppo regionale vaccinatori e del tavolo interaziendale di ASUITS. Non essendo pervenute nel corso del 2017 le attese specifiche da parte del Ministero non è stato possibile preparare e adottare una procedura formale.</p>	
Offerta vaccinazioni in categorie a rischio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Predisposizione di una procedura aziendale in applicazione ai protocolli regionali relativi all’offerta delle vaccinazioni in categorie a rischio.</li> <li>- Applicazione del Protocollo Operativo per la vaccinazione HPV alle categorie a rischio (soggetti Hiv+, omosessuali maschi) presso il Centro MST.</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>La vaccinazione viene assicurata agli utenti appartenenti alla categoria a rischio in carico al centro MST in forma anonima e gratuita secondo un protocollo operativo concordato con il reparto di Malattie Infettive per gli utenti HIV+/AIDS.</p> <p>Nel 2017 sono stati vaccinati un totale di 52 soggetti a rischio (30 omosessuali maschi e 22 Hiv+)</p>	
Avvio di un processo di accreditamento dei servizi vaccinali	Revisione delle procedure adottate al fine di iniziare un processo di accreditamento dei servizi vaccinali

Attuazione al 31.12.2017

Nel corso dell'anno sono state predisposte e adottate le seguenti procedure:

- 1.A AREA VACCINAZIONI (Centro Unico Vaccinale - CUV)
- Esecuzione di vaccinazioni obbligatorie (0-16 anni)
- Gestione delle vaccinazioni nell'adolescente oggetto di offerta attiva
- Gestione vaccinazioni prenotate CUP e vaccinazioni ad accesso libero

Le procedure sono state inserite sul sito Intranet aziendale.

Garantire la rilevazione delle reazioni avverse a vaccino

Report aziendale inviato alla DCS

Attuazione al 31.12.2017

Attualmente il sistema si sviluppa su due binari paralleli:

1. Da un lato la segnalazione alla farmacovigilanza
2. Dall'altra è stata implementata in SIASI la "Linea lavoro vaccinazioni", allo scopo di mantenere, accanto alla registrazione delle vaccinazioni della singola persona, anche traccia della segnalazione di eventuali avventi avversi seguiti alla vaccinazione medesima.

I dati introdotti in entrambi i sistemi sono visionabili a livello Regionale.

L'implementazione dei dati su rete informatica sostituisce di fatto il report aziendale, che non trova più necessità di essere trasmesso, in quanto il sistema produce automaticamente tale documento.

ASUITs partecipa ai programmi di sorveglianza delle ICA, con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.

indicatori regionali monitorati

Attuazione al 31.12.2017

ASUITS è in linea con l'obiettivo

ASUITs effettua la Point Prevalence Survey sulle Infezioni correlate all'assistenza.

PPS effettuata

Attuazione al 31.12.2017

L'indagine di prevalenza PPS si è svolta dal 3 al 26 ottobre	
ASUITs effettua la Point Prevalence Survey sul consumo degli antibiotici.	Report aziendale sul consumo di antibiotici
Attuazione al 31.12.2017  L'analisi dei dati raccolti in corso di PPS è contenuta nel I report periodico sulla qualità del 31/01/2018 che è stato trasmesso alla direzione strategica e successivamente esposto e divulgato nel corso del collegio di direzione	
Formazione degli operatori sull'uso appropriato degli antibiotici in ospedale e nelle strutture residenziali per anziani	Almeno 1 iniziativa di formazione
Attuazione al 31.12.2017  Corso ECM denominato "Buon uso dell'antibioticoterapia: dalle linee guida ai casi clinici (cod. ASUITS_00415)" effettuato in data 12/12/2017	
Formazione degli operatori sull'uso appropriato degli antibiotici negli allevamenti industriali	Organizzazione di evento formativo
Attuazione al 31.12.2017  Il corso "Antimicrobicoresistenza negli allevamenti zootecnici: impatto ambientale - nuove strategie – possibili soluzioni" si è tenuto il 19 ottobre 2017 a Cordenons.	

3.2.16. Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze (Programma XIV PRP)	
Obiettivo azienda	Risultato atteso
applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare settimanalmente i dati di attività	Report settimanale sugli interventi di assistenza a migranti
Attuazione al 31.12.2017	

I report sono stati regolarmente inviati alla Regione.	
realizzare in modo coordinato tra le aziende sanitarie almeno un intervento formativo/informativo per la sensibilizzazione di gruppi specifici (tatuatori, estetisti, piercers..) sui problemi correlati alle malattie trasmissibili	Effettuazione di un intervento formativo/informativo
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Personale SCISP ha partecipato ad una FSC (Formazione operatori sanitari addetti al controllo per le pratiche estetiche (cod. ASUIUD_17286) esitata nella preparazione delle Linee Guida Regionali ed effettuazione dell'evento formativo presentate ai gruppi specifici (tatuatori, estetisti, piercers..) nel corso di un evento tenutosi a Udine in data 11 dicembre 2017.</p>	
garantire la formazione dei propri operatori sull'antimicrobial stewardship	In ogni azienda almeno il 25% di medici prescrittori formati
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Corso formativo (CIO) in tema di Antibiotic stewardshio effettuato il 12.12.17 (66 partecipanti)</p> <p>Son state implementate le consulenze infettivologiche nelle strutture ASUITS per l'impiego degli antibiotici secondo protocolli ti terapia indicati dal CIO (2016 =1790 2017= 2762)</p>	
diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	Report inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il previsto report regionale "Epidemiologia delle Resistenze agli antibiotici della Regione Friuli Venezia Giulia" del 2017 non è stato prodotto e quindi la sua diffusione avverrà nel 2018</p>	

In applicazione del Piano generale regionale di risposta alle emergenze, definire e formalizzare l'unità di crisi aziendale	Unità di crisi aziendale formalizzata
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>E' stato approvato e pubblicato nel mese di giugno 2017 su intranet il documento "Gestione delle Maxiemergenze" che definisce al cap.10 "Il sistema di allerta interno" la catena di allertamento e la composizione dell'unità di crisi .</p>	

3.2.17. Alimentazione e salute: promozione di un'alimentazione sana, sicura e sostenibile (Programma XV PRP)	
Obiettivo azienda	Risultato atteso
sviluppare il piano d'azione elaborato da ogni azienda per i propri punti nascita e garantire la partecipazione degli operatori dedicati, al percorso formativo programmato a livello regionale	40% operatori dedicati formati
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>ASUITS è stata riconosciuta Comunità amica dei Bambini da UNICEF Italia nel 2014. Il percorso prevede una rivalutazione periodica che per ASUITS è programmata per il 2018. Il 2017 è stato dedicato all'avvio delle procedure di verifica dell'adesione agli Standard UNICEF (7 Passi e codice Internazionale) ed all'aggiornamento dei materiali. Il Piano d'Azione è stato elaborato dal Gruppo di Lavoro Multiprofessionale (5/4/2017) ed l'Autovalutazione è stata completata il 31/7/2017. La percentuale di operatori dedicati formati al 31/7/2017 è del 96.2% (25/26 dedicati) come da Registro Generale della formazione ASUITS del 25/7/2017).</p>	
tutela della salute della donna e maternità responsabile	dovranno essere attivati i percorsi formativi sull'allattamento al seno, organizzati dall' IRCCS "Burlo Garofolo" e diretti agli operatori dedicati.

	<p>valutazione dell'allineamento agli Standard Nazionali (7 Passi e Codice Internazionale) con audit degli operatori e delle madri che hanno accesso ai servizi di ASUITs</p> <p>mantenimento della formazione degli operatori sanitari secondo le responsabilità (dedicati &gt;40%)</p> <p>avvio delle pratiche di rivalutazione di ASUITs con UNICEF nazionale.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Nel corso del 2017 4 formatori ASUITs hanno partecipato al percorso di costruzione del Corso Regionale "Protezione allattamento" nell'ambito delle attività del Tavolo Regionale Allattamento sul Programma XV del PRP 2014- 2018 (costruzione del Curricolo secondo la metodologia PBL).</p> <p>Il Piano di formazione degli operatori dedicati è gestito a livello regionale.</p> <p>La percentuale di operatori dedicati formati al 31/7/2017 è del 96.2% (25/26 dedicati) come da Registro Generale della formazione ASUITs del 25/7/2017. Audit degli operatori: nel corso del 2017 (dal 10/4 al 31/12) si è svolta una Formazione Sul Campo dal titolo "Continuità delle cure nella promozione dell'allattamento materno e della sana alimentazione nella prima infanzia", condivisa tra Gruppi Aziendali Allattamento di ASUITs e di IRCCS (codice IRCBG_00720- Resp. Scientifici dott.ssa Laura Travan- IRCCS e dott.ssa M. V. Sola ASUITs), in cui, tra l'altro, sono stati effettuati audit di casi clinici condivisi tra ospedale e territorio. Audit delle madri: si è svolto attraverso la somministrazione di questionario presso le sedi distrettuali alle donne in gravidanza ed alle madri, nei mesi di luglio/ agosto 2017.</p> <p>Nel corso del 2017 è stata deliberato il Gruppo di lavoro multiprofessionale aziendale (decreto n. 464 21/7/2017), sono state predisposti gli aggiornamenti del Manuale dell'Operatore e della Politica Aziendale.</p>	
Monitorare le gare di appalto di PA e Enti	contributo al 5% delle gare d'appalto di

<p>già mappate nel 2016 e fornire il proprio contributo nelle gare d'appalto in corso nel 2017 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</p>	<p>PA e Enti in corso nel 2017 in ogni Azienda</p> <p>Monitoraggio dell'offerta, nelle gare d'appalto, di frutta e verdura e di prodotti preferibilmente tipici e a filiera corta, della riduzione del consumo di sale, usando quello iodato (50% delle RC di PA e Enti)</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>La SCIAN ha collaborato alla stesura del 100% della gare d'appalto di amministrazioni pubbliche in corso nel 2017 (4 su 4)</p> <p>Il monitoraggio, legato all'evidenza e al controllo della scadenza delle gare d'appalto, è costante.</p>	
<p>Realizzare corsi di formazione in ogni azienda su stili alimentari salutari per operatori sanitari della prevenzione, delle cure primarie e degli ospedali, anche integrati con le proposte dei programmi I e X</p>	<p>Realizzazione di un corso di formazione ogni Azienda</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Effettuati 3 corsi (5 edizioni totali) rivolti e frequentati da operatori di tutte le professioni sanitarie di ASUITs (accreditati ECM)</p>	
<p>Realizzare un secondo corso di formazione, a valenza regionale con la condivisione e il contributo di tutte le Aziende Sanitarie, 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</p>	<p>partecipazione alla realizzazione del corso regionale</p> <p>report che evidenzi la diffusione dei contenuti nel territorio aziendale</p>



Attuazione al 31.12.2017

La SCIAN ha provveduto all'accREDITAMENTO dei due corsi a valenza regionale effettuati in modo integrato in data 10.10.17: ASUITS\_00468 e ASUITS\_00469.

In data 20.12 il materiale del corso è stato inviato via e-mail alle imprese del territorio che hanno partecipato e in data 21.12 lo stesso materiale è stato implementato sul sito di ASUITs

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

Obiettivo azienda	Risultato atteso
Effettuare i controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Effettuare il 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità e inserire le evidenze ed i verbali in BDN.

Attuazione al 31.12.2017

Sono stati effettuati tutti i controlli sulle condizionalità programmati ed i risultati sono stati inseriti nella Banca dati nazionale degli allevamenti con i relativi verbali.

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; a parità di rischio dovrà essere mantenuto almeno il tasso di copertura 2016	Effettuazione delle seguenti attività di ispezione, audit, campionamento e classificazione:  n. 370 interventi ispettivi per settore (Veterinaria)  n. 4 audit per settore (Veterinaria)  6 audit (SCIAN)  n. 100 controlli ufficiali dei campionamenti di alimenti e 25 valutazioni del rischio (Veterinaria)  n. 480 interventi di controllo ufficiale e 250 valutazioni del rischio (SCIAN)
---	--

	<p>100% di campioni ufficiali programmati (SCIAN)</p> <p>n. 6 controlli congiunti tra Servizio veterinario e SIAN, come da Accordo in Conferenza Stato Regioni.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>SCIAN:</p> <p>515 ispezioni</p> <p>515 valutazioni del rischio</p> <p>100% campioni (previsti 157, effettuati 161)</p> <p>7 audit</p> <p>7 sopralluoghi congiunti</p> <p>Veterinaria:</p> <p>375 interventi ispettivi per settore</p> <p>4 audit per settore</p> <p>115 controlli ufficiali di campionamento</p> <p>25 valutazioni del rischio</p> <p>7 controlli ufficiali congiunti tra Servizio veterinario e SIAN come da accordo in conferenza Stato Regioni</p>	
<p>Attuazione del quarto anno del Progetto Piccole Produzioni Locali in accordo con la Direzione centrale agricoltura. Applicazione del nuovo Regolamento con coinvolgimento del Servizio SIAN.</p>	<p>Aumentare l'informazione e la formazione sul territorio, informando le Aziende dell'allargamento del paniere dei prodotti come da DPRReg 0179-2015 del 01/09/2015. Stesura di una relazione finale di verifica Aziendale indicante il numero di PPL registrate ed il numero di ispezioni eseguite su:</p>

	<p>carni suine e avicunicole</p> <p>carni di specie diverse</p> <p>prodotti lattiero caseari di malga</p> <p>vegetali, confetture, conserve, prodotti da forno, erbe aromatiche, prodotti dell'alveare, vegetali fermentati, lumache, ecc...</p> <p>Nel corso di tutte le verifiche programmate (PRISAN) presso le Aziende agricole verrà data informazione del Progetto Piccole Produzioni Locali e dei corsi di formazione regionali. Redazione report annuale</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>SCIAN:</p> <p>Oltre alla informazione fornite in occasione delle visite ispettive si è provveduto a inviare notizia via e-mail alle associazioni di Categoria del territorio in merito all'organizzazione dei 4 corsi PPL effettuati dalla regione.</p> <p>Veterinaria:</p> <p>E' stata effettuata una relazione finale di verifica sul numero di aziende che hanno aderito al progetto Piccole Produzioni Locali. 7 aziende hanno aderito al progetto PPL carni suine, 6 aziende hanno aderito al progetto PPL miele e derivati. In totale nel corso del 2017 sono stati effettuati 7 controlli ispettivi per la verifica del mantenimento dei requisiti strutturali ed igienico sanitari e per la verifica delle Buone Prassi di Lavorazione. Sono stati effettuati 16 campioni per PPL salumi.</p>	
<p>Misure di prevenzione su base genetica per l'eradicazione della Scrapie ovina classica, finalizzate all'incremento dell'allele di resistenza della proteina prionica (ARR) nell'intero patrimonio ovino nazionale</p>	<p>Controlli sierologici sui capi destinati alla riproduzione in funzione di quanto previsto nel decreto Ministeriale, al fine di ottenere un patrimonio ovino regionale indenne da Scrapie.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p>	

<p>Sono stati eseguiti i controlli sierologici programmati sui capi destinati alla riproduzione, finalizzati all'incremento dell'allele di resistenza della proteina prionica (ARR)</p>	
<p>Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.</p>	<p>Controllo degli allevamenti della coorte individuati dal Piano regionale al fine del mantenimento dell'indennità.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Sono stati effettuati i controlli sugli allevamenti soggetti al piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky, con prelievi in allevamento ed al macello.</p>	
<p>Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le 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 2017</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Sono stati effettuati i controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto secondo le indicazioni dell'Ufficio veterinario per gli adempimenti comunitari e della Direzione regionale.</p>	
<p>Attuazione dei controlli sull'anagrafe ovi caprina come da indirizzi LEA Ministeriali.</p>	<p>Raggiungimento del 3% dei controlli su base Regionale come richiesto da LEA Ministeriali.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>E' stato effettuato il controllo per l'anagrafe ovicaprina sul 3,4% degli allevamenti, come richiesto dai LEA ministeriali.</p>	
<p>Applicazione del PRP sull'Igiene Urbana Veterinaria.</p>	<p>Effettuare il 100% dei controlli sulle strutture di ricovero e custodia della Regione Autonoma FVG sia convenzionate che non convenzionate.</p>

<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>E' stato effettuato il controllo nelle strutture di ricovero e custodia attive convenzionate e non convenzionate.</p>	
<p>Applicazione piano vaccinale blue tongue</p>	<p>100% entro 28 febbraio 2017</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>E' stato applicato il piano di vaccinazione contro la blue tongue negli allevamenti soggetti secondo le indicazioni regionali.</p>	

### 3.3. ASSISTENZA PRIMARIA

3.3.1. Attuazione accordo per la Medicina generale	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<p>Avvio delle Nuove medicine di Gruppo in ogni Azienda</p> <p>Sviluppo dei CAP in ogni Azienda</p> <p>Attivazione di programmi di medicina d'iniziativa</p> <p>Revisione procedure dimissione protetta</p>	<p>Sviluppo delle Nuove medicine di gruppo conforme a quanto previsto dalla DGR 39/2016.</p> <p>In ogni Azienda sono presenti non meno di 4 CAP</p> <p>Evidenza in ciascuna Azienda Sanitaria di effettivo avvio dei programmi nell'ambito della gestione delle patologie croniche; miglioramento del livello degli obiettivi raggiunti per quanto riguarda il diabete previsti dall'AIR di cui alla DGR 39/2016 nel 2017 vs 2015.</p> <p>4. Evidenza di aggiornamento della procedura delle dimissioni protette sulla base delle nuove indicazioni regionali</p>

Attuazione al 31.12.2017

Per le nuove Medicine di Gruppo integrate sono pervenute 13 domande entro il 31.12.2016. Le nuove MGI si sono sviluppate secondo quanto previsto come da relazione inviata alla DCS il 14 marzo 2017.

A regime presso questa Azienda sono previsti due Centri di Assistenza Primaria per Distretto.

Attualmente il CAP del Distretto 2, ubicato presso l'Ospedale Maggiore, secondo piano, ha iniziato in data 13 marzo 2017 l'attività di medicina di iniziativa avvalendosi di 11 MMG, nonché l'attività specialistica anche avvalendosi di personale ospedaliero.

In particolare la medicina di iniziativa avviata riguarda la valutazione di assistiti con:

- BPCO (radiologia, laboratorio, pneumologia, personale del distretto, MMG);
- scompenso cardiaco (radiologia, laboratorio, Centro cardiovascolare; personale del distretto 2, MMG);
- polifarmacoterapia (personale del distretto, MMG, specialisti).

Il CAP del Distretto 3, ubicato a Muggia, Via Battisti 6, ha iniziato sperimentalmente l'attività nel novembre 2014 con 10 MMG che turnano per sette ore dal lunedì al venerdì e dalle 8.00 alle 10.00 il sabato, nella sede del Distretto 3 a Muggia, Via Battisti 6 (pur mantenendo i propri ambulatori). Tale sperimentazione è stata supportata da una formazione sul campo specifica e integrata.

E' iniziata formalmente l'attività di medicina di iniziativa in integrazione con il personale dei Servizi distrettuali, con gli specialisti ambulatoriali già presenti in sede e con gli specialisti ospedalieri. Tale attività consiste nella valutazione di:

- assistiti con BPCO (percorso con radiologica, laboratorio, pneumologia, personale del distretto, MMG);
- assistiti con scompenso cardiaco (radiologia, laboratorio, Centro Cardio Vascolare; personale del distretto, MMG);
- assistiti con Diabete e persone che assumono Polifarmacoterapia (personale distretto, MMG, specialisti).

E' attivo il Punto Unico in integrazione con il servizio sociale ogni mercoledì dalle 9 alle 11. Infine si segnala che presso il CAP di Muggia è presente una postazione analitica decentrata "Point of Care" (POC) per l'esecuzione di analisi di laboratorio.

Presso il CAP del Distretto n. 4, ubicato presso l'Ospedale Maggiore, vengono svolte le seguenti attività:

- Ambulatorio Infermieristico (medicazioni, determinazione INR, glucometrie, rilevazione parametri vitali, terapia iniettiva);
- Ambulatorio di Pneumologia;
- Punto Unico Integrato di accesso (Comune-Distretto);
- Ambulatorio Disturbi Alimentari.

Per quanto riguarda l'avvio dei programmi nell'ambito della gestione delle patologie croniche sono stati concordati obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e diagnostica.

Come da monitoraggio regionale sugli indicatori del diabete l'andamento nel 2017 risulta migliorato rispetto al 2015.

Nel 2017 è stata effettuata la revisione del protocollo di continuità assistenziale infermieristica con implementazione del raccordo con MMG . Decreto n. 100 del 07.02.18

3.3.2. Accreditemento	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<p>Partecipazione attiva al programma di accreditemento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti.</p> <p>Gli enti del SSR collaborano allo sviluppo dell'organismo tecnicamente accreditemante (OTA), costituito da tutti i referenti dell'accreditemento istituzionale, secondo le direttive dell'Intesa CSR del</p>	<p>ASUITs mette a disposizione per i sopralluoghi, secondo le indicazioni della direzione centrale salute, i valutatori per almeno 20 giornate; ogni IRCCS per almeno dieci giornate.</p> <p>L'organismo tecnicamente accreditemante (OTA), con il coordinamento dei referenti dell'accreditemento di ASUITs, AAS 2 e</p>

19/2/2015 recepita con la DGR 2220/2015	EGAS che hanno partecipato al corso di formazione organizzato dall'AGENAS, definisce le regole di funzionamento interno e la propria politica (mission, vision e obiettivi) secondo le indicazioni della DGR 2220/2015 e le trasmette per l'approvazione alla direzione centrale salute entro il 2017.
---	--

Attuazione al 31.12.2017

1. ASUITs ha messo a disposizione i propri professionisti (valutatori, esperti e coordinatori di visita) per i sopralluoghi connessi al processo di autorizzazione ed accreditamento secondo l'agenda predisposta dalla DCS.

2. Il documento è stato elaborato dai referenti dell'accREDITamento di ASUITS AAS 2 e, approvato dall'OTA FVG e trasmesso alla DCS. La DCS lo ha adottato il documento con Decreto n° 1977/SPS del 18/12/2017

3.3.3. Odontoiatria sociale	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<p>1. Aumento delle prestazioni LEA erogate raggiungendo la media aziendale di almeno 1,5 prestazioni/ora per odontoiatra</p> <p>2. Prestazioni non LEA erogate</p> <p>3. Percentuale aziendale di visite odontostomatologiche</p> <p>4. predisposizione di un progetto per l'attivazione di un percorso specifico di odontoiatria sociale dedicato ad utenti in carico ai servizi per le dipendenze</p>	<p>1. +10% delle prestazioni erogate nel 2015</p> <p>2. 200 casi di terapia ortodontica e 600 protesi totali, complessivamente nelle sedi attivate</p> <p>3. non superiore al 50% del totale delle prestazioni erogate (sono escluse le visite del pronto soccorso odontostomatologico)</p> <p>4. formalizzazione del progetto</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Su base regionale le prestazioni erogate nel 2017 sono state 128137 mentre nel 2016</p>	



116529 (+9,97%). Su base regionale il numero di prestazione/ora odontoiatra è risultato pari a 2 prestazioni/ora. Nel 2017 sono state fornite 352 protesi (pe mancata attivazione ambulatorio ASUIUD e ritardata attivazione in AAS5 e AAS3. Sono stati iniziati 272 casi ortodontici. Le visite su base regionale sono state il 28% del totale delle prestazioni. Il progetto per il percorso per i soggetti in carico preso i servizi per le dipendenze è stato presentato alla direzione aziendale di ASUITs.

Odontoiatria (coordinamento regionale)

- configurazione e implementazione della cartella clinica odontoiatrica che dovrà essere attiva in tutti i centri erogatori entro il 31.12.2017, al controllo dell'apertura degli ambulatori per le prestazione NON LEA di protesi e ortodonzia, e la razionalizzazione dell'offerta in AAS 5 e 2, nonché l'aumento di efficacia per raggiungere il target di prestazioni di +20% rispetto al 2015 e 200 casi di terapia ortodontica e 1000 protesi totali nel 2017.

ASUITs ha già provveduto all'acquisizione della cartella clinica informatizzata e, come da piani, intende avviarla a regime entro il primo semestre in modo che entro l'anno possa essere avviata nelle altre aziende della regione. Si auspica a tal proposito che Insiel realizzi le integrazioni previste nonché si renda disponibile a integrare anche il CUP.

Attuazione al 31.12.2017

Su base regionale le prestazioni erogate nel 2017 sono state 128137 mentre nel 2016 116529 (+9,97%). Su base regionale il numero di prestazione/ora odontoiatra è risultato pari a 2 prestazioni/ora. Nel 2017 sono state fornite 352 protesi (pe mancata attivazione ambulatorio ASUIUD e ritardata attivazione in AAS5 e AAS3. Sono stati iniziati 272 casi

ortodontici. Le visite su base regionale sono state il 28% del totale delle prestazioni. Il progetto per il percorso per i soggetti in carico preso i servizi per le dipendenze è stato presentato alla direzione aziendale di ASUITs.

La cartella clinica elettronica è attiva presso ASUITs da 1.9.2017, non ancora nelle altre aziende per inadempienza delle stesse (che però hanno provveduto entro il 31.12 a eseguire l'ordine al vincitore della gara.

3.3.4. Cure palliative e terapia del dolore	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Attivazione della rete locale per le cure palliative	1. Entro il primo semestre 2017 in ogni AAS e ASUI è attivata la rete locale per le cure palliative ed è nominato formalmente il responsabile della rete locale
Attuazione al 31.12.2017 Il responsabile è stato nominato formalmente.	
2. Istituzione/potenziamento degli hub e spoke della rete locale per la terapia del dolore dell'età adulta	2. ASUITs, ASUIUD e AAS 5 attivano il centro hub di terapia del dolore e negli altri ospedali sono attivati i centri spoke secondo le indicazioni della DGR 165/2016 che ne ha definito le caratteristiche e i requisiti.
Attuazione al 31.12.2017 In ambito ospedaliero esiste la funzione hub della terapia de dolore che fornisce risposte sia ad interni che ad esterni, che è stata potenziata nel corso del 2017	
3. 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	3. Assistenza garantita h24 7 giorni su 7 in ogni AAS e ASUI

<p>dedicata (servizio h24 garantito dall'UCP), Consulenza telefonica (agli assistiti e/o ai Medici dei servizi di Continuità assistenziale e al 118)</p>	
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>L'assistenza infermieristica domiciliare opera sulle 24h. E' garantita la reperibilità di un medico in ambito distrettuale e sovradistrettuale con uno specialista di riferimento.</p> <p>E' attivo il protocollo per la continuità tra centrale operativa ex 118 e distretti (SID) per la risposta H24.</p> <p>L'attivazione formale del servizio UCP previsto dal nuovo atto aziendale è stata differita al 2018. Nel corso del 2017 è stato sottoscritto un accordo con i medici SCA in raccordo con il PS dell'ospedale e l'ambito territoriale per continuità assistenziale che prevede tra l'altro la comunicazione telefonica tra professionisti.</p>	
<p>4. TEMPISTICA DI PRESA IN CARICO MALATI ONCOLOGICI DECEDUTI: Suddividere il numero di malati oncologici deceduti 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/Momento della segnalazione non noto.</p>	<p>4. 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 31.12.2017</p> <p>Tutte le persone con patologia oncologia segnalate dall'ospedale ai servizi distrettuali tramite servizio di continuità assistenziale ricevono una valutazione durante la degenza e vengono presi in carico senza interruzione di continuità. Il 100% delle segnalazioni che arrivano da altri servizi in caso di richiesta di intervento tempestivo entro le 24h salvo quando l'attivazione non venga concordata diversamente con gli specialisti di riferimento o l'MMG</p>	

5. CIA (coefficiente di intensità assistenziale) dell'assistenza domiciliare a favore dei pazienti terminali presi in carico dalla rete delle cure palliative	5. superiore o uguale a 0,5
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il dato non è disponibile</p>	
6. Percentuale di malati oncologici deceduti a domicilio	6. uguale o superiore al 50%
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>I dati di mortalità non sono ancora aggiornati a tutto il 2017. Ma le proiezioni dimostrano una tendenziale stazionarietà rispetto al 2016 in cui il livello era superiore al 50%.</p> <p>I dati del servizio di cure palliative del Centro Sociale Oncologico nel 2017 raggiungono il 72,9% di decessi fuori ricovero.</p>	
7. attivazione del monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali	7. trasmissione report alla direzione centrale salute
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>I tempi di accesso vengono monitorati</p>	
8. Attivazione di almeno una campagna informativa sulle reti delle cure palliative e della terapia del dolore da realizzarsi con finanziamento della LR 10/2011 in ciascuna Azienda	8. Almeno il 20%
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Non risulta attivato</p>	
9. Attivazione di presa in carico dei malati oncologici in "fase avanzata" con supporto	9. Almeno il 50% dei pazienti presi in carico

psico-relazionale individuale e della famiglia.

Attuazione al 31.12.2017

La modalità di presa in carico prevede la risposta agli aspetti psicologici e relazionali del malato e della sua famiglia. A persona e la sua famiglia vengono accompagnate durante tutto il percorso anche per tutti gli aspetti amministrativi per l'attivazione del FAP specifico per persone con patologia oncologica qualora il nucleo sia in difficoltà.

### 3.3.5. Superamento della contenzione

Obiettivo Aziendale

Risultato atteso

Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016

Produzione di un report di monitoraggio del fenomeno della contenzione in tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali secondo quanto disposto nella DGR 1904/2016

Attuazione al 31.12.2017

Il report è stato prodotto secondo quanto disposto nella DGR 1904/2016.

Il 2017 ha visto l'attivazione con decreto di un gruppo e di un albo aziendale di 45 volontari a garanzia dei diritti dell'art 13 della costituzione, i quali appartengono a 7 associazioni triestine ed assicurano che anche nei reparti ospedalieri non si pratici la contenzione.

Si ricorda che Trieste in forma solenne nel 2013 alla presenza delle autorità cittadine è stata dichiarata "città libera da contenzione".

Il monitoraggio nelle strutture viene effettuato dagli infermieri e dai fisioterapisti dei distretti e della direzione infermieristica nei reparti ospedalieri.

### 3.3.6. Riabilitazione

Obiettivo Aziendale

Risultato atteso

1. Attivazione a livello aziendale della

1. In ASUITs è attivato un gruppo integrato

<p>rete per le malattie neuromuscolari e la sclerosi laterale amiotrofica</p>	<p>neuromuscolare (GIN) con la finalità della presa in carico della persona con malattia neuromuscolare nell'ambito territoriale di competenza.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il percorso delle malattie neuromuscolari è in corso di definizione con riunioni seriate e documenti condivisi basti sull'evidence e sull'operatività.</p> <p>Al momento è concluso il PDTA della Sclerosi Laterale amiotrofica.</p> <p>Il gruppo GIN è stato costituito con differenti professionisti. Ci sono già dei percorsi condivisi tra Neurologia, Pneumologia e Distretti territoriale</p>	
<p>2. Attivazione a livello aziendale del PDTA per la sclerosi multipla entro la seconda metà del 2017.</p>	<p>2. Entro il 2017 almeno il 50% dei pazienti con sclerosi multipla è preso in carico con le modalità previste dal percorso assistenziale</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>IL PDTA per la Sclerosi Multipla è stato portato a termine grazie al supporto di tutti i professionisti della regione. E' stato deliberato nei primi mesi del 2018 ed era già completo alla fine del 2017 con la parte neurologica e la parte Riabilitativa.</p>	
<p>Riabilitazione</p> <p>Progettualità aziendali</p>	<p>ASUITs si impegna a:</p> <p>Attivare il percorso riabilitazione in fase acuta e cronica delle Sclerosi multipla (entro il 31.12.2017): esiste già un percorso aziendale a coinvolgimento multi professionale sia con la riabilitazione ospedaliera che territoriale.</p> <p>Formalizzare il PDTA Sclerosi Multipla (entro il 31.12.2017)</p> <p>Formalizzare un percorso locale dedicato per le malattie neuromuscolari (SLA, Miopatie e Neuropatie) sia con la</p>

	<p>riabilitazione ospedaliera che territoriale.</p> <p>Formalizzare di un percorso locale dedicato per la malattia di Parkinson sia con la riabilitazione ospedaliera che territoriale</p> <p>Elaborare:</p> <p>un percorso condiviso per le malattie demielinizzanti, (sclerosi multipla) dalla fase acuta alla riabilitazione alla gestione del dolore e della spasticità</p> <p>un percorso per la riduzione della disabilità e del dolore e della spasticità nei pazienti con Stroke</p> <p>un percorso dedicato malattie neuromuscolari</p>
--	--

Attuazione al 31.12.2017

E' attivo un percorso condiviso di riabilitazione per persone con Sclerosi Multipla in fase acuta, post acuta e cronica; il percorso aziendale che comprende la presa in carico di tutti gli aspetti riabilitativi coinvolge la Clinica Neurologica, la S.C. di Medicina Riabilitativa ed il Territorio ed è conforme a quello regionale.

E' attivo un percorso condiviso aziendale di presa in carico riabilitativa per le persone con M. di Parkinson; il percorso coinvolge la Clinica Neurologica e la S.C. Medicina Riabilitativa.

E' attivo un percorso per la presa in carico riabilitativa di persone colpite da ICTUS, il percorso aziendale

che coinvolge la Stroke Unit, la S.C. Medicina Riabilitativa ed il Territorio è conforme con quello regionale.

- E' attivo un percorso condiviso per la gestione con paziente affetto da Ictus con Dolore e spasticità iniziato da questo anno

- Per quanto concerne le malattie neuromuscolari siamo in attesa di definizione del

percorso regionale, per quanto riguarda la S.C. Medicina Riabilitativa per il momento prendiamo in carico le gravi polineuropatie.

3.3.7. Assistenza domiciliare	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Presa in carico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- &gt; 3.8% popolazione &gt; 65 anni (secondo nuova griglia LEA)</li> <li>- incremento delle attività di sostegno alla fast track chirurgica e alla peritoneale</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il dato 2017 della presa in carico secondo indicatore risulta pari a 2,31%</p> <p>Fast track: realizzata la formazione teorica e pratica degli infermieri dei distretti per la gestione dei cateteri delle peg delle stomie per anticipare la deospedalizzazione</p> <p>Per la peritoneale è proseguito il lavoro di formazione ed è incrementata l'attività 2017</p>	

3.3.8 Salute mentale	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Adozione del nuovo Piano della Salute Mentale	Collaborazione con la DCS per l'elaborazione del Piano d'azione regionale per la Salute Mentale.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il personale del DSM dell'ASUITS ha partecipato ai tavoli tecnici in vista della stesura del Piano d'Azione regionale per la Salute Mentale che sarà pubblicato nel 2018.</p>	
Salute mentale	<p>Implementazione delle attività previste dal programma "Mens sana in corpore sano"</p> <p>Il DSM di ASUITs individua la necessità di qualificare ulteriormente gli interventi relativi</p>



	<p>a:</p> <p>Miglioramento della qualità delle cure per le persone in trattamento presso il DSM.</p> <p>Ottimizzazione della collaborazione del DSM con le agenzie di confine.</p> <p>Manualizzazione dell'attività dei servizi del DSM in vista dell'accreditamento istituzionale.</p> <p>Per quanto riguarda il miglioramento della risposta alle emergenze psichiatriche, in collaborazione con le forze dell'ordine, il 118 ed il Pronto Soccorso, vi è la necessità della condivisione, con le agenzie citate, dei contenuti operativi di linee guida e raccomandazioni per la gestione delle emergenze psichiatriche.</p> <p>Contestualmente si concluderà il percorso formativo relativo a crisi ed urgenza e lo studio di fattibilità per la realizzazione di un team funzionale a ponte tra SPDC e CSM che lavori specificatamente con le agenzie dell'emergenza ed il Pronto Soccorso.</p> <p>sarà realizzato una proposta di manuale con l'indicazione dei requisiti e dei criteri che indirizzano l'operatività dei CSM 24 ore. Sarà necessario l'inserimento nel regolamento del DSM, dei principi e delle metodologie che orientano gli interventi di integrazione sociosanitaria quali ad es. i tirocini socio-</p>
--	--

	<p>formativi e/o socio-lavorativi.</p> <p>Con l'entrata in funzione del nuovo sistema l'Azienda metterà a disposizione i dati recuperati dall'applicativo PSM nei formati definiti a livello regionale. Attualmente l'applicativo PSM è a regime in modo consolidato in tutto il DSM con più di 200 utenti ti abilitati e formati, e una continua attività di configurazione, perfezione e adattamento</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementazione delle attività previste dal programma “Mens sana in corpore sano”  Il programma “Mens sana” ha visto il coinvolgimento di 175 persone in contatto con i CSM dell'ASUI di Trieste che hanno partecipato ai 10 incontri dedicati.</li> <li>2. Miglioramento della qualità delle cure per le persone in trattamento presso il DSM.  I percorsi di miglioramento delle cure per le persone in contatto con i servizi di salute mentale territoriali si sono declinati attraverso l'ottimizzazione degli interventi con le agenzie di confine e l'attivazione dell'STID (punto3) e lo sviluppo del programma “Mens sana” (punto 19 e attività del Centro Diurno Diffuso.</li> <li>3. Ottimizzazione della collaborazione del DSM con le agenzie di confine.  Si è tenuto il percorso di FSC dedicato a “Gestione integrata di situazioni complesse tra SPDC, Rianimazione O.M. e Sistema 118.”finalizzato al miglioramento della risposta alle emergenze psichiatriche, in collaborazione con le forze dell'ordine, il 118 ed il Pronto Soccorso.  Il 30 settembre 2017 si è concluso il percorso formativo relativo a crisi ed urgenza ed il 2 ottobre 2017 è diventato operativo il team funzionale (STID – Supporto Trattamento Intensivo Domiciliare) a ponte tra SPDC e CSM che lavora specificatamente con le agenzie dell'emergenza ed il Pronto Soccorso.</li> <li>4. Manualizzazione dell'attività dei servizi del DSM in vista dell'accreditamento</li> </ol>	

istituzionale.

Si sono definiti ei requisiti ed i criteri che indirizzano l'operatività dei CSM 24 ore anche in vista dell'Accreditation Canadian che coinvolgerà l'ASUI di Trieste.

La prevista riformulazione dell'articolazione delle varie SS e SSD del DSM non ha permesso un'approfondita revisione del regolamento del DSM che rimane in fase di riscrittura.

5. Con l'entrata in funzione del nuovo sistema l'Azienda metterà a disposizione i dati recuperati dall'applicativo PSM nei formati definiti a livello regionale. Attualmente l'applicativo PSM è a regime in modo consolidato in tutto il DSM con più di 200 utenti ti abilitati e formati, e una continua attività di configurazione, perfezionamento e adattamento.

Motivazioni scostamento del risultato atteso

Punto 5.

Il recupero dei dati dal gestionale pSM in uso nell'ASUI di Trieste verso l'applicativo con i formati definiti a livello regionale non potrà avvenire nel corso del 2017 perché sono ancora in corso i lavori del tavolo tecnico per la definizione delle caratteristiche tecniche che andranno esplicitate nel bando di gara.

### 3.3.9. Disturbi del comportamento alimentare

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Partecipazione dei referenti aziendali individuati al Tavolo tecnico salute mentale DCA	I referenti regionali individuati hanno partecipato all'80% degli incontri DCA
Partecipazione e collaborazione attiva al Tavolo tecnico regionale DCA.	I referenti regionali individuati hanno partecipato all'80% degli incontri.
IRCCS Burlo Garofolo e ASUIUD attivano la funzione di osservatorio epidemiologico per i DCA, in collaborazione con la Direzione Centrale Salute, i DSM e i servizi per la	Gli Osservatori epidemiologici DCA predispongono un report sull'attività 2017 della rete sulla base di indicazioni della Direzione.

<p>salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, come definito dal Decreto 1200/2013.</p> <p>Consolidamento della rete di offerta con l'attività a regime degli ambulatori dedicati e dei centri diurni per l'età adulta e per l'età evolutiva.</p> <p>Formazione specifica degli operatori.</p>	<p>Ogni Azienda ha identificato un Ambulatorio DCA con suo referente.</p> <p>Evidenza documentale di un percorso aziendale strutturato per l'intervento semiresidenziale.</p> <p>Evidenza di corsi formativi</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il personale del DSM dell'ASUITS partecipa ai tavoli tecnici in vista della stesura del Piano d'Azione regionale per la Salute Mentale che sarà pubblicato nel 2018.</p> <p>La referente dell'Ambulatori per i DCA ha partecipato ai Tavoli tecnici salute mentale – DCA.</p> <p>Per l'analisi dei dati 2017 si resta in attesa delle indicazioni dell'Osservatorio Epidemiologico DCA che tutt'ora non sono pervenute.</p> <p>Sono stati individuati gli spazi destinati ad accogliere il CD dedicato all'età adulta e sono stati eseguiti i lavori di riqualificazione</p> <p>E' stato formulato il piano di lavoro previsto dal PDTA deliberato dalla regione.</p> <p>I programmi formativi sono organizzati dalla Clinica psichiatrica dell'ASUI di Udine.</p> <p>Per intanto è stato programmato per ottobre un evento formativo rivolto ai MMG e PLS.</p> <p>Il Decreto 693 ha istituito il Servizio integrato per i disturbi del comportamento alimentare – DCA (ambulatoriale e semiresidenziale) dell'ASUI di Trieste e nominato il referente con l'equipe dedicata.</p>	
<p>Disturbi comportamento alimentare</p>	<p>Il DSM di ASUI di Trieste, nonché Centro Collaboratore dell'OMS, intende procedere alla formalizzazione del gruppo di lavoro multiprofessionale dedicato e dei percorsi di cura e protocolli connessi alla presa in carico delle persone con DCA finalizzati sia</p>

	<p>alla gestione degli aspetti internistici - nel caso di accertamenti medici e/o di acuzie in regime di ricovero- che alla presa in carico congiunta tra servizi competenti (CSM, SC BADO, NPI) e durante la transizione.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il DSM di ASUI di Trieste ha formalizzato il gruppo di lavoro multiprofessionale dedicato formato da personale del DSM e definito i percorsi di cura e protocolli di collaborazione connessi alla presa in carico delle persone con DCA finalizzati sia alla gestione degli aspetti internistici nonché la presa in carico congiunta tra servizi competenti (CSM, SC BADO, NPI) e durante la transizione.</p>	

3.3.10. Salute mentale in età evolutiva	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<p>Salute mentale in età evolutiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nel corso del 2017 sarà individuata con atto formale la rete regionale dei servizi di salute mentale per l'età evolutiva. Verranno individuati i requisiti per l'accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per i minori con disturbi neuropsichici.</li> <li>- ASUITs proseguirà nel rinforzo dei servizi di salute mentale per l'età evolutiva come previsto dalla DGR n.1671/09.09.2016</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Con DGR 122/18 è stato adottato il Piano regionale salute mentale 2018-2020 nel quale è indicato la rete regionale dei servizi di salute mentale in età evolutiva. Al tavolo per l'area minori ha partecipato il dott. Cesarino Zago, presente a tutte le sedute.</p> <p>In Asuits nel 2017 è stato deliberato il centro diurno per adolescenti e giovani adulti e</p>	

### 3.3.10. Salute mentale in età evolutiva

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
individuare le risorse da assegnare per il suo funzionamento. Sono stati inoltre attuati corsi di formazione per migliorare la risposta alla popolazione minorile e l'integrazione con i servizi sociali degli ambiti 1.1., 1.2, 1.3 con protocollo di segnalazione e presa in carico condivisi.	

### 3.3.11. Autismo

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Partecipazione dei referenti individuati delle NPIA al tavolo tecnico regionale in tema di salute mentale  Implementazione del percorso diagnostico assistenziale per il minore affetto da disturbi dello spettro autistico	1. I referenti individuati hanno partecipato all'80% degli incontri regionali organizzati  2. Numero corsi (Early Start Denver Model) e numero operatori formati in tema di gestione del minore con disturbi dello spettro autistico
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Gli incontri del tavolo tecnico sono avvenuti nei seguenti giorni:</p> <p>14 luglio 2016, 22 settembre 2016, 9 novembre 2016, 14 dicembre 2016, 17 gennaio 2017, 3 maggio 2017, 8 giugno 2017, 3 ottobre 2017</p> <p>Il referente individuato per ASUITs, ha partecipato a tutte le giornate.</p> <p>Organizzato il corso di I livellodi (Early Start Denver Model) previsto nel 2017 dalla programmazione regionale a cui hanno partecipato 71 operatori da tutte e cinque le aziende sanitaria regionali. Per quanto riguarda la FSC per il II livello il referente della formazione regionale ha deciso di spostarla nel 2018 (comunicazione con mail 5/12/17)</p>	
Disturbi comportamenti spettro autistico nell'adulto	Mettere a fuoco un percorso autismo che utilizzi in modo razionale e sinergico tutte le risorse presenti nella provincia di Trieste; tale percorso deve essere monitorabile in

	<p>tempo “quasi reale” grazie ad una cartella clinica informatizzata e condivisa da tutti i nodi della rete (pSM).</p> <p>Individuare un Protocollo di valutazione diagnostica condiviso tra IRCS Burlo, Ospedali Riuniti e SC BADOE.</p> <p>Definire i percorsi di continuità, diagnostica e presa in carico e trattamento tra NPI e servizi di salute mentale territoriali.</p> <p>Collegare la valutazione diagnostica ai Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali definendo modalità condivise tra i servizi che accertano il disturbo per garantire la continuità informativa alle famiglie nel periodo della transizione.</p>
--	---

Attuazione al 31.12.2017

Il tavolo regionale per i disturbi dello spettro autistico nell’adulto ha svolto solo gli incontri propedeutici alla stesura degli indirizzi regionale. Pertanto non sarebbe stato possibile e coerente attivare un percorso con protocolli per l’area triestina che avrebbero corso il rischio di non trovare riscontro negli atti di indirizzo regionali (non è stato per esempio ancora definito se la transizione dovrà avvenire verso il DSM o verso le strutture distrettuali della disabilità).

Infine non risulta alla DCS questa seconda parte negli atti formali assunti.

3.3.12. Consulteri familiari	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Implementazione dell’offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio.	1. Attivazione del servizio.
2. Promozione della salute della donna in	2. Evidenza di interventi a favore della

### 3.3.12. Consulteri familiari

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
età post-fertile	salute della donna in età post-fertile
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Nel corso del 2017 è stato sperimentato l' "Accordo di continuità tra ASUITs e Irccs Burlo Garofolo per le donne in situazioni di rischio psicosociale e sanitario durante la gravidanza, il parto ed il puerperio e per i bambini dopo la nascita". A tutte le donne segnalate con check list è stata offerta la visita domiciliare in puerperio (ostetrica/ altro operatore).</p>	
Consulteri familiari	<ul style="list-style-type: none"><li>- messa a sistema dell'offerta dei CAN alle donne in gravidanza con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili e a scarso accesso</li><li>- analisi di fattibilità per avvio dell'implementazione più estensiva della visita domiciliare in puerperio.</li></ul>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Nel corso del 2017 è stata mantenuta l'offerta di CAN alle donne in gravidanza residenti nella provincia di Trieste. Sono stati confermati i criteri di accesso e le caratteristiche dell'attività, descritta nel Manuale degli operatori" riguardante lo standard "Percorso assistenziale" UNICEF - Comunità Amica dei Bambini per l'Allattamento - BFCI.</p> <p>Tutte le donne hanno avuto un primo colloquio da parte dell'ostetrica prima dell'avvio dei gruppi dei Corsi Accompagnamento alla Nascita (CAN). Per le donne maggiormente vulnerabili sono stati proposti, qualora impossibile l'inserimento nei gruppi, percorsi individualizzati/ potenziati con l'ostetrica (individuali/ di coppia).</p> <p>In relazione alle risorse disponibili si sono definiti i criteri più estensivi per l'offerta della visita domiciliare.</p>	

### 3.3.13. Diabete



Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
<p>1 L'ASUITs organizzerà nel primo trimestre del 2017 i corsi di formazione per garantire l'applicazione del "Documento di indirizzo regionale sull'Assistenza alla Persona con Diabete"</p>	<p>Evidenza entro il 31.3.2017 dell'attuazione dei corsi a livello aziendale rivolti ai MMG e agli operatori dei distretti che si occupano di diabete nell'assistenza primaria.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Organizzato ed effettuato il corso di formazione per garantire l'applicazione del "Documento di indirizzo regionale sull'Assistenza alla Persona con diabete" rivolto ai tutti gli MMG e agli operatori dei distretti che si occupano di diabete nell'assistenza primaria in data 13/04/2017 (Nota il corso non è stato organizzato nel primo trimestre ma poco dopo per le esigenze formative dei colleghi MMG). Il corso si è svolto in plenaria per la prima parte di relazioni frontali nella mattina mentre la seconda parte dei lavori di gruppo è stata svolta nel pomeriggio in ciascuno dei 4 Distretti con la partecipazione degli MMG e degli operatori afferenti a ciascun Distretto.</p>	
<p>Diabete</p>	<p>applicazione della rete aziendale clinico assistenziale sulle problematiche connessa alla patologia diabetica redatta nel 2016</p> <p>attuazione dei PDTA clinico assistenziali con definizione dei ruoli e responsabilità dei numerosi professionisti che sono attivi nel settore</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>1) Dopo il corso di formazione è iniziata a livello Aziendale l'applicazione pratica del "Documento di indirizzo regionale sull'Assistenza alla Persona con Diabete". Da aprile 2017 le Strutture di Diabetologia hanno inserito tutti i pazienti, che rientravano nei criteri definiti dal documento, nel percorso di gestione integrata. Gli indicatori di processo previsti dal documento regionale ed elaborati sempre a livello Regionale indicano un miglioramento complessivo della performance per quanto riguarda l'esecuzione di emoglobina, glicata, microalbuminuria, profilo lipidico, creatininemia e fondo oculare. Per quanto riguarda lo</p>	

screening della retinopatia diabetica, che già di base dimostrava una buona performance, il dato risulta significativamente migliorato nel monitoraggio successivo tanto da far sì che l'ASUITs sia l'Azienda che in Regione ha il miglior risultato per questo indicatore.

2) Redatto il PDTA condiviso tra la Diabetologia ed il Centro Studi Fegato, per la gestione e la presa in carico delle persone con diabete ed epatopatia e delle persone con epatopatia ed alterazioni del metabolismo glucidico o diabete ed iniziata l'applicazione del PDTA che viene allegato al presente documento.

Nel 2017 sono stati presi in carico, secondo i criteri previsti dal documento, 15 pazienti diabetici con epatopatia segnalati dal Centro Studi Fegato alla Diabetologia e sono stati segnalati al Centro Studi Fegato e presi in carico 14 pazienti.

3) Messi in atto gli incontri tra i professionisti coinvolti che hanno portato alla definizione, condivisione e razionalizzazione delle attività svolte dalle dietiste in ambito diabetologico in ospedale e sul territorio.

In tale contesto è in fase finale di realizzazione il materiale informativo ed educativo sulla corretta alimentazione e stili di vita nelle persone con diabete, condiviso tra i professionisti (dietiste, infermiere, diabetologi) operanti sul territorio e quelli operanti in ospedale, da consegnare ai pazienti con diabete alla dimissione o in corso delle visite ambulatoriali.

4) Messi in atto gli incontri tra i professionisti e redatto il PDTA per la definizione del percorso di dimissione e presa in carico precoce presso la Diabetologia delle persone con diabete dimesse dalla Cardiologia, secondo quanto previsto dalla DGR 1572/2917: "Linee di indirizzo Regionali per la gestione dell'iperglicemia e del diabete in ospedale".

#### 3.3.14. Sanità penitenziaria

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. A seguito dei lavori del Gruppo tecnico regionale le Aziende elaborano programmi per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere.	1. Programmi aziendali per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere entro il 2017.
Attuazione al 31.12.2017	

Nella redazione del piano locale è stata prevista una formazione specifica a livello locale nella quale viene prevista la distribuzione del manuale “Prevenire il suicidio in carcere”.

Il gruppo tecnico regionale per l’organizzazione della formazione a livello locale si è posto l’obiettivo di coinvolgere capillarmente il numero maggiore di professionisti sanitari e dell’amministrazione penitenziaria, identificando la metodologia più appropriata, di seguito sinteticamente descritta:

fase 1: predisposizione di un corso di formazione regionale per formatori, che si svolgerà il 5 giugno 2018 a Pordenone.

fase 2: a seguito del corso regionale a livello locale verrà organizzato in più edizioni una formazione ad hoc entro il 2018

Sanità penitenziaria

- adesione al Gruppo Tecnico Regionale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere individuando il personale dedicato, che a seguito dei lavori del Gruppo Tecnico redigerà un protocollo operativo locale in collaborazione con la Direzione della Casa Circondariale di Trieste.

- Il DSM dell’ASUI di Trieste, nonché Centro Collaboratore dell’OMS, a suo tempo, ha tradotto e pubblicato anche su supporto cartaceo il manuale “Prevenire il suicidio in carcere. Le linee guida OMS e la realtà italiana. Manuale per operatori penitenziari e sanitari” la cui distribuzione potrebbe essere ipotizzata nell’ambito dei programmi aziendali per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario in carcere

Attuazione al 31.12.2017

Con nota della Direzione Centrale Salute n° 2604 del 06.02.2017 è stato istituito il Gruppo tecnico prevenzione rischio suicidario, sono stati individuati i rappresentanti per ASUI

Trieste: Dott.ssa Franca Masala Sanità Penitenziaria e Dr.ssa Alessandra Oretti medico psichiatra Dipartimento di Salute Mentale

In data 25.09.2017, il gruppo tecnico prevenzione rischio suicidario ha licenziato il Piano prevenzione dei suicidi in carcere locale, condiviso con Osservatorio Permanente Sanità Penitenziaria Regionale e la Direzione Sanitaria ASUI Trieste.

In data 6/11/2017 con delibera n°2145 è stato approvato il Piano Regionale per la prevenzione delle condotte suicidarie e dei gesti autolesivi in carcere e indicazioni per i piani locali.

In data 29/12/2017 è stato sottoscritto il Piano locale per la prevenzione delle condotte suicidarie e dei gesti autolesivi in carcere tra ASUI Trieste e Casa Circondariale di Trieste a firma del Direttore Generale ASUI dr. Adriano Marcolongo e la dr.ssa Iannucci Direttore del carcere di Trieste

### 3.3.15. Ospedali psichiatrici giudiziari

Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Ospedali psichiatrici giudiziari	<ul style="list-style-type: none"><li>- ASUITs proseguirà nel programma regionale di superamento degli OPG, garantendo il funzionamento delle strutture per l'esecuzione delle misure di sicurezza regionali (REMS) e, più in generale, attivando percorsi di fronteggiamento della deriva di internamento e predisponendo i progetti riabilitativi personalizzati per le persone internate.</li><li>- In caso di mancato utilizzo della REMS di Aurisina per persone residenti in regione,</li></ul>

	grazie al lavoro di prevenzione, secondaria e terziaria, svolto dai DSM regionali, sia sul piano operativo che nel rapporto con la magistratura, verranno sperimentate modalità di reimpiego del personale REMS nel supporto ai programmi personalizzati di persone a rischio di misure di sicurezza, di detenzione e deriva sociale
--	--

Attuazione al 31.12.2017

La predisposizione del progetto riabilitativo personalizzato per le due persone accolte nel 2017 ha reso possibile la dimissione delle due persone accolte, in accordo con il Magistrato di Sorveglianza.

Il personale REMS, in assenza di accoglimenti, è stato reimpiegato nel supporto ai programmi personalizzati di persone a rischio di misure di sicurezza, di detenzione e deriva sociale.

3.3.16. Dipendenze	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
1. Collaborazione con l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.	<p>1. 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 regionali raccolti dell'osservatorio.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>E' stata garantita la partecipazione a tutti gli incontri di coordinamento regionale organizzati dall'Osservatorio sulle Dipendenze:</p> <p>27/1, 22/2, 21/3, 20/4, 24/5, 19/6 (poi annullato), 18/7, 18/9, 17/10, 21/11 e 12/12.</p> <p>Il DDD ha inviato i report periodici relativi ai flussi informativi SIND previsti ex lege, sia</p>	

3.3.16. Dipendenze	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
sui dati di utenza che sui dati di attività secondo le tempistiche regionali.	
2. Partecipazione alla realizzazione di un workshop regionale, in collaborazione con il terzo settore sui trattamenti alcolici.	2. Partecipazione dei almeno il 70% del personale dei Servizi per le dipendenze dedicati al trattamento alcolico al workshop regionale.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>L'evento regionale rivolto agli operatori dei servizi e alle realtà del terzo settore si è tenuto il 25 novembre nell'Auditorium della Regione di via Sabadini a Udine; prima di tale evento finale il gruppo allargato integrato pubblico/privato sociale si è trovato regolarmente, sia in forma plenaria che in sottogruppi tecnici di lavoro, per approfondire le tematiche individuate e preparare i contenuti del workshop.</p>	
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. Partecipazione alla realizzazione di una formazione a valenza regionale sulle misure alternative e messe alla prova.</p> <p>Aumento delle misure alternative e messe alla prova (2017 vs 2016).</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Nel 2016 sono stati 64 i soggetti che hanno beneficiato di un programma terapeutico in misura alternativa alla detenzione (fonte dati sistema MFP5). Nel 2017 sono state complessivamente 75 le persone seguite con programmi di cura in misura alternativa alla detenzione (fonte dati report finale progetto), con incremento pari al 17%. La formazione regionale è stata invece rinviata al 2018, per decisione concordata con i servizi regionali del Ministero della Giustizia.</p>	
4. Partecipazione ai tavoli di monitoraggio sugli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.	4. Individuazione di almeno 3 indicatori di outcome relativi agli strumenti terapeutico riabilitativi e di reinserimento sociale.
Attuazione al 31.12.2017	

### 3.3.16. Dipendenze

Obiettivo Aziendale

Risultato atteso

Le Assistenti sociali hanno partecipato con continuità ai lavori del tavolo tecnico regionale, secondo il seguente calendario:

- 17.02.2017 a Palmanova
- 17.03.2017 a Palmanova
- 11.04.2017 a Palmanova
- 16.05.2017 riunione poi sospesa per motivi organizzativi indipendenti dagli operatori
- 13.06.2017 a Palmanova

Il tavolo di lavoro regionale ha contribuito alla stesura della proposta di “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 ai servizi sanitari competenti”, che ha individuato 8 indicatori di outcome:

- drop out tirocinio;
- conclusione anticipata per raggiungimento obiettivi;
- numero di rinnovi (con specifica delle motivazioni);
- percentuale di presenze rispetto agli orari previsti da PF;
- numero di obiettivi raggiunti come previsto da PF a fine percorso;
- n. competenze acquisite;
- grado di soddisfazione del tirocinante e del tutor del soggetto ospitante rispetto ai compiti appresi e alle relazioni attivate;
- n° di ricadute nell’uso delle sostanze/dipendenza (laddove applicabile).

5. Produzione di almeno 3 indicatori di outcome

5. Report con l’esito di almeno 3 indicatori di outcome.

Attuazione al 31.12.2017

Il report è stato inviato al referente della Direzione centrale salute della Regione in data 6

3.3.16. Dipendenze	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
marzo 2018 sugli indicatori di outcome concordati:	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. follow-up dei soggetti tabagisti a 6 mesi dal trattamento;</li> <li>2. monitoraggio drop out;</li> <li>3. monitoraggio decessi per suicidio o overdose</li> </ol>	

3.3.17. Privacy	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Privacy	Intensificare la raccolta dei consensi a trattamento dei dati personali, in modo da estenderla a tutti i cittadini
Attuazione al 31.12.2017	
La raccolta dei consensi si è intensificata ed estesa il più possibile a tutti i cittadini	

3.3.18. Continuità assistenziale 116-117	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Continuità assistenziale 116-117	Predisporre un'ipotesi di un'organizzazione con risorse infermieristiche ancorché non sia ancora prevista l'apposita attivazione della linea telefonica dedicata da parte dei gestori telefonici, per garantire la continuità assistenziale dei pazienti in cura/assistenza domiciliare, coerentemente con l'Accordo Stato-Regioni
Attuazione al 31.12.2017	



Dal 1 luglio 2017 è stato predisposto ed attivato il nuovo “numero unico per i servizi sanitari non urgenti”, numero verde gratuito attivo e disponibile 7 giorni su 7, 24 ore su 24, esclusivamente dedicato ai cittadini della provincia di Trieste. Seguendo le indicazioni della Conferenza Stato Regioni atto n. 221/CSR del 24/11/2016, tale servizio è partito con modalità organizzativa che prevede la presenza di 2 professionisti infermieri h 24, esperti e formati nell’identificazione delle problematiche di salute ed in grado di attivare i servizi al fine di garantire la risposta più adeguata e la continuità assistenziale a tutte le richieste non urgenti. Il servizio si è inserito a pieno regime nella rete organizzativa e operativa dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali.

### 3.4 PROGETTI ATTINENTI LE ATTIVITÀ CLINICO ASSISTENZIALI

3.4.1 Insufficienze d’organo e trapianti	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Cuore	
Cuore	<p>Dopo la formalizzazione della filiera cuore della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d’organo e trapianti, predisposizione di almeno 2 percorsi assistenziali a valenza regionale (VAD e ECMO).</p> <p>Utilizzo presso il Centro trapianti di almeno l’85% degli organi prelevati in regione (diretti o in scambio con altre regioni).</p> <p>Riduzione del tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-74 anni, portandolo per ogni AAS/ASUI sotto il valore di 210 (valore medio regionale 2015 di 208,26 – fonte Bersaglio)</p>

Attuazione al 31.12.2017

Si pone attenzione al fatto che i ricoverati per scompenso nella fascia d'età considerata sono in gran parte oggetto di cardiologia interventistica, e che quindi i dati leggermente superiori al target richiesto e costanti nel tempo sono da attribuirsi ad una migliore performance del sistema. In ogni caso, fatta questa premessa, ASUITS si adopererà per selezionare al meglio i casi di ricovero.

Cuore – scompenso cardiaco

Mantenimento e miglioramento dei seguenti interventi in favore dei pazienti con scompenso cardiaco di 50-74 anni:

Presenza in carico medico-infermieristica (ambulatoriale o telemonitoraggio remoto) entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera di almeno 1/3 dei pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco (1° diagnosi), selezionati tra quelli a maggiore rischio di reospedalizzazione

Mantenimento in carico medico-infermieristico presso l'ambulatorio dedicato della SC Centro Cardiovascolare e Cardiologia di almeno il 50% dei pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco selezionati tra quelli a maggior rischio di ospedalizzazione

Condivisione con le AFT aziendali e con i Distretti di percorsi facilitati di presa in carico dei pazienti con scompenso cardiaco.

- Condivisione con il Pronto Soccorso e 118 di percorsi facilitati di presa in carico urgente senza necessità di ricovero presso l'ambulatorio dedicato della SC Centro

Cardiovascolare o Cardiologia dei pazienti con scompenso cardiaco selezionati tra quelli a minore rischio

Attuazione al 31.12.2017

1. Report ricoveri per SC pazienti 50-75 anni: E' stato preparato il primo report sul PDTA Scompenso che riporta andamento dei ricoveri per 1° diagnosi Scompenso (criteri Mes), ricoveri ripetuti, re-ricoveri a 30 giorni, mortalità a 30 giorni suddivisi per età (<50, 50-75, >75 anni) e per sede di ricovero (Cardiologia vs altro). Nei pazienti 50-75 anni, il numero dei ricoveri per scompenso cardiaco è rimasto stabile nel 2017 rispetto al 2016. Si è invece ridotto il numero dei re-ricoveri o decessi a 30 giorni ed i ricoveri nei reparti di Medicina o Geriatria. Al contrario sono (correttamente) aumentati i ricoveri in Cardiologia, motivati dalla necessità di eseguire esami di diagnostica eziologica invasiva o terapia interventistica (rivascolarizzazione, interventi su valvole o impianto device). (Allegato 1)

2. Mantenimento e miglioramento dei seguenti interventi in favore dei pazienti con scompenso cardiaco di 50-74 anni:

a) Continuità assistenziale: sono state organizzate 2 riunioni, per condivisione del percorso, il 19 giugno, presso lo spazio ex Villas nel Comprensorio di S. Giovanni, ed il 20 giugno al Centro Cardiovascolare. Al 31-12-2017 sono stati segnalati alla dimissione ospedaliera 483 assistiti con diagnosi di scompenso cardiaco, di questi: il 15,7% dopo il follow-up telefonico infermieristico e condivisione del caso con i cardiologi è stato riaffidato al proprio MMG, lo 0,4% non ha eseguito la visita per exitus, 405 assistiti (83,9%) sono stati presi in carico dal team medico-infermieristico entro 30 giorni dalla dimissione. (Allegato 2)

b) Presa in carico: E' rimasto in carico all'Ambulatorio dello Scompenso Cardiaco Avanzato l'82,5% dei casi visti mentre il 17,5% è stato riaffidato al suo MMG/CAP. Vedere documento PDTA scompenso pag. 20-21. (Allegato 2)

c) AFT aziendali e Distretti: Negli incontri del 10 ottobre, presso la sala riunioni della Clinica Psichiatrica, e 24 ottobre, presso la Direzione di Cattinara, sono stati condivisi i criteri e percorsi per la presa in carico degli assistiti con scompenso cardiaco ed è stato aggiornato il documento del PDTA scompenso (pag. 1-2-3-4-5-21). (Allegato 2). Dal 1° novembre al 31.12.2017 sono stati condivisi e presi in carico 49 assistiti. (D1 12 assistiti; D2 10 assistiti; D3 13 assistiti; D4 14 assistiti).

d) PS-118: Tra il 5/9 e 5/10/2017 è stato realizzato il documento per la presa in carico dal PS dei pazienti con SC a basso rischio. I contenuti sono visionabili nel documento PTDA scopenso pag. 6-7-8. (Allegato 2). Tra fine ottobre e 31-12-2017 sono stati segnalati al CCV 12 assistiti.

## Rene

### Rene

Potenziamento della Dialisi peritoneale e dei trapianti con l'obiettivo di ridurre i pazienti in emodialisi al di sotto del 46% del totale (trapiantati + emodializzati + in dialisi peritoneale).

Ulteriore potenziamento del programma Trapianti di rene con riduzione dei Tempi di iscrizione in lista trapianto di almeno il 75% dei nuovi dializzati entro 6 mesi dall'inizio della dialisi e aumento dei casi di trapianto (almeno 70/anno comprensivi di tutte le tipologie di trapianto).

Attuazione al 31.12.2017

L'attività è stata potenziata. ASUITs passa da una percentuale che superava il 50% nel 2016 ad un 48% nel 2017.

Emodializzati 167;

Trapiantati 133;

Dializzati peritoneali 48

Totale pazienti in terapia sostitutiva renale (T+HD+DP) 348

### Rene - pdta

1. Effettuazione di un audit di monitoraggio congiunto dei nefrologi entro marzo '17 ed un secondo fra ottobre e dicembre '17.

2. proseguire con la formazione teorico

	<p>pratica (circa 18 ore presso il reparto) degli infermieri dei servizi territoriali (Distretti RSA Strutture Protette) per arrivare a circa 200 formati. Al momento sono formati 130;</p> <p>3. promuovere in primis il trattamento domiciliare. Si utilizzeranno tutti gli strumenti per favorire il trattamento domiciliare peritoneale (con i diversi livelli di assistenza fornibili: dalle visite periodiche alle medicazioni etc.), fino alla forma di gestione infermieristica domiciliare della metodica nel paziente non autosufficiente senza sostegni (care givers) familiari.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Nel anno 2017 la Commissione Regionale Dialisi e Trapianto ha lavorato al nuovo osta del trapianto renale che è stato definito compiutamente ed è in attesa di essere deliberato.</p>	
<p>Fegato</p>	
<p>Fegato</p>	<p>Partecipazione ai lavori regionali per la formalizzazione di almeno 2 percorsi assistenziali a valenza regionale di cui almeno uno che riguarda i pazienti trapiantati</p> <p>. ASUITs si impegna, per il 2017, all'iscrizione in lista trapianto, presso il centro trapianti dell'ASUIUd, di almeno 10 pazienti</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Pazienti trapiantati/segnalati nel 2017:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RD trapiantato</li> </ul>	

- MT trapiantata
- BA trapiantato
- DGR trapiantata
- DA segnalato rifiutato trapiantato presso altra sede
- GR segnalato in lista
- PE segnalata non considerata indicata a trapianto per MELD basso
- CF segnalato, deceduto in corso di staging pre OLT

In preparazione dal 2017 ed inviati con studio completato nel 2018:

- TR
- DF
- VG
- DV
- HP

Sono a tutt'oggi in fase di stesura definitiva PDTA cirrosi (che prevederà un allegato trapianti)

e ipertansaminasemia iniziati nel 2017 e in completamento 2018

## Pancreas

### Pancreas

- partecipazione dei propri professionisti, alla costruzione della rete dedicata alle patologie del pancreas e diabete
- ridurre il tasso di amputazioni maggiori in pazienti diabetici (tasso atteso: <30 casi/1.000.000 residenti in Provincia di Trieste; valore medio regionale 2015 di 29,39/1.000.000 – fonte bersaglio).

Attuazione al 31.12.2017

1) Partecipazione del referente aziendale per ASUITS al Tavolo Tecnico Regionale sul diabete ed in particolare agli incontri svoltisi nelle seguenti date:

18 gennaio 2017

15 marzo 2017

23 maggio 2017

27 giugno 2017

03 ottobre 2017

2) Contribuito, da parte del referente aziendale per ASUITS al Tavolo Tecnico Regionale sul diabete, alla realizzazione delle diverse attività messe in atto dal Tavolo Regionale sul diabete e partecipazione alle stesse.

3) Partecipazione dei referenti Aziendali per ASUITs al Tavolo Tecnico Regionale ristretto sulla Malattia Diabetica in Ospedale e contributo attivo degli stessi alla stesura e realizzazione delle: "Linee di indirizzo Regionali per la gestione dell'iperglicemia e del diabete in ospedale" deliberato dalla Regione ad agosto 2017 (DGR 1572/2917).

4) Per il tasso di amputazioni maggiori io non ho i dati per cui chiedo a te Marco cortesemente di inserirli.

In relazione all'obiettivo amputazioni maggiori si rileva che le modalità di definizione del tasso di amputazione maggiore non sono del tutto appropriate sulla base anche di quanto rilevato dalle Società scientifiche. L'analisi condotta per definire l'obiettivo viene infatti effettuata accorpando alle amputazioni maggiori (ICD9-CM: 84.13-84.19) anche le amputazioni minori (ICD9-CM: 84.11-84.12). La definizione di amputazione minore o maggiore è riconosciuta a livello internazionale e si intende minore se eseguita su segmenti distali all'articolazione tibio-astraglica e maggiore se coinvolge strutture prossimali a questa articolazione. Si rileva che l'amputazione minore può rappresentare in molti casi una opzione terapeutica (non sempre è un indicatore negativo e quindi "evitabile"), mentre le amputazioni maggiori sono un evento da limitare al massimo e rappresentano uno degli obiettivi a cui tutta l'organizzazione diabetologica si ispira in coerenza con la letteratura scientifica. Accorpare le amputazioni minori con le maggiori comporta, quindi, interpretazioni non corrette sull'attività di prevenzione e riduzione delle amputazioni

“maggiori” degli arti inferiori.

Sono state messe in atto iniziative di rivalutazione dei casi che sono numericamente molto pochi. La maggior parte di queste amputazioni sono sfuggite alla rete dei Centri Diabetologici Distrettuali. Si rileva che dai dati ricavati dal sistema informatico della diabetologia aziendale si osserva un lieve incremento negli ultimi tre anni delle amputazioni minori, ma di converso una riduzione delle amputazioni maggiori nelle persone in carico alla diabetologia. In aggiunta una consistente parte dei pazienti (39%) seguiti presso la Diabetologia Aziendale ha una età > 75 anni (la quota percentualmente più consistente) e come si evince dai dati di letteratura sono propri questi i soggetti con diabete a maggior rischio di amputazioni maggiori. Infine considerando che l'insufficienza renale terminale e la dialisi costituiscono di per se fattori di rischio importanti di amputazione maggiore va valutato quanti di questi casi riguardino persone con diabete dializzate.

#### Polmone

#### Polmone

1. Formalizzazione della filiera polmone della rete per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti
2. Riduzione del tasso di ospedalizzazione per BPCO portandolo per tutte le AAS/ASUI al di sotto del 60 per 100.000 residenti di 50-74 anni (valore medio regionale 2015 del 65,84 per 100.000 residenti – fonte Bersaglio).
3. Formazione di 3 infermieri per ogni distretto sanitario per la gestione integrata con le Pneumologie di riferimento dell'ossigenoterapia domiciliare
4. Formazione di 2 fisioterapisti per distretto, da parte delle Pneumologie di riferimento, finalizzata alla riabilitazione respiratoria ambulatoriale e domiciliare



Attuazione al 31.12.2017

Formalizzazione filiera polmone per la presa in carico delle gravi insufficienze d'organo e trapianti avvenuta con l'attuazione del PDTA e la collaborazione dello pneumologo del territorio, dei Distretti e MMGG. In particolare la SC Pneumologia ha partecipato, per quanto di sua competenza, alla progettazione dei MMGG e alla formazione dei 3 infermieri e 2 fisioterapisti per Distretto

Il tasso di ospedalizzazione per BPCO è tornato a salire fino a quota 107,3.

Polmone

ASIUTs si impegna ad attivare un modello organizzativo innovativo che preveda:

1. vari incontri per coinvolgere i professionisti ospedalieri, distrettuali e MMG nonché il personale infermieristico ed i fisioterapisti

2. Un insieme di interventi coordinati tra loro (bundle) riguardanti:

a. la prevenzione delle riacutizzazioni della BPCO/IRA e degli accessi al PS, attraverso l'incremento della vaccinazione antinfluenzale e antipneumococcica, anche in regime di ricovero, le pratiche di self management, comprendenti anche il corretto uso dei farmaci, una maggiore facilitazione per l'accesso alle strutture pneumologiche e alla riabilitazione respiratoria, un coordinamento tra il sistema 118 e pneumologi

b. la dimissione dal PS, attraverso l'attivazione dello pneumologo territoriale e del SID

	<p>c. la riduzione della durata della degenza, attraverso la valutazione pneumologica dei ricoverati per un corretto PDTA e, alla dimissione, riferimento clinico per i punti a e b.3.</p> <p>3. Formazione del personale di cui al punto 3 e 4 delle Filiera Polmone delle Linee di gestione 2017</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Presentato progetto innovativo in forma di bozza il 2/11/ e poi in forma definitiva il 29/12/2017. Attuati anche tutti gli interventi coordinati elencati qui sopra e la formazione del personale di cui al punto 3 e 4 della Filiera Polmone delle Linee di gestione 2017.</p>	
<p>Tessuti oculari</p>	
Tessuti oculari	<p>1. Potenziamento del programma di donazione cornee (+20% delle donazioni del 2015)</p> <p>2. Aumento del numero di trapianti (almeno 100 in Regione)</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>ASUITS contribuisce per la sua parte al conseguimento del target regionale</p>	

3.4.2 Emergenza Urgenza	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Ictus	
Ictus - trombolisi	<p>Aumento/Mantenimento numero trombolisi: 120 interventi di Trombolisi venosa eseguita nei confronti di pazienti con</p>

	Ictus acuto riferiti dal territorio giuliano-isontino
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Gli interventi di Trombolisi venosa eseguita nei confronti di pazienti con Ictus acuto riferiti dal territorio giuliano-isontino nel 2017 sono stati 130</p>	
Ictus – tempi intercorrenti	<p>2. Misurazione dei tempi intercorrenti fra allertamento-TAC e TAC-trombolisi venosa (relazione di analisi dei dati 2016 e primo semestre 2017). ASUITs si impegna nel 2017 a rendere disponibili le relazioni di analisi dei tempi intercorrenti tra “allertamento-TAC” e tra “TAC-rTPa” per gli anni 2017 ed il I semestre 2017, rispettivamente entro il 30 giugno 2017 ed entro il 31 dicembre 2017.</p> <p>Trasmissione alla DCS di un report/semestre con i dati di attività</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Sono stati misurati gli intertempi door to needle ( PS e esecuzione della trombolisi):</p> <p>il 50 % è tra 61 e 90 minuti il 30% è tra il 90 e il 120 minuti il 20 % &gt; 120 minuti</p> <p>verrà inviato un report dettagliato con i dati di attività 2016-2017</p> <p>in corso progetto di miglioramento nella misura e nella velocizzazione del processo</p>	
Ictus – utilizzo scale	<p>3. Produzione e trasmissione alla DCS di un report semestrale sulla presenza e compilazione, nella cartella clinica, delle scale Barthel Index e Rankin Scale modificata.</p>

	<p>I dati dovranno essere raccolti su un campione di cartelle (ricoveri con DRG 14 o codici ICD-9-CM indicati) con le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- periodi di riferimento: 01/01/2017-30/06/2017 e 1/7/2016-31/12/2017;</li> <li>- campione cartelle: <ul style="list-style-type: none"> <li>ospedali con ricoveri &lt; 500/anno: 30 cartelle per periodo esaminate;</li> <li>ospedali con ricoveri &gt; 500/anno: 50 cartelle per periodo esaminate;</li> </ul> </li> <li>- rappresentatività delle diverse unità operative che accolgono e/o dimettono i pazienti, (campione proporzionato al numero dei ricoveri/anno di ciascuna unità operativa);</li> <li>- esclusione dal campione dei pazienti con esito ricovero “deceduto”.</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Esecuzione della Barthel e della Rankin Scale in tutti i ricoveri effettuati presso la Neurologia ( Clinica e Stroke Unit)</p>	
<p>Emergenze cardiologiche</p>	
<p>Emergenze cardiologiche</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formalizzazione di almeno 1 percorso assistenziale che definisca anche specifici indicatori di esito</li> <li>- ASUITs si impegna inoltre, sul tema delle emergenze cardiologiche, a formulare un progetto per verificare la possibilità di inserire la formazione BLS-D nelle Scuole</li> </ul>

	superiori ed i Corsi Universitari extra sanitari.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Dal 2003 la S.C. Cardiologia è dotata di un protocollo clinico-assistenziale per il trattamento dei pazienti affetti da STEMI, con particolare riferimento ai pazienti candidati alla riperfusione meccanica tramite angioplastica coronarica emergente. Il protocollo viene periodicamente aggiornato sulla base della letteratura scientifica. Attualmente il documento ha valenza interaziendale nell'ambito della rete assistenziale Hub &amp; Spoke con i centri invianti di Monfalcone e Gorizia (ASS 2) ed è fra i documenti proposti presso il tavolo di lavoro per le Emergenze cardiologiche del CREU-STEMI.</p> <p>Nel corso del 2017 il protocollo è stato nuovamente aggiornato sulla base delle Linee Guida della Società Europea di Cardiologia del 2017 per il trattamento dei pazienti con STEMI (v. allegato 1), con particolare riferimento al pretrattamento con terapia antiaggregante, al trattamento con ossigeno e al principale indicatore temporale di riperfusione (intervallo ECG-passaggio del filo guida oltre la lesione colpevole). Gli indicatori di processo sono stati aggiornati sulla base dell'elenco promosso ed approvato dal CREU in data 24/1/2017 (v. allegato 2), alla cui stesura la ASUI di Trieste – S.C. Cardiologia ha attivamente partecipato nella persona del dr. Andrea Perkan.</p> <p>Sul tema delle emergenze cardiologiche sono stati realizzati i 3 corsi di “Ricomincia la vita” rivolta agli studenti universitari ed è stato impostato il programma di incontri per il 2018.</p>	
<p>Misurazione del tempo intercorrente fra l'effettuazione dell'ECG sul territorio e l'inizio della procedura in emodinamica (relazione di analisi dei dati 2016 e primo semestre 2017)</p>	<p>Presentazione dei dati relativi al tempo intercorrente tra ECG sul territorio e inizio della procedura emodinamica per il 2016 e primo semestre 2017</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Le attuali (2017) Linee Guida della Società Europea di Cardiologia sul trattamento dei pazienti con STEMI promuovono l'intervallo di tempo tra esecuzione dell'ECG diagnostico ed il passaggio del filo guida oltre la lesione durante angioplastica coronarica emergente,</p>	

quale principale indicatore temporale di processo per la riperfusione meccanica della lesione colpevole d'infarto.

Presso la S.C. Cardiologia è attiva la raccolta prospettica dei tempi di rivascolarizzazione dei pazienti affetti da STEMI, con distinzione relativa alle modalità di accesso al sistema sanitario e della provenienza (area triestina e isontina). I dati relativi agli anni 2016-2017 sono confrontati con l'anno 2015, indicando una sostanziale stabilità dei tempi, con mediana tra i 70 e 74 minuti per i pazienti triestini e tra i 100 e 108 minuti per i pazienti isontini (v. allegato 3 – nelle tabelle sono disponibili i dati per i vari sottogruppi di pazienti relativi alle diverse modalità di accesso).

#### Rivascolarizzazione dell'Infarto Miocardico Acuto STEMI (progettualità aziendale)

Aderenza al percorso assistenziale

Criteri di inclusione: Tutti i pazienti di età compresa tra 18 e 85 anni che si presentano all'attenzione del sistema regionale dell'emergenza (sia sul territorio che nei pronto soccorso ospedalieri) per "dolore toracico insorto da meno di 12 ore" ed all'elettrocardiogramma iniziale (CON DEFINIZIONE DI ORA DI ESECUZIONE) dimostrano elevazione del segmento ST (superiore a 0.1 mV in almeno due derivazioni contigue) oppure Blocco di Branca Sinistro di quasi certa nuova insorgenza

ESITI: Mortalità a 30 gg (ottenuta da sistema informativo sanitario regionale)

Mortalità a 1 anno (idem)

Degenza media dell'episodio iniziale di ricovero per STEMI trattato con PPCI (da SDO)

Percentuale di pazienti in follow up a 3

	<p>mesi presso riabilitazione cardiologica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trasmissione alla DCS di un report/semestre con i dati di attività</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Presso la S.C. Cardiologia, i dati relativi alle caratteristiche cliniche e di outcome dei pazienti affetti da STEMI e sottoposti a rivascolarizzazione con angioplastica coronarica emergente sono oggetto di costante monitoraggio. Nel corso del 2017 si è osservata una mortalità a 30 gg inferiore rispetto agli anni precedenti (v. allegato 4), con particolare riferimento ai pazienti con arresto cardiaco. Si allega il report di attività sul programma di angioplastica in corso di STEMI per l'anno 2017 (allegato 5).</p> <p>I dati relativi alla mortalità a lungo termine (1 anno) e di degenza media dovranno essere derivati dal sistema informativo sanitario regionale.</p>	
<p>Trauma</p>	
<p>Trauma</p>	<p>Formalizzazione di un sistema di indicatori clinici per il monitoraggio dei tempi e degli esiti.</p> <p>Trattamento della Frattura di femore entro 48H in almeno il 70% (hub) o 80% (spoke) dei casi trattati dal presidio ospedaliero.</p> <p>Implementazione, all'interno dei presidi ospedalieri di 2° livello, di un'organizzazione per l'urgenza traumatologica distinta dalle altre urgenze, in modo da accelerare i tempi di trattamento di tutta la traumatologia.</p> <p>4. è in corso riorganizzazione dell'attività chirurgica nel complesso operatorio per aprire una sala operatoria dedicata ai traumi dal lunedì al venerdì fino alle 18.30 e, in una seconda fase, il sabato dalle 8 alle 18.30.</p>

Attuazione al 31.12.2017

Il trattamento della frattura di femore entro 48 h in almeno il 70% (hub) dei casi trattati dal presidio ospedaliero è stato conseguito con una percentuale per il 2017 pari a 74,7.

100% dei pazienti accolti con frattura di femore in Pronto Soccorso ha eseguito gli accertamenti stabiliti: accertamenti radiologici, Rx torace, ECG, esami ematochimici preoperatori, consulenza ortopedica.

Raggiunto il target di pazienti operati entro le 48 ore. Istituito il percorso breve h 24 di traumatologia dal Pronto Soccorso distinto dalle altre urgenze. E' in corso come previsto la riorganizzazione dell'attività del complesso operatorio per prevedere sedute supplementari specifiche.

#### Pronto soccorso

##### Pronto soccorso

- impegno a migliorare l'attività della Struttura di Cattinara e investire nel potenziamento di quella potenziamento di quella dell'Ospedale Maggiore fino a portarla a pieno regime
- 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 65% (hub)
- Aumentare la percentuale dei pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto Soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori al 75% (hub)
- Revisione e confronto interaziendali della gestione clinica per 5 eventi patologici acuti, più frequenti



Attuazione al 31.12.2017

L'obiettivo relativo ai codici verdi non è stato certamente raggiunto. Questo obiettivo allo stato attuale non è ragionevolmente raggiungibile da nessun Ospedale Hub. Tale impossibilità è stata espressa nel 2017 in occasione di un incontro richiesto dai Direttori di tutti i Pronto Soccorso della regione alla Direzione Centrale della salute

Per quanto riguarda "Revisione e confronto interaziendali" si è in attesa delle indicazioni regionali

### 3.4.3. Reti di patologia

Obiettivo Aziendale

Risultato atteso

Malattie rare

Produrre almeno 1 percorso assistenziale per ogni gruppo nosologico

Percorsi prodotti entro il 31 dicembre 2017

Attuazione al 31.12.2017

Nell'ultimo trimestre del 2017 i referenti aziendali delle reti di patologia hanno condiviso quali PDTA attinenti le malattie rare sviluppare nel corso del 2018

Implementazione, da parte dei presidi autorizzati, del flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2011.

Evidenza dell'implementazione del flusso informativo al registro regionale di cui al DM 279/2011.

Attuazione al 31.12.2017

Il flusso informativo da ASUITS a Centro Regionale delle Malattie Rare è stato costantemente presente al fine di alimentare il registro regionale. L'evidenza di tale flusso è desumibile dal registro regionale (resp. dott. Bembi ASUIUD)

Malattie reumatiche

Malattie reumatiche

1. Monitoraggio dell'applicazione dei percorsi assistenziali già formalizzati. ASUITs applicherà lo strumento informatico

	<p>del miglioramento del percorso</p> <p>2. Evidenza, entro il 30 giugno, nel sito aziendale dei medici reumatologi aggregati alle medicine interne e di quelli appartenenti ai servizi ASUITs.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il sito aziendale di AOUTS e AAS1 sono in fase di migrazione sotto un unico portale (NB per quanto riguarda il punto 2 nel vecchio sito al 30/06 ci doveva essere l'aggregazione dei nominativi dei medici reumatologi: attualmente non è possibile contestualizzare il dato perché il sito è migrato nel nuovo portale)</p>	

3.4.4. Materno-infantile	
Obiettivo	Risultato atteso
Responsabilizzazione ostetriche	<p>Nel 2017 si proseguirà con il consolidamento dell'offerta dei percorsi di cura per le donne con gravidanze fisiologiche da parte dell'ostetrica, valutando la fattibilità della responsabilizzazione diretta ulteriore delle ostetriche e dell'ampliamento dell'offerta</p> <p>- Trasmissione alla DCS dell'analisi di fattibilità entro il 31.12.2017</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Nel corso del 2017, nell'ambito del Comitato Regionale Percorso Nascita è stato istituito un sottogruppo di lavoro interaziendale (referente per ASUTs dott. ssa Sola) che ha prodotto il documento "Percorso nascita in Friuli Venezia Giulia. Progetto gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica" (del.723 del 21/3/2018). Nel documento sono stati definite modalità e criteri tecnico amministrativi per l'avvio della responsabilizzazione diretta dell'ostetrica nella presa in carico della gravidanza fisiologica.</p>	

3.4.5 Percorso nascita	
Obiettivo	Risultato atteso
Percorso nascita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- prosecuzione della partecipazione del referente ASUITs ai lavori del Comitato Regionale (almeno 80 % delle sedute)</li> <li>- mantenimento delle attività di accoglienza ambulatoriale per Mamma Bambino dopo la dimissione dalla maternità</li> <li>- supporto e aiuto alle giovani famiglie dopo il parto, con specifico servizio domiciliare e ambulatoriale. Presa in carico di almeno il 30% dei nati.</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>ASUITs ha partecipato all'80% delle riunioni del Comitato Regionale e del sottogruppo che ha prodotto il documento "Percorso nascita in Friuli Venezia Giulia. Progetto gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica" (del. 723 del 21/3/2018).</p> <p>L'attività di accoglienza mamma bambino (offerta attiva da parte del personale della maternità secondo accordo ASUITs- IRCCS Burlo Garofolo) è proseguita nel corso dell'anno a cura delle ostetriche consultoriali (primi bilanci di salute 1223/1357 parti residenti = 90%), in raccordo con gli operatori del Punto Nascita e con il PLS (Uso del Libretto Regionale di Salute consegnato alla nascita, per la comunicazione tra ospedale, consultori e PLS). Le visite domiciliari su indicazione clinica sono state 409.</p>	

3.4.6. Sangue ed emocomponenti	
Obiettivo	Risultato atteso
Raccolta plasma	Raccolta di plasma destinato al frazionamento industriale per la produzione

di farmaci emoderivati in quantità sufficiente a garantire la produzione programmata di farmaci emoderivati concordata con le regioni aderenti all'accordo interregionale plasma (valore 2016 +/- 2 %), con adeguamento della produzione agli standard qualitativi concordati in sede di coordinamento interregionale con il fornitore del servizio di plasma-derivazione.

#### Attuazione al 31.12.2017

Rispetto al 2016, nel corso del 2017, abbiamo registrato un significativo calo del numero di emocomponenti raccolti dal Dipartimento di Medicina Trasfusionale Giuliano Isontino (DIMT): -1847, pari a -8,6%.

La riduzione ha interessato sia il sangue intero (-1488, -9,2%) che il plasma (-493, -10,5%), mentre si è osservato un incremento significativo nelle unità di piastrine (+134, +20%).

Per quanto riguarda la raccolta di plasma da aferesi, va specificato che in conseguenza del nuovo decreto 2-11-2015, dal 1 giugno 2016 il volume di plasma raccolto per unità è aumentato da 600 a 700 ml. Quindi se il calcolo viene effettuato sull'effettivo volume di plasma raccolto:

- nel 2016 vanno distinti due periodi:
- 1 gennaio al 31 maggio : 2132 unità da 600 ml pari a 1279 litri
- 1 giugno al 31 dicembre : 2551 unità da 700 ml pari a 1786 litri
- Nel 2017, sono stati raccolti 2933 Litri di plasma, pari a -4,3% rispetto all'anno precedente.

Il calo della raccolta si osserva principalmente nelle sedi di Gorizia (-5,2%), Monfalcone (-1,6%), Burlo (-39,5%, giustificato dalla chiusura 3 giorni su 5), autoemoteca Regionale (-13,4%) mentre il centro presso l'ospedale Maggiore è sostanzialmente stabile (+0,1%).

Con l'obiettivo di contrastare il trend negativo della raccolta, oltre al monitoraggio

mensile dei dati (con condivisione con le associazioni di volontariato), sono state messe in atto le seguenti azioni:

- Pubblicazione di articoli sulla stampa locale, informandola cittadinanza sulla carenza e invitando a venire a donare
- Partecipazione a programmi televisivi
- Appello al personale dipendente di ASUITS e di AAS. 2 con invito alla donazione
- Riunione di Dipartimento (aprile 2017) sulla carenza di sangue allargata alle associazioni di volontariato
- Riunioni con tutte le associazioni del volontariato della Regione sulla carenza
- Richiesta ai Direttori dei Dipartimenti della Università di Trieste, di sensibilizzare gli studenti sul tema della donazione di sangue.

Standard Qualitativi: il 6 luglio 2017 il DIMT è stato sottoposto a visita da parte degli ispettori della CSL Behring (industria di plasmaderivazione convenzionata con il FVG). L'audit è stato condotto allo scopo di qualificare la struttura quale fornitore di plasma destinato al frazionamento per CSL Plasma GmbH. ed ha confermato la validità del Plasma Master File. Il DIMT sta provvedendo ad integrare il proprio sistema di gestione della qualità con le Linee di Buona Prassi (DE 1214/2016) ed a dicembre 2017, è stata confermata la certificazione ISO 9001 (con la versione 2015 della norma).

Centro Unico di Donazione

completamento del Centro Unico di Donazione presso l'Ospedale Maggiore, attualmente in fase di progettazione esecutiva con fondi Regionali deliberati, comporterà un accentramento su unica sede con chiusura del centro dell'IRCCS Burlo Garofolo e conseguente miglioramento del rapporto costi/efficacia.

Attuazione al 31.12.2017

Il progetto esecutivo del nuovo centro e la relazione sanitaria sono stati inviati in Regione all'inizio maggio per l'autorizzazione da parte del nucleo di valutazione; l'autorizzazione è

stata concessa il 15 settembre. I lavori non sono iniziati all'inizio del 2018 e si prevede termineranno a luglio.

Il nuovo centro unico consentirà di migliorare l'efficienza della raccolta sangue ed emocomponenti e offrirà un miglior confort sia ai donatori che ai pazienti ambulatoriali.

Mantenimento quota di compensazione

Mantenimento della quota di compensazione interregionale assegnata dalla pianificazione nazionale (Centro nazionale Sangue) ed interregionale (Nuovo Accordo Interregionale Plasma)

Attuazione al 31.12.2017

Nel 2016 sono state raccolte circa 800 unità di sangue intero in più rispetto al fabbisogno di unità di globuli rossi concentrati, ma come evidenziato nel primo punto, nel 2017 abbiamo osservato un calo nella raccolta di globuli rossi pari a -9,2%. Al calo della raccolta si aggiunge un incremento del numero di unità trasfuse pari a 3,7%. Per quanto attiene agli interventi atti a modificare il trend di raccolta, oltre alle azioni elencate al punto 1, da febbraio abbiamo iniziato a prenotare le donazioni di sangue intero tramite Call center regionale e l'applicativo DonUp (Insiel). I risultati dei primi 10 mesi sono incoraggianti, la prenotazione sembra essere gradita ai donatori e contribuisce alla programmazione della raccolta.

Riorganizzazione attività raccolta

Riorganizzazione dell'attività di raccolta mobile di sangue e plasma sul territorio da parte di EGAS, producendo ed attuando, con il coordinamento della Direzione Centrale Salute, una progettualità specifica per la raccolta sangue territoriale a livello regionale.

Attuazione al 31.12.2017

Le attività previste per il raggiungimento del risultato sono in linea. È prevista la collaborazione con la DCS per quanto attiene alla raccolta territoriale con l'autoemoteca di Gorizia. L'autoemoteca Regionale è stata modificata per consentire le visite da parte del

medico a bordo, allineando il mezzo con quello di Udine. La cessione dell'autoemoteca alla struttura CUPRO-CUVB-Coordinamento, è prevista per fine luglio.

Garanzia della sicurezza e dell'appropriatezza trasfusionale attraverso la partecipazione ai programmi regionali di sorveglianza trasfusionale.

Proseguiranno gli Audit sull'appropriatezza delle richieste trasfusionali i cui risultati verranno restituiti ai reparti e discussi nelle riunioni del Comitato per il Buon Uso del Sangue.

Per ciò che attiene alla sicurezza trasfusionale, si continuerà la raccolta e monitoraggio degli eventi avversi inerenti sia la donazione che la trasfusione. Parteciperemo al gruppo di lavoro Regionale dell'Emovigilanza e valuteremo l'impatto dell'applicazione del nuovo DM (nuova check-list, filtrazione in linea) sulla sicurezza trasfusionale.

Ai fini di migliorare la sicurezza trasfusionale, si aumenterà il ricorso alla richiesta trasfusionale informatizzata (Emonet Web), come previsto dal nuovo decreto.

Attuazione al 31.12.2017

Le attività previste per il raggiungimento del risultato sono in linea. Gli audit delle richieste trasfusionali è parte integrante del lavoro di routine dei medici del Dipartimento. I report con i dati 2017 per reparto, sono stati illustrati nel corso dei 6 incontri dei Comitati Ospedalieri per il Buon Uso del Sangue svolti in ASUITs, IRCCS Burlo e AAS2. Nel 2017, le richieste appropriate in ASUITs sono state 99,7%, al Burlo 99,1% , a Gorizia 98,8% mentre a Monfalcone, le richieste appropriate sono state 99,6%.

Gli ottimi risultati ottenuti in ASUITs sono da imputare all'aumento delle richieste informatizzate tramite EmonetWeb e pertanto, si continua a invitare tutti i reparti di ASUITs,

IRCCS Burlo, Gorizia e Monfalcone, ad adottare questa modalità nell'interesse di una trasfusione di sangue più sicura.

Nel corso del 2017, si è continuato a segnalare eventi avversi delle donazioni e delle trasfusioni alla rete Regionale di Emovigilanza.

#### 3.4.7. Erogazione dei livelli di assistenza

Obiettivo	Risultato atteso
Erogazione dei livelli di assistenza	<p>Riduzione del tasso di ospedalizzazione al 125 x mille</p> <p>Riduzione dei numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica portando la percentuale al di sotto del 30% per gli adulti (valore medio regionale del 2015 di 37,37% per gli adulti - fonte Bersaglio).</p> <p>Riduzione della percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti <math>\geq 65</math> anni portandola al di sotto del 4% (valore medio regionale 2015 di 5,23% - fonte Bersaglio).</p> <p>Individuazione da parte di ogni AAS/ASUI/IRCCS di almeno 3 pacchetti di prestazioni da eseguire in day service ambulatoriali, con formale trasmissione degli stessi alla DCS entro il 30 giugno 2017, per l'autorizzazione.</p> <p>Le AAS e le ASUI proseguono ad effettuare i controlli di appropriatezza delle prestazioni effettuate dagli erogatori pubblici e privati, secondo il piano dei controlli programmato dallo specifico gruppo di</p>



	<p>coordinamento regionale.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- verrà riformulata la proposta di pacchetto relativo alle prestazioni ambulatoriali onnicomprensive per l'osservazione geriatrica breve.</li> <li>- Recupero di almeno il 25% della fuga extra-regionale di ricovero e specialistica ambulatoriale (dato cumulativo) rispetto al 2015</li> </ul>
--	--

Attuazione al 31.12.2017

Il tasso di ospedalizzazione ha segnato negli ultimi due anni un rialzo rispetto al trend di discesa molto marcato manifestato negli ultimi due decenni. Ciò è dovuto essenzialmente all'aumento dei ricoveri degli anziani ultra75enni per DRG medico.

Il dato ASUITS riferito al 2017 risulta 135,57.

Come già segnalato sia nel corso degli incontri di negoziazione in DCS sia per iscritto nel PAL ASUITS 2017 l'obiettivo di contrarre i ricoveri entro il 125 per mille non è realistico per una realtà come Trieste. Negli ultimi anni la discesa del tasso di ospedalizzazione è stata assai significativa e non si ritiene sia ulteriormente comprimibile, pur a fronte di una ben articolata organizzazione territoriale.

Per quanto attiene i DH diagnostici medici si segnala come ASUITS abbia un totale di DH medici inferiore alla media regionale. Pertanto l'obiettivo del 30% su una base minima appare più complesso.

Il dato del numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalità diagnostica nel 2017 risulta 35,93% contro il 29,43% del 2016.

Per le prestazioni erogate dal privato accreditato agli assistiti di competenza ASUITS (provincia di Trieste e fuori regione) per il 2017 i controlli si sono fatti secondo le disposizioni regionali della DGR 1321 dd 11.7.2014 che prevede verifiche campionarie sul 12,5% delle cartelle cliniche e sul 2% delle prestazioni ambulatoriali.

I controlli informatici e campionari si sono fatti su oltre il 12,5% cartelle cliniche e su oltre

il 2% delle impegnative e referti.

Per l'ambulatoriale si sono controllate 6453 impegnative (su un totale di 230.458 impegnative per 723833 prestazioni).

Per la degenza si sono controllate 1278 SDO su 4946 dimessi totali.

- La Direzione Sanitaria di ASUITs ha inviato alla DCS in data 28.03.2017 e in data 22.05.2017 rispettivamente 28 e 7 proposte e la loro descrizione delle attività di specialistica ambulatoriale da organizzare in "day service" secondo la metodologia PACC.

L'attività di riorganizzazione delle attività previste dalla DGR 600/2017 è stata avviata per i PACC che coinvolgono le strutture cardiologiche aziendali (percorsi di pertinenza aziendale per pazienti con scompenso cardiaco; codici DMD.014, DMD.015, DMD.016, DMD.017 e DMD.018).

Sono stati inoltre richiesti dei richiести a proposito dell'attività in Day Service alla DCS con nota ProtGen/0023169 – P d.d. 04/05/2017.

#### 3.4.8 Rischio clinico, qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure

Obiettivo

Risultato atteso

Rischio clinico

- definire al proprio interno e a strutturare la Rete Cure Sicure in conformità alla DGR nr 1970 dd. 21.10.2016 e a identificare i referenti dei progetti e i link professionali da coinvolgere anche con la necessaria formazione (incluso quella a livello regionale).

- predisporre un piano annuale del rischio clinico e garantisce il monitoraggio degli indicatori concordati a livello regionale. Inoltre, diffonde e mette a regime le raccomandazioni ministeriali e dei programmi specifici.

sicurezza del farmaco:

il mantenimento delle azioni sull'uso prudente dei farmaci (con un ulteriore focus su target di popolazione individuati attraverso le rilevazioni effettuate nel 2016);

la sistematica adozione della riconciliazione farmacologica nei diversi contesti assistenziali;

la predisposizione e la diffusione della reportistica periodica destinata ai medici di medicina generale.

adozione delle misure di “antimicrobial stewardship”, incluse:

la valutazione dell'aderenza alle linee guida terapeutiche regionali;

l'implementazione e la valutazione dell'impatto delle azioni in essere;

l'adozione di specifiche misure per il coinvolgimento nel programma regionale di setting clinico-assistenziali extraospedalieri (cure intermedie);

l'adozione e la promozione delle strategie per favorire l'empowerment di pazienti e cittadini sull'uso più razionale e consapevole degli antibiotici.

partecipazione alla “Point Prevalence Survey” e diffusione capillare dei risultati.

adozione di strumenti per la valutazione dello stato nutrizionale del paziente.

empowerment dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio mediante:

la valutazione dell'utilizzo del modulo di “integrazione della lettera di dimissione”;

la predisposizione e la diffusione dei materiali informativi destinati ai cittadini.

Attuazione al 31.12.2017

Le attività connesse alla gestione del rischio clinico così come delineate dalla linea 3.4.8 sono state strutturate e implementate secondo le indicazioni del tavolo regionale dei Risk manager del FVG ed in particolare:

- nel 2017 sono stati identificati i referenti di linea della Rete Cure Sicure ed è stato svolto il percorso formativo ECM loro dedicato
- nel 2017 sono stati identificati i link professional di ASUITs
- sono stati trasmessi gli indicatori di valutazione semestrali previsti dal piano di valutazione secondo le scadenze prefissate
- è stata effettuata l'indagine di prevalenza PPS 2017 e ne sono stati diffusi i risultati
- è stata effettuata l'indagine su polifarmacoterapia nell'anziano
- sono state adottate le iniziative connesse alle linee di attività identificate

## Qualità e appropriatezza nell'erogazione delle cure

nel corso del 2017 si dovranno redigere, con l'aiuto degli specialisti medici, alcune liste di interventi da prescrivere con maggior prudenza poiché spesso non necessari, inutili o addirittura potenzialmente dannosi, aderendo al programma internazionale di choosing wisely. In particolare ci si riferisce ai seguenti:

diagnostica per immagini per lombalgie e mal di testa

diagnostica per immagini cardiaca in pazienti a basso rischio

antibiotici per infezioni delle vie aeree superiori

densitometria ossea

esami preoperatori in pazienti a basso rischio

antipsicotici in pazienti anziani

nutrizione artificiale in pazienti con demenza avanzata o tumore in fase terminale

inibitori di pompa protonica nel reflusso esofageo

posizionamento del catetere urinario

induzione del parto

altri individuati dai professionisti

Una particolare attenzione all'appropriatezza verrà, inoltre, prestata alle prescrizioni di prestazioni di medicina di laboratorio, per la quale verrà adottato, in via sperimentale presso la AAS4, un supporto informatico ad uso dei prescrittori, sia ospedalieri che della medicina generale

ASUITs approfondirà i temi dell'inappropriatezza prescrittiva in tema di sovra diagnosi, tenendo presente le indicazioni provenienti dai professionisti clinici. Un'azione di monitoraggio e benchmarking appare possibile su setting limitati di prestazioni già oggetto di analisi e preventivamente concordati/indicati da DCS.

### Attuazione al 31.12.2017

Nel 2017 sono state implementate iniziative di sensibilizzazione sul corretto utilizzo degli inibitori di pompa protonica da parte della SC Farmacia

### 3.5. ASSISTENZA FARMACEUTICA

ASSISTENZA FARMACEUTICA	
Obiettivo	Risultato atteso
Tetti spesa farmaceutica	
<p>la bozza di legge di stabilità 2017 prevede invece ai commi 2 e 3 dell'articolo 59 che i tetti per l'assistenza farmaceutica siano così ridefiniti: un tetto per l'assistenza farmaceutica ospedaliera comprensiva anche della spesa per i farmaci di fascia A erogati direttamente e in distribuzione per conto denominato "tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti" pari al 6,89 % del FSR e un tetto per l'assistenza farmaceutica territoriale, contenente la sola spesa farmaceutica convenzionata denominato "tetto per la spesa farmaceutica convenzionata" pari al 7,96 % del FSN.</p>	
<p>Assicurerà ogni utile misura per rispettare i vincoli fissati a livello nazionale, sia sulla componente convenzionata della spesa che su quella ospedaliera, impegnandosi a privilegiare in esclusiva l'acquisto di farmaci aggiudicati in gara EGAS, qualora espletata, rispettando l'ordine di aggiudicazione, salvo shortage della specialità vincitrice.</p>	<p>Numero di acquisti extra gara EGAS/ numero acquisti totali</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Le attività previste per il raggiungimento del risultato atteso sono state rispettate. Tutto il fabbisogno per gli acquisti di materiale in ASUITS è stato segnalato ad EGAS per accedere a gare su base regionali.</p> <p>Successivamente il 100% del materiale aggiudicato tramite determine EGAS è stato acquistando facendovi ricorso,</p> <p>salvo quando inesistenti od in ritardo di approntamento rispetto l'urgenza locale. In tal caso comunque tutti gli acquisti sono stati eseguiti con procedure nel rispetto del capitolato degli appalti.</p>	

Prescrittori	
<p>Dovranno essere individuati specifici obiettivi per tutti i prescrittori, correlati ad indicatori di risultato predefiniti, sia a livello territoriale (distrettuale, ambulatoriale, MMG) che ospedaliero. A tal fine gli Enti del SSR effettueranno un monitoraggio periodico sull'utilizzo delle categorie di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriata favorendo l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia, redigendo un report semestrale con evidenza delle azioni intraprese nel corso del primo e secondo semestre da inviare alla DCS sia con riferimento alle iniziative di audit e feedback che alle iniziative più significative adottate (in particolare oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, farmaci del PHT_DPC, equivalenti, biosimilari).</p>	<p>Al fine di garantire il rispetto dei vincoli fissati per la farmaceutica verranno messe in atto opportune azioni volte al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e all'incentivazione dei medicinali dal miglior profilo di costo/efficacia, privilegiando a parità di efficacia e sicurezza i medicinali dal minor impatto economico</p> <p>Indicatore: Evidenza quali e quantitativa di comunicazioni trasmesse dalla SC Farmacia ai decisori di spesa farmaceutica (dossier, report, segnalazioni, comunicazioni, conteggi, email, solleciti, riunioni di audit-feedback, presentazioni, verifica richieste con modello apposito, dossier per farmaci da inserire nel PTA, relazioni per la DS in caso di richieste di farmaci extra PTA, istruttoria impiego farmaci off label ecc)</p> <p>- è necessario prevedere specifici obiettivi da assegnare ai prescrittori nonché l'invio del report</p>

Attuazione al 31.12.2017

In riferimento al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva si segnalano alcune comunicazioni trasmesse agli operatori sanitari (MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali e Ospedalieri, infermieri) dalla SC Assistenza Farmaceutica nel corso del 2017 e sono stati inviati alla DSC i due report richiesti con il dettaglio delle iniziative che in linea generale sono risultate in:

Elaborate 5 newsletter di interesse farmaceutico periodiche di aggiornamento.

Prodotti 3 report sulle categorie a maggior impatto di spesa convenzionata, DPC e diretta

11 note/alert a tutti i prescrittori (MMG strutture dipendenti e accreditate) su varie tematiche quali costo sicurezza ed efficacia di svariati farmaci:

E' garantito l'invio puntuale e periodico delle evidenze degli obiettivi AIR 2017 ai singoli MMG con evidenza personalizzata di scostamento dall'obiettivo previsto.

Ciascun MMG ha poi ricevuto nel corso dell'anno 2 report personalizzati con i dati estratti dal portale SISSR

Tutti i MMG iperprescrittori hanno ricevuto e mail personalizzata con indicazioni volte a migliorare l'appropriatezza prescrittiva

Sono stati organizzati 3 incontri con MMG e UDMG

E' stato condotto un approfondimento specifico con le Diabetologie Distrettuali sui nuovi antidiabetici e con il Centro Cardiovascolare sui NAO

A livello ospedaliero è proseguito il monitoraggio delle richieste riguardanti antibiotici (245 terapie), antifungini (80 terapie) e farmaci vari per criticità di impiego dovuta a sicurezza, costi elevati ecc

Valutate 1.475 di richieste di acquisto per farmaci di fascia A non presenti in PTA ed a basso impatto di spesa.

Valutate ed approntato il dossier per 35 richieste per farmaci ad alto impatto di spesa non presenti in PTA

Valutate ed approntati i dossier per 70 richieste di farmaci off label

Elaborati i report quadrimestrali sull' andamento della spesa farmaceutica attribuibile ai centri ASUITS a carattere generale

Elaborati su base mensile per i centri di risorsa ASUITS con scostamento rispetto il preventivo della spesa farmaceutica ed organizzati incontri di audit.

Nello specifico poi sono stati trasmessi e spediti con protocollo interno 102 note aventi temi riguardanti l'ottimizzazione della spesa farmaceutica ai centri di risorsa ASUITS

Monitoraggio su categorie quali anti HCV ed intravitreali (il 60% delle prescrizioni totali di intravitreali in ASUITS sono di Bevacizumab)

Monitoraggio delle nuove richieste di Biologici a brevetto scaduto per proporre il ricorso al biosimilare qualora non richiesto in prima istanza dal prescrittore

Effettuate 3 riunioni della Commissione per il PTA con l'approntamento di 26 dossier , la discussione di 23 e l' inserimento finale di 14 principi attivi.

Al fine di perseguire un governo sulle politiche regionali di acquisto dei farmaci e dei dispositivi medici, l'EGAS, avvalendosi delle competenze interne e di quelle delle aziende sanitarie, nel corso del 2017 (compresa la gara farmaci in fase di predisposizione) dovrà potenziare la capacità di coordinamento e di stesura di capitolati tecnici, assumendo a pieno la funzione di aggregatore della domanda, soprattutto al fine di contribuire alla realizzazione di un sistema regionale più regolato e in linea con le evidenze scientifiche e con i principi dell'HTA.

Collaborazione fattiva dei dirigenti farmacisti di ASUITs alla identificazioni quali e quantitative del fabbisogni dei farmaci, stesura dei capitolati tecnici e partecipazione in qualità dei componenti delle commissioni aggiudicatrici.

Indicatore: Partecipazioni dirigenti farmacisti ASUITs per allestimento, aggiudicazioni gare/Totale gare EGAS

Attuazione al 31.12.2017

Il 100% delle gare EGAS è stata partecipata dai farmacisti di ASUITS, quando nelle



convocazioni era ritenuta mandataria la loro presenza.

#### Distribuzione diretta farmaci alto costo

Nell'ambito della distribuzione diretta dei farmaci ad alto costo le Aziende eroganti in tale ambito definiscono idonei percorsi che consentano la verifica dell'appropriatezza d'uso anche da parte delle AAS e le ASUI di residenza del paziente.

Farmacisti di ASUITs si rendono disponibili a fornire tutte le documentazioni riguardanti i processi decisionali che hanno portato a concedere i farmaci a pazienti residenti extra azienda, inclusa la volontà a partecipare ad eventuali iniziative di audit richieste.

Devono inoltre farsi parte attiva per il controllo della prescrizione.

Indicatore: Numero di risposte fornite/istanze di chiarimento avanzate da altre Aziende Sanitarie

Attuazione al 31.12.2017

La disponibilità allo scambio di informazioni e dati in entrata ed uscita è stata assicurata nel 100%.

I farmacisti di ASUITs hanno sempre chiarito con i prescrittori extra aziendali il motivo della scelta quando questa non era in linea con la disponibilità di prodotto vincitrice di gara regionale e/o non fosse in linea con le norme regionali sulla distribuzione di detti prodotti .

#### Prescrizione medicinali a brevetto scaduto

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, dovranno tendere ai valori target indicati

In ambito territoriale si provvederà ad incentivare 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 che dovranno tendere ai valori target indicati. Si provvederà alla diffusione

di almeno 3 comunicazioni ai prescrittori delle evidenze al fine di raggiungere il valore target definito nelle linee di gestione 2017.

ASUITs valuterà inoltre l'appropriatezza d'uso delle categorie di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriatezza favorendo l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia, con l'invio di report ai prescrittori.

Tabella n. 1 - Obiettivi target per la prescrizione di medicinali a brevetto scaduto come da indicatori AIFA-MEF presenti sul portale Tessera Sanitaria (TS).

CLASSE	%media FVG (gen-ago 2016)	%target nazionale a cui tendere†
C09CA - antagonisti dell'angiotensina II, non associati	81,30%	92,2%
C09DA - antagonisti dell'angiotensina II e diuretici	76,53%	87,8%
C10AA - inibitori della HMG COA reduttasi	79,25%	86,1%
G04CB - inibitori della testosterone 5-alfa reduttasi	39,62%	49,5%
J01MA - fluorochinoloni	87,35%	90,3%
M05BA - bifosfonati	82,27%	88,2%
N03AX - altri antiepilettici	90,99%	98,1%
N02CC - agonisti selettivi dei recettori 5HT1	90,23%	93,7%

†basato sul report nazionale gennaio-agosto 2016.

### Attuazione al 31.12.2017

Si è provveduto alla diffusione di una comunicazione ai prescrittori delle evidenze degli indicatori AIFA-MEF al fine di raggiungere il valore target definito nelle linee di gestione 2017.

ASUITs ha valutato l'appropriatezza d'uso delle categorie di farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inappropriatezza favorendo l'impiego di medicinali con il miglior rapporto di costo-efficacia, con l'invio di un report ai prescrittori.

Sono state inoltrate comunicazioni personalizzate ai MMG che si discostano dalle medie aziendali/distrettuali/AFT su spesa farmaceutica e % di utilizzo di farmacia brevetto scaduto. Nel corso degli incontri sono state date indicazioni condivise con le UDMG sull'appropriatezza di utilizzo dei medicinali a base di Vit. D e su ezetimibe, le due molecole a maggior crescita in termini di spesa.

Altresì è stato fatto un approfondimento con i diabetologi sui nuovi farmaci antidiabetici (SGLT-2) al fine di migliorarne l'appropriatezza d'uso.

## Biosimilari

### Percentuali utilizzo medicinali a brevetto scaduto e biosimilari

Per i biosimilari dovranno essere assicurate azioni di incentivazione. In particolare le prescrizioni di biosimilari, ovvero di farmaci aggiudicatari di gara regionale con il profilo costo-efficacia più favorevole nell'ambito delle categorie in cui è presente l'alternativa biosimile, dovranno attestarsi per i nuovi pazienti, al miglior valore possibile ovvero dovranno rappresentare una quota non inferiore all'80% del totale delle prescrizioni/confezioni erogate, ferma restando comunque la possibilità per il prescrittore di indicare il farmaco più opportuno motivando la scelta effettuata a seconda delle indicazioni d'uso e delle popolazioni interessate, secondo percorsi definiti a livello aziendale .

Oltre alla promozione d'uso di medicinali a brevetto scaduto e biosimilari a livello territoriale, dovranno essere valutate a campione, in tempistiche e reparti che saranno comunicati dalla direzione centrale, le % percentuali di utilizzo di queste categorie di medicinali e le % di prescrizioni

Rimanendo in attesa delle indicazioni della Direzione Centrale in merito all'analisi a campione, si riafferma la disponibilità assoluta a collaborare rafforzando le iniziative già messe in opera per la promozione dei farmaci biosimilari.

#### Indicatori:

In attesa degli indicatori che saranno fornite della Regione, quello individuati da ASUITs sono di tipo descrittivo (A) e numerico (B)

A) descrizione delle iniziative messe in opera dalla SC Farmacia per la promozione e sviluppo dei biosimilari di epoetina, filgrastim, infliximab, etanercept, insulina glargine

B) la prescrizione di farmaci biosimilari per i principi attivi sopra indicati è pari almeno all' 80% del totale nei pz naive

<p>in dimissione o dopo visita ambulatoriale. I reparti interessati riguarderanno in particolare reumatologie, cardiologie, medicine, centri osteoporosi, nefrologie, oncologie, neurologie con riserva di integrare anche altri reparti nel corso dell'anno.</p>	
<p><b>Attuazione al 31.12.2017</b></p> <p>Per i biologici con scarico nominale è stato possibile verificare sempre in via prospettica su tutte le prime immissioni in terapia se la scelta ricadeva sul prodotto biosimilare. In caso negativo veniva proposto dal farmacista.</p> <p>E' proseguita la politica di informazione attiva ai medici interessati riguardo l'opportunità di impiego dei biosimilari attraverso l'invio die mail, note e quant'altro. E' stato redatto e trasmesso un report sui farmaci biosimilari in ASUITS a coprire l'intero anno 2017 .</p> <p>Tutti i biosimialri aumentano nel 2017 le quote rispetto il 2016, a cominciare da Abasaglar che passa dal 6% del 2016 al 24% di mercato e le epoetine biosimilari alfa che passano dal 31% del 2016 al 59% del mercato nel 2017 ed in particolare per i farmaci scaricati nominalmente si stabilisce che:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-il 98% dei fattori di crescita granulocitari sono biosimilari.</li> <li>-il 66% dei pz in trattamento nel 2017 con Remicade impiegano il biosimilare. Il 100% dei pz che hanno iniziato infliximab nel 2017 lo hanno fatto col biosimilare</li> <li>- il 26% dei pz in trattamento con etanercept nel 2017 faceva il biosimilare. Dei nuovi pz che hanno iniziato etanercept nel 2017, l'83% ha ricevuto il biosimilare.</li> </ul>	
<p><b>Medicinali registro Aifa</b></p>	
<p>La prescrizione dei medicinali soggetti a registro AIFA dovrà avvenire nel rispetto delle indicazioni prefissate, assicurando la registrazione di tutti i dati richiesti, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in</p>	<p>I farmacisti evadono le richieste di farmaci su registro web based, soltanto se correttamente compilata dal medico richiedente. Posizioni divergenti andranno sanate con i compilatori richiedenti prima della fornitura.</p>

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 programmata analisi a campione da parte della direzione centrale. L'EGAS, nell'ambito della centralizzazione della logistica d'acquisto consolida le modalità con cui assicurare, 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), il ristoro delle somme spettanti a ciascun Ente.

Indicatore: Il 100% delle richieste vengono evase dopo la compilazione della richiesta web-based.

Attuazione al 31.12.2017

Nel 2017 sono state inviate il 100% delle RdR (richieste di rimborso) presenti nel registro AIFA AOTS per un totale di 66 RdR relative a 93 trattamenti rimborsabili per cui si stima, dopo accettazione dei produttori, un recupero di € 916.304,41.

Per tutti i farmaci sottoposti a registro web base o cartaceo, il farmacista ha proceduto all' evasione della richiesta solo dopo verifica sulla completezza della compilazione

Distribuzione diretta 1° ciclo terapia

A seguito di dimissione da ricovero e/o di visita specialistica ambulatoriale dovrà essere assicurata l'erogazione del 1° ciclo di terapia in distribuzione diretta. L'attività di distribuzione diretta continua ad essere garantita nell'ambito della residenzialità, della semi-residenzialità e dell'assistenza domiciliare presso tutte le strutture afferenti alle Aziende per l'assistenza sanitaria.

Indicatore: Viene assicurata l'erogazione del I ciclo di terapia in distribuzione diretta dopo visita specialistica ambulatoriale.

Relativamente ai medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio e che sono inseriti nell'elenco dei farmaci erogabili in DPC, si attuerà ogni utile percorso per favorire la distribuzione diretta

<p>Inoltre relativamente ai medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio e che sono inseriti nell'elenco dei farmaci erogabili in DPC, le aziende sanitarie attueranno ogni utile percorso per favorire la distribuzione diretta nelle more della effettiva disponibilità di tali medicinali in DPC fornendo anche le opportune informazioni ai prescrittori.</p>	<p>nelle more della effettiva disponibilità di tali medicinali in DPC fornendo anche le opportune informazioni ai prescrittori.</p>
<p><b>Attuazione al 31.12.2017</b></p> <p>Nel corso del 2017 la SC Assistenza farmaceutica ha erogato cicli personalizzati di farmaci in distribuzione diretta a 20.036 pz, rispetto i 19.681 dell'anno 2016, incrementando pertanto l'attività.</p> <p>Relativamente ai medicinali di nuova autorizzazione all'immissione in commercio e che sono inseriti nell'elenco dei farmaci erogabili in DPC (es. Entresto), è stato attuato ogni utile percorso per evitare aggravii di costo generati dall'erogazione tramite il canale convenzionale nelle more della effettiva disponibilità di tali medicinali in DPC correlandosi con i prescrittori e fornendo via email le opportune informazioni.</p>	
<p><b>Distribuzione per conto</b></p>	
<p>L'EGAS, al fine di favorire l'impiego dei medicinali acquistati centralmente, 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. A questo proposito EGAS assicura 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.</p>	<p>L'azienda monitora l'andamento della DPC informando i prescrittori nel caso in cui si evidenzii un elevato ricorso alla non sostituibilità, dando evidenza alla Direzione Centrale dei monitoraggi effettuati e delle azioni adottate.</p>

<p>Per i medicinali DPC per i quali si rilevi un elevato ricorso alla non sostituibilità da parte del prescrittore, le aziende attuano specifici approfondimenti con i prescrittori, dando evidenza alla direzione centrale dei monitoraggi effettuati e delle azioni adottate.</p>	
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>L'azienda ha effettuato un monitoraggio relativo a tutto l'anno 2016 e al I semestre 2017 relativo all'andamento della DPC informando i prescrittori nel caso in cui si evidenzi un elevato ricorso alla non sostituibilità.</p> <p>E' stato fornito un report sull'andamento della DPC all'IRCCS Burlo inerente i medicinali indotti dagli specialisti dello stesso a ricaduta territoriale.</p>	
<p>Integrazione farmacie</p>	
<p>Oltre alla DPC le aziende promuovono l'attività di integrazione delle farmacie nel SSR nell'ambito della farmacia dei servizi, con particolare riferimento alle farmacie ubicate nelle zone più disagiate, prioritariamente su temi quali le patologie croniche, l'aderenza alle terapie, la prevenzione di interazioni ed eventi avversi.</p>	<p>Promozione dell'attività di integrazione delle farmacie del SSR nell'ambito della farmacia dei servizi: evidenza di specifiche azioni/attività intraprese</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>E' stata inviata una nota con disponibilità di un incontro al fine di incentivare il processo di integrazione delle farmacie del SSR nell'ambito della farmacia dei servizi (es. aderenza al trattamento).</p>	
<p>Farmacovigilanza</p>	
<p>Sul tema della farmacovigilanza continuano le attività già avviate a livello regionale dalla Direzione centrale salute,</p>	<p>ASUITs assicurerà la partecipazione di tutti i sanitari interessati alle progettualità regionali definite dalla Direzione Centrale</p>

<p>integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, quali la segnalazione spontanea in pronto soccorso, la segnalazione nell'ambito della dimissione da ricovero ospedaliero. Verranno inoltre avviati un percorso formativo a distanza (FAD) specifico sull'utilizzo della nuova piattaforma nazionale Vigifarmaco, nonché i progetti di farmacovigilanza attiva approvati dall'Agenzia italiana del farmaco. Su tali iniziative gli Enti del SSR assicurano la partecipazione dei sanitari interessati e per il supporto alle attività organizzative. In tale ambito continua a trovare applicazione la convenzione di cui alle DGR 435/2013 e 2199/2014. In generale, anche tramite convenzione della direzione centrale con gli Enti del SSR potranno essere avviati progetti sulle attività stabilite dalla DGR 1365/2015, volti a favorire un'informazione indipendente sull'impiego sicuro del farmaco, utilizzando i fondi statali dedicati a tali iniziative.</p>	<p>Salute integrazione sociosanitaria politiche sociali e famiglia in termini di farmacovigilanza, oltre ad adottare in proprio iniziative per accrescere la sensibilità alle segnalazione di reazioni avverse come strumento di protezione per i pazienti e di miglioramento delle evidenze dei farmaci in termini di sicurezza.</p> <p>- l'obiettivo va integrato anche con la partecipazione alle attività formative</p> <p>Indicatore: Il numero di segnalazioni per ASUITs di ADR è in linea o &gt;al valore regionale.</p> <p>In generale, ASUITs che da tempo promuove l'attività di informazione indipendente sull'impiego sicuro dei farmaci (es. newsletter periodiche, bollettino "Così è se vi pare", schede "Principi attivi in pillole") è interessata ad implementare tale attività anche tramite convenzione con la Direzione Centrale per avviare progetti sulle attività stabilite dalla DGR 1365/2015, utilizzando i fondi statali dedicati a tali iniziative.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il numero di segnalazioni di ADR in ASUITs nel corso del 2017 è risultato pari a 265, in diminuzione del 1.8% rispetto le 270 segnalazioni del 2016.</p> <p>ASUITs nel corso del 2017 ha fornito piena collaborazione e supporto al Centro Regionale per il potenziamento delle attività di Farmacovigilanza</p> <p>Inviata 23 segnalazioni EMA AIFA</p>	



Organizzate tre edizioni obbligatorie "Corso Farmacovigilanza" in combinazione con la Regione sono state il 22 settembre, 20 ottobre e 24 novembre 2016.

Sara ha fatto un corso agli infermieri il 21 novembre 2017, le slides sono nell'anno in cartella condivisa.

Elaborato e diffuso un report di attività annuale 2017 contenente tipologia delle segnalazioni, centri segnalatori, fonte della segnalazione, classificazione della gravità ecc.

#### Appropriatezza uso dispositivi assistenza integrativa

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).

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).

#### Attuazione al 31.12.2017

L'azienda riduce nel 2017 vs 2016 sia il numero di ricette che la spesa per l'erogazione di ausili per autocontrollo glicemia. E' stato organizzando un gruppo di lavoro per ottimizzare l'erogazione dell'assistenza integrativa (es. stomie, cateteri,...) con ricadute economicamente vantaggiose per il SSR.

E' stato redatto un documento di sintesi dei risultati delle analisi delle prescrizioni delle strisce per glicemia al fine di porre in essere ogni azione utile ad una razionalizzazione della spesa e dei consumi di tali prodotti, soprattutto con riferimento ai limiti massimi prescrittibili dei dispositivi per diabetici. I report elaborati e presentati in una riunione con i MMG sono tre (I semestre 2016, II semestre 2016, I quadrimestre 2017).

Sono state inviate email personalizzate a tutti i prescrittori di prodotti AFIR (strisce) se rilevate difformità o per informarli dei corretti percorsi da seguire.

#### Cartella oncologica

##### Implementazione cartella oncologica

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).

Completezza dei dati in cartella oncologica, pari ad almeno il 95% dei pazienti, per i campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione (due rilevazioni annue)

Attuazione al 31.12.2017

Il target regionale è rispettato

#### Aziende con logistica centralizzata

Aziende servite dalla logistica centralizzata, la

Copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM dovrà essere garantita per l'85% 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.

<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il sistema in atto in ASUITs non è ancora agganciato per quanto riguarda la fase distributiva al PSM.</p>	
<p>Prescrizione informatizzata piani terapeutici</p>	
<p>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% dei nuovi pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive. Va inoltre assicurato il controllo dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA, favorendo l'implementazione di tale sistema informatizzato.</p>	<p>Indicatore: ASUITs, che non si serve ancora della logistica centralizzata, persegue la prescrizione informatizzata dei piani terapeutici in almeno il 50% dei nuovi pazienti che necessitano di tali medicinali</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Attività in linea. Oltre il 50% delle prescrizioni con piano terapeutico sono fatte in forma informatizzata.</p>	
<p>Flussi informativi</p>	
<p>Le Aziende sanitarie assicurano, per tramite dei responsabili individuati dalle stesse, l'implementazione, le verifiche ed i controlli di congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, anche utilizzando la reportistica a disposizione sul portale SISR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc). Va in particolare garantita, per il corretto calcolo del rispetto dei tetti di spesa, l'integrale</p>	<p>Indicatore: Saranno assicurati il monitoraggio e informatizzazione dei piani terapeutici ed il rispetto delle note limitative AIFA.</p> <p>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> <p>Garantire riscontro alle eventuali richieste</p>

<p>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 è inoltre inserito a sistema il codice targatura.</p> <p>Sempre con riferimento ai flussi informativi, l'EGAS e le singole Aziende danno riscontro agli eventuali approfondimenti richiesti dalla Direzione Centrale, anche su istanza Ministero della Salute, entro 15 giorni dalle comunicazioni.</p>	<p>da parte della Direzione Central Salute entro 15 giorni</p>
---	--

Attuazione al 31.12.2017

Le attività previste per il raggiungimento del risultato atteso sono in linea nel rispetto dei tempi di trasmissione richiesti.

I flussi sono mensilmente stati trasmessi con la tempistica richiesta e la SC Assistenza Farmaceutica ha sempre garantito il riscontro alle richieste della Direzione Centrale Salute nei tempi richiesti

#### Indicatori

<p>Allegato B.</p> <p>19. Specialistica ambulatoriale</p> <p>Consumo pro-capite di farmaci inibitori di pompa protonica</p>	<p>25 up pro capite</p>
---	-------------------------

Attuazione al 31.12.2017

In seguito alle molteplici azioni messe in atto, il consumo pro-capite degli inibitori di pompa in ASUITS è inferiore al valore standard definito (25 u.p pro capite) e risulta essere il più basso in Regione (22,43 u.p pro capite).

### **3.6. PROGETTI ATTINENTI LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIO SANITARI**

3.6.1 Non autosufficienza e disabilità	
Obiettivo	Risultato atteso
Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani	
1. Processo di riclassificazione delle residenze per anziani già funzionanti	<p>Sarà garantita la partecipazione all'attuazione del processo di riclassificazione delle residenze per anziani secondo le modalità e i termini previsti al titolo X del D.P.Reg. 144/2015. Inoltre, in continuità con le attività realizzate negli anni precedenti sulla linea di intervento Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti, sono inoltre previsti i seguenti obiettivi/azioni:</p> <p>la verifica del possesso dei requisiti strutturali ed edilizi dichiarati dagli enti gestori delle strutture residenziali nell'ambito del processo medesimo (art. 52, comma 5 del D.P.Reg. 144/2015) nei casi richiesti dalla Regione;</p> <p>il supporto alla valutazione delle domande di nuova classificazione presentate dagli enti gestori (articolo 56, comma 2), secondo le modalità indicate dalla Regione;</p> <p>il supporto alla valutazione dei bisogni degli utenti delle residenze per anziani attraverso l'utilizzo del sistema di valutazione multidimensionale Val.Graf.-FVG (articolo 50 del D.P.Reg. 144/2015), in particolare nelle residenze per anziani non</p>

	convenzionate.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Nell'anno 2017 sono state eseguite le verifiche dei requisiti per tutte le residenze per anziani convenzionate con ASUITS. E' stata costituita altresì una commissione aziendale composta da personale del Distretti e del DIP.</p> <p>Tutte le domande di nuova classificazione sono state valutate nei tempi previsti</p> <p>Ogni persona è stata valutata attraverso la scheda Val.Graf prima dell'ingresso in struttura convenzionata.</p>	
<p>2. Monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani</p>	<p>ASUITs proseguirà nelle attività di verifica e approfondimento dei percorsi avviati negli anni precedenti realizzando almeno tre nuove visite di audit approfondite. Si provvederà, inoltre, a redigere e trasmettere alla Direzione Centrale Salute entro il primo semestre 2017, una dettagliata relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità svolte nell'anno precedente</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>ASUITS ha trasmesso con nota PROTGEN n. 34058 – P del 30/06/2017 la relazione illustrativa delle attività di monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani.</p>	
<p>3. Sistemi informativi:</p>	<p>ASUITs garantirà il monitoraggio, la verifica e l'eventualmente sollecito l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio.</p>

<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>ASUITS garantisce il monitoraggio la verifica e l'eventualmente sollecito l'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio</p>	
<p>4. Sistema di VMD Val.Graf.-FVG</p>	<p>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 sarà effettuata da un'équipe multiprofessionale distrettuale, costituita da professionalità di tipo sanitario e sociale appartenenti dal Distretto e all'Ambito dei servizi sociali, territorialmente competenti.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>ASUITS ha regolarmente valutato, 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 mediante équipe multiprofessionale distrettuale.</p>	
<p>Disabilità</p>	
<p>ASUITS effettuerà un'attività di valutazione delle condizioni di vita degli utenti in carico ai servizi residenziali e semiresidenziali, di cui all'art.6 comma 1 della LR 41/96, nello specifico si evidenzia la necessità di approfondire le tematiche di carattere sanitario</p>	<p>valutazione di tutti gli utenti dei servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità secondo le modalità approvate dalla Regione;</p> <p>- individuazione di un referente aziendale che coordini e monitori l'attività di valutazione</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p>	

Come da accordi regionali sono stati valutate 10 persone a distretto (totale 40) dalle responsabili di EMH con la scheda informatizzata proposta da Area Welfare per la rilevazione del profilo di salute di persone con disabilità. Le persone valutate sono state scelte dalla regione. La referente ha mantenuto i contatti con Area Welfare ed i distretti per l'attuazione dell'obiettivo.

Fondo per l'autonomia possibile – salute mentale

Fondo per l'Autonomia Possibile – salute mentale

- ASUITs in base alle disposizioni contenute nel regolamento che disciplina il Fondo per l'Autonomia Possibile (FAP), cofinanzierà al 50% i progetti (il restante 50% è assicurato dai fondi regionali). Tale quota sarà aggiuntiva e non sostitutiva di interventi e servizi di competenza istituzionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione.

- Il DSM dell'ASUI di Trieste continuerà, nel corso del 2017, gli incontri trimestrali con i servizi sociali dei comuni di Trieste, Duino Aurisina e Muggia per il monitoraggio dei progetti sostenuti con il FAP - salute mentale e l'attività rendicontativa per l'ambito del comune di Trieste.

- il DSM si propone di promuovere, nell'ambito dei programmi finalizzati all'individuazione di forme di abitare supportato e domiciliarità, con particolare attenzione alle persone over 65 e con disabilità, tutte le attività rivolte a garantire la necessaria integrazione con le Aree di competenza per sostenere percorsi qualitativamente rispondenti ai bisogni



	nonché contrastare nuove forme di istituzionalizzazione.
<p>Attuazione al 31.12.2017 Nel corso del 2017, sono stati cogestiti con gli Ambiti 47 progetti terapeutici abilitativi personalizzati, per tutta la quota FAP disponibile a finanziamento congiunto.</p> <p>E' proseguito il tavolo con il Comune di Trieste, a cadenza trimestrale con l'obiettivo di verificare tutti i progetti in essere (42), l'attribuzione dell'assistente sociale, viste le numerose modifiche organizzative e la formalizzazione delle schede di progetto. Con Duino Aurisina e Muggia sono proseguiti gli incontri operativi, con la revisione sostanziale di tre progetti e l'avvio di un progetto nuovo. Tutti i progetti sono rivolti a persone ad alto carico o alta priorità.</p> <p>Nel corso del 2017 si è giunti alla formalizzazione della presa in carico integrata (Servizi Sociali e Distretti) di 11 persone tutte provenienti da strutture del DSM e in particolare, di queste, l'attivazione per 10 del FAP anziani e per una persona del FAP disabilità. Ciò ha permesso la permanenza delle persone, nell'ambito del Decreto Regionale sulla domiciliarità innovativa, in piccoli nuclei di convivenza in alloggi centrali sulle 24 ore, in partenariato con la cooperazione sociale, come da autorizzazione regionale prevista, la mobilitazione delle risorse private, e una multidimensionalità della presa in carico, a contrasto di nuove forme di istituzionalizzazione.</p>	
Fondo gravissimi	
Fondo gravissimi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tutte le AA e ASUI, in collaborazione con gli Ambiti distrettuali, sono tenute alle attività di accertamento e segnalazione dei casi di gravissima disabilità fornendo alla Direzione Centrale altresì tutta la documentazione necessaria alla valutazione selettiva.</li> <li>- A seguito delle disposizioni contenute nel decreto interministeriale di ripartizione del Fondo nazionale non autosufficienze 2016 (art. 3), ASUITs si rende disponibile</li> </ul>

	<p>alla rilevazione (da effettuarsi entro il primo trimestre 2017) del numero di persone con disabilità gravissima secondo le condizioni individuate nel decreto medesimo.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>E' stato compilato dai distretti l'elenco delle persone in condizioni di disabilità gravissima residenti a domicilio e/o ospiti in strutture residenziali secondo i 5 criteri definiti nell'incontro del 21/02/2017 con rappresentanti della Direzione Centrale Salute e ed Area Welfare ed è stato inviato il file compilato nella data prestabilita (agosto 2017)</p>	
<p>Autoveicoli privati per il trasporto di persone disabili</p>	
<p>Autoveicoli privati per il trasporto di persone disabili</p>	<p>a tutte le AAS e ASUI è stata demandata la competenza in materia di contributi a favore di persone con disabilità per l'acquisto e l'adattamento di autoveicoli per il trasporto personale e per il conseguimento dell'abilitazione alla guida.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Per l'attuazione abbiamo predisposto una modalità operativa, tutte le domande arrivano alla referente che verifica la correttezza della documentazione ed invia la pratica al distretto di appartenenza, il distretto avvia l'iter amministrativo per il pagamento. Nel 2017 sono state finanziate 4 richieste di contributi autoveicoli. Inoltre la referente ha anche funzione di informazione per le persone.</p>	
<p>Vigilanza servizi semiresidenziali e residenziali sociosanitari destinati a persone anziane e con disabilità</p>	
	<p>Per l'anno 2017, ASUITs effettuerà l'attività di vigilanza e controllo dei servizi/strutture collocati sul territorio di competenza. Appare di difficile raggiungimento la percentuale indicata del 30% (nell'anno) per la provincia di Trieste</p>

	<p>caratterizzata da un numero elevatissimo di residenze polifunzionali. ASUITs si impegnerà, compatibilmente con le risorse a disposizione, ad effettuare il maggior numero possibile di controlli. Per implementare questa attività, affinché risulti esaustiva in tutte le sue caratteristiche, con visione/gestione completa da parte di tutte le strutture interessate dal progetto, è fondamentale venga sviluppato uno specifico software gestionale, omogeneo a livello regionale, software che vada a garantire, al pari del gestionale MeLa-INSIEL per le SCPSAL l'attività delle Strutture SCISPPA e SCIAN dei Dipartimenti di Prevenzione.</p>
--	--

Attuazione al 31.12.2017

L'attività di vigilanza è stata condotta su 11 strutture, nell'ambito di un percorso pluriennale programmato, mirato alla valutazione periodica di tutte le 84 strutture del territorio.

La Regione non ha implementato uno specifico software gestionale, l'ASUITs ha quindi predisposto un software proprio di registrazione delle informazioni raccolte nelle Strutture visitate, che potranno pertanto confluire nel sistema regionale non appena questo si renderà disponibile. Le informazioni raccolte sono a disposizione delle strutture competenti, impegnate nel progetto.

3.6.2 Minori	
Obiettivo	Risultato atteso
Affido	
Affido	E' già vigente tra ASUITs e Ambiti della

	<p>provincia un protocollo operativo sull'affido familiare che è in linea con i contenuti delle linee guida regionali (DGR 1115 dd, 12./06/15). L'attività integrata sulla tematica è consolidata. Da diversi anni l'Azienda mette a disposizione ore settimanali di psicologo dei Consultori Familiari per le attività del Servizio Affidi gestito dal Comune di Trieste, oltre agli interventi sanitari e sociosanitari dei Distretti nella presa in carico dei minori e delle famiglie target.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Prosegue l'attività integrata ASUITS-Comune sul tema. Oltre all'attività che svolge in Comune il dott. Bruni (15 ore settimanali - Distretto 3 - Consultorio Familiare) vanno considerati sul tema affido agli interventi sanitari e sociosanitari dei Distretti nella presa in carico dei minori e delle famiglie target.</p>	
<p>Adozioni</p>	
<p>Adozioni</p>	<p>Per il 2017 si conferma la partecipazione di ASUITs con un proprio rappresentante al tavolo di lavoro regionale. Continuerà parallelamente, all'interno dei Consultori Familiari di ASUITs, il lavoro di omogeneizzazione e definizione del percorso integrato di assistenza relativamente all'adozione, ridefinendo in modo omogeneo gli aspetti metodologici e organizzativi nei 4 distretti.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Durante il 2017 è proseguita la partecipazione al tavolo di lavoro regionale, concludendo il percorso di revisione del protocollo regionale sull'adozione internazionale e nazionale, e</p>	

producendo il nuovo documento per la firma degli attori coinvolti.

E' proseguita inoltre l'applicazione e il monitoraggio del percorso integrato di assistenza dei Consulenti Familiari di ASUITS relativo al tema, che sarà prassi permanente all'interno dei Consulenti dei 4 distretti.

### 3.6.3 Piani di Zona

Obiettivo	Risultato atteso
Pianificazione locale congiunta tra le AAS e ASUI e le Unioni territoriali intercomunali nelle aree di integrazione socio sanitaria	<p>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 2017, in continuità con il percorso iniziato nel 2013.</p> <p>Sottoscrizione tra il Direttore generale dell'AAS e ASUI e il Presidente dell'UTI dell'Atto di intesa che impegna le parti alla realizzazione, per quanto di competenza, dei contenuti della suddetta programmazione.</p> <p>- Elaborazione congiunta del monitoraggio semestrale al 30/06/2017 e al 31/12/2017.</p>

Attuazione al 31.12.2017

Il PAA 2017 (Programma Attuativo Annuale) che costituisce il documento di programmazione locale integrata nelle aree di integrazione sociosanitaria è stato elaborato di concerto con i Gruppi di Lavoro per area tematica tra gli operatori di ASUITS e dei ambiti territoriali con il coordinamento della Cabina di Regia.

L'atto d'intesa per il Programma Attuativo Annuale 2017 (PAA) tra l'UTI Giuliana e la Direzione Generale di ASUITS è stato sottoscritto, come risulta dalla documentazione

ricevuta PROTCEN/GEN 0025202 - A del 15/05/2017.

Il monitoraggio riferito al I semestre 2017 è stato elaborato e inviato e puntualmente inviato all'Ufficio di Piano del Comune di Trieste, quale coordinatore della Cabina di Regia. Il monitoraggio riferito al II semestre al 31/12 è puntualmente in fase di elaborazione visto che la scadenza per la consegna è stata fissata per il II trimestre del 2018.

### 3.7 RAPPORTO CON I CITTADINI

#### 3.7.1. Tempi d'attesa

Obiettivo	Risultato atteso
Garanzia erogativa	<p>L'ASUITs è tenuta a garantire per le priorità Brevi e Differite il rispetto dei tempi previsti, per i propri residenti, con le proprie strutture o altre pubbliche e private accreditate.</p> <p>L'ASUITs, nell'erogazione delle prestazioni oggetto di monitoraggio regionale di cui al presente Piano, è tenuta al rispetto della classe di priorità definita dal prescrittore assicurando la "garanzia" erogativa per la priorità B al 95%, per la priorità D al 90 % e per la priorità P al 85 % dei volumi delle prenotazioni di ogni singola prestazione.</p>

Attuazione al 31.12.2017

ASUITs ha predisposto il Piano annuale 2017 di garanzia dei tempi attesa. Il Piano rilevava le criticità annuali, garantiva un monitoraggio costante delle prestazioni oggetto del monitoraggio regionale e prevedeva le azioni di miglioramento.

Dai dati ricevuti dal servizio di epidemiologia regionale (mail DG dd 05/02/2017) il monitoraggio rilevato era:

<p>prestazioni in priorità B 90%</p> <p>prestazioni in priorità D 86%</p> <p>Si segnala che ASUITS durante il 2017 ha segnalato al Servizio di epidemiologia regionale diversi scostamenti fra il monitoraggio regionale e il monitoraggio aziendale.</p>	
<p>Informatizzazione agende</p>	<p>Le agende devono rimanere aperte per 12 mesi continuativi.</p> <p>Secondo le indicazioni dell'EGAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ASUITs proseguirà ad organizzare le agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche per consentire la prenotazione on line del cittadino per tutta l'offerta:</li> <li>- entro il 31 dicembre 2017 tutte le agende delle prestazioni ambulatoriali saranno informatizzate e rese disponibili a sistema CUP regionale.</li> </ul>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>ASUITs ha garantito l'apertura delle agende di prenotazione sui 12 mesi, ha reso disponibile la prenotazione delle prestazioni on line stabilite da EGAS e ha informatizzato l'attività ambulatoriale</p>	
<p>LR 7/2009: abbattimento liste di attesa</p>	<p>rendicontare alla DCS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le modalità di utilizzo, i risultati ottenuti e finanziamento attribuito nell'indistinto procapite, individuato con la legge 7/2009, tenendo conto che una quota di almeno il 25 % è da utilizzare, in extra tetto, per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati convenzionati. Di tale accordo si darà comunicazione alla Direzione Centrale Salute</li> </ul>

Attuazione al 31.12.2017

A seguito delle modifiche all'accordo triennale 2017-2019, avvenute con DGR n. 2181 dd. 10.11.2017, gli accordi con le associazioni del privato accreditato in attuazione della Legge 7/2009 sono stati sottoscritti in data 28.11.2017, per un totale del 40% del finanziamento annuale, rispettivamente pari al 20% per le case di cura ed al 20% per le strutture che erogano esclusivamente prestazioni di specialistica ambulatoriale. Gli accordi sono stati approvati con Decreto n. 873 dd. 20.12.2017. Degli accordi è stata data comunicazione alla DCS nel 2018.

### Rimodulazione dell'offerta CUP

Branca / prestazione	Azioni correttive
Cardiologia	Visita cardiologica e holter: rimodulazione dell'offerta
Elettromiografia	Rimodulazione dell'offerta
Endoscopie digestive	Gli esami endoscopici B e D sono a quasi completo carico di ASUITs. Le agende dei privati accreditati non sono aperte in modo continuativo. Aumentare l'offerta dei privati accreditati.
Oculistica	Rimodulare l'offerta del fondo oculare con priorità B. Implementare l'offerta di visite P.
Otorinolaringoiatria	Visita OFL: implementare l'offerta di P
Spirometria	Rimodulare l'offerta.
Visita endocrinologica	Presente un'unica struttura erogante.
Visita gastroenterologica	Presente un'unica struttura erogante
Visita ortopedica	Rimodulazione dell'offerta
Visita dermatologica	Rimodulazione e coordinamento dell'offerta tra ospedale, territorio e privati accreditati per agende chiuse non compensate dalla disponibilità dell'altra azienda.
Visita neurologica	L'offerta attuale non è sufficiente a garantire i tempi massimi: aumentare l'offerta.
Radiologia	Rimodulazione e coordinamento dell'offerta tra ospedale e accreditati esterni (per esempio agende chiuse e non compensate con aumento dei posti nell'altra Azienda).
- Risonanze Magnetiche	Rimodulazione dell'offerta, soprattutto per indagini con mdc
- TAC	Rimodulazione dell'offerta, soprattutto per indagini con mdc
- Ecografie	Rimodulazione dell'offerta, al momento settorializzata
- Ecografia ghiandole salivari	Prenotabili solo per ASUITs, estendere anche a accreditati

Attuazione al 31.12.2017

Sono state rimodulate le offerte ambulatoriali per le prestazioni in oggetto. Si segnala che il privato accreditato ha erogato però meno endoscopie di quelle richieste, compensato parzialmente da un aumento delle endoscopie di ASUITs.

Interventi chirurgici

L'Azienda si impegna a garantire il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi



	<p>indicati, per almeno il 95% dei casi con priorità A e per almeno il 90 % dei casi con priorità B, C e D.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>I dati relativi al rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici monitorati sono al di sotto del target prestabilito.</p> <p>Va precisato che nel corso del 2017 ASUITs ha mantenuto la programmazione standard delle sale operatorie nonostante l'elevato turnover del personale del comparto, che ha di fatto impedito un incremento di sedute operatorie per la difficoltà a reperire personale di ruolo da assegnare a questa branca ove è previsto un periodo di formazione compreso tra i 6 e 8 mesi</p>	
<p>Diritti in caso di superamento dei limiti di tempo</p>	<p>L'Azienda, in conformità a quanto previsto dall'art. 13 della L.R. 7/2009 e dalla DGR n. 1439/2011 Parte VIII n. 22, garantisce idonee ed omogenee modalità di informazione ai cittadini prevalentemente attraverso l'uso dei siti aziendali, dei social network (twitter e facebook), delle comunicazioni mediate dai Medici di Medicina generale e dai Pediatri di libera scelta, oltre che attraverso un'adeguata cartellonistica da apporre nelle varie sedi aziendali.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Predisposta informativa con Nota Prot. n.DIRSAN/ASUIT 0001300-P d.d. 11/04/2017 per i MMG, Strutture ambulatoriali distrettuali, ospedaliere e dei Privati Accreditati su quanto previsto dall'art. 13 della L.R. 7/2009 e dalla DGR n. 1439/2011 Parte VIII n. 22, garantisce idonee ed omogenee modalità di informazione ai cittadini. Aggiornato sito internet aziendale.</p>	
<p>Sorveglianza sull'attività erogata in</p>	<p>L'azienda, al fine di far rispettare il</p>

<p>regime di libera professione</p>	<p>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. Sarà 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 dovrà essere 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.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Effettuato il monitoraggio previsto</p>	
<p>Monitoraggio</p>	<p>Monitorare l’andamento delle prenotazioni e definire gli strumenti che consentono, per ogni struttura erogante, di rimodulare l’offerta in relazione all’andamento della domanda e dei tempi di attesa</p> <p>definire con gli erogatori di prestazioni della provincia di Trieste, le misure di intervento per situazioni improvvise di forza maggiore (scioperi, guasti, ecc.), concordando le soluzioni da intraprendere e le modalità di informazione all’utenza (mediante incontri specifici, sentiti anche gli specialisti coinvolti compresi i privati accreditati)</p>

	<p>produrre mensilmente, ed eventualmente al bisogno, un report sulla percentuale di prestazioni garantite nel limite dei tempi massimi stabiliti</p> <p>produrre mensilmente la rilevazione dei tempi di attesa effettuata il primo giorno del mese, da pubblicare sul sito aziendale</p> <p>effettuare il monitoraggio nazionale dei tempi di attesa</p> <p>monitoraggio dei tempi di attesa e dei volumi di attività della Libera Professione</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Effettuato il monitoraggio previsto</p>	

3.7.2. Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver	
Obiettivo	Risultato atteso
<p>Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai care giver</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale</li> <li>- ASUITs si impegnerà affinché uno degli obiettivi dell'équipe dei reparti di Terapia intensiva e semi-intensiva sia "una razionale riduzione o abolizione di tutte le limitazioni non motivatamente necessarie poste a livello temporale, fisico e relazionale". Vi sono una serie di situazioni che fanno riferimento alla logistica concreta dei luoghi di cura intensiva, allo stato clinico del malato e dei malati con lui confinanti, alle procedure approntate o da approntare ed alla loro</li> </ul>

	concentrazione oraria, all'impiego di radiazioni ionizzanti in certe fasce orarie, alle priorità assistenziali nei confronti del malato e dei malati, che però vanno tenute nel debito conto dalle realtà assistenziali e da chi le governa
Attuazione al 31.12.2017	
Il percorso di apertura dei reparti di terapia intensiva e semintensiva è stato avviato.	

3.7.3. Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza	
Obiettivo	Risultato atteso
Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>- evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale</li> <li>- Al momento in ASUITs tutte le Medicine (ma anche altri reparti) hanno tolto l'orario di visita consentendo ai care giver di accedere in qualunque orario (h 24) Ciò avviene da alcuni mesi con soddisfazione dei familiari ed anche del personale che vede diluire in un arco temporale più esteso un'affluenza che prima era concentrata in poche ore: si inizia a pensare al care giver come a una risorsa affettiva e assistenziale.</li> <li>Nel corso del 2017 si ritiene di incoraggiare la presenza del care-giver durante la visita medica.</li> </ul>
Attuazione al 31.12.2017	
In ASUITs tutte le Medicine (ma anche altri reparti) hanno tolto l'orario di visita consentendo ai care giver di accedere in qualunque orario (h 24), nel corso del 2017 si è	

incoraggiata la presenza del care-giver durante la visita medica

#### 3.7.4. Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico (recall)

Obiettivo	Risultato atteso
Accertamento delle condizioni cliniche e assistenziali del paziente dopo la dimissione da un intervento chirurgico	<p>Contatto telefonico entro 5 giorni dalla dimissione per raccogliere informazioni relative al decorso clinico assistenziale.</p> <p>La valutazione sarà effettuata su un campione di pazienti e l'obiettivo sarà:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- raggiunto: risposta positiva in almeno il 90% dei pazienti campionati</li><li>- non raggiunto: risposta positiva al di sotto del 40% dei pazienti</li><li>- parzialmente raggiunto: risposta positiva per percentuali comprese tra 40% ed il 90%</li></ul>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>ASUITs ha partecipato attivamente all'obiettivo con le SSCC chirurgiche tramite la formazione iniziale, la raccolta delle informazioni necessarie per il campione identificato a livello regionale. I dati sono stati trasmessi secondo la tempistica indicata. I dati sulla valutazione della performance non sono ancora stati comunicati ad ASUITs</p>	

#### 3.7.5. Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente

Obiettivo	Risultato atteso
Individuazione del medico responsabile della gestione del ricovero del paziente	<ul style="list-style-type: none"><li>- evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale</li><li>- Ciascun paziente ricoverato in ospedale</li></ul>

	<p>deve ricevere l'informazione di chi è il medico responsabile della gestione del proprio caso e che assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza.</p> <p>Il call center regionale effettuerà delle chiamate a campione ai pazienti dimessi da un ricovero ospedaliero durato più di 4 giornate. L'obiettivo si considererà completamente raggiunto al superamento del 90% di risposte positive e non raggiunto al di sotto del 40%.</p> <p>Per procedura aziendale di ASUITs il medico referente delle cure è chiaramente individuato e il suo nominativo è riportato in cartella clinica.</p> <p>Nel corso del 2017, ASUITs fornirà collaborazione alla DCS per lo svolgimento dell'indagine telefonica.</p>
--	--

Attuazione al 31.12.2017

Per procedura aziendale di ASUITs il medico referente delle cure è chiaramente individuato e il suo nominativo è riportato in cartella clinica. Ciascun paziente ricoverato in ospedale riceve l'informazione di chi è il medico responsabile della gestione del proprio caso

3.7.6 Esperienza nei percorsi assistenziali	
<p>Valutazione dell'esperienza dei cittadini sui seguenti percorsi assistenziali:</p> <p>ictus</p>	<p>- evidenza del percorso e sua attuazione per garantire l'obiettivo regionale</p>

diabete	
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il percorso dell'ictus è stato regolarmente portato avanti nel corso del 2017.</p> <p>Per il diabete sono presenti le associazioni di volontariato del diabete presso le diabetologie distrettuali e per collaborazione attiva nell'ambito dell'informazione e della facilitazione nell'accesso e nella gestione della patologia.</p>	

#### 4. FLUSSI INFORMATIVI E VALUTAZIONI

Flussi informativi e valutazioni	
Obiettivo Aziendale	Risultato atteso
Avvio nuova scheda di dimissione ospedaliera (SDO)	
avvio della nuova SDO secondo le configurazioni definite dal il Ministero della salute	Evidenza dell'uso della nuova SDO a partire dai dimessi del mese di gennaio
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>La nuova SDO regionale è stata adottata dal mese di gennaio 2017 secondo le indicazioni regionali</p>	
Qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali	
Corretta compilazione delle SDO e delle Schede di Morte	correttezza della compilazione in almeno il 90% delle SDO e in almeno il 90% delle schede di morte. (valutazione effettuata nel periodo successivo al completamento della formazione da parte della Regione)
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>La valutazione delle SDO dal punto di vista dei contenuti previsti dalla normativa è stata effettuata secondo il piano dei controlli previsto. In fase di avvio della nuova SDO sono stati introdotti i correttivi al fine della validazione dei flussi con frequenza mensile. Per quanto</p>	

attiene la reportistica regionale sulla correttezza formale dei flussi si segnala che il primo report ufficiale è pervenuto a gennaio 2018 e che il previsto iter formativo regionale non è stato avviato. Per quanto attiene invece la compilazione delle schede di morte si segnala che il previsto iter formativo regionale non è stato avviato.

#### Flussi ministeriali

##### Alimentazione flussi ministeriali

Le aziende sono tenute per quanto di loro competenza alla corretta alimentazione di tutti i flussi ministeriali. Considerato 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 verrà trattenuta a livello centrale e sarà erogata solo ad adempimento completamente espletato.

#### Attuazione al 31.12.2017

Nel corso del 2017 ASUITs ha provveduto alla corretta alimentazione attraverso il Sistema Nsis, di tutti i flussi ministeriali, aggregati e individuali, entro i termini previsti dal Ministero della Salute.

#### Obblighi informativi e indicatori

Le basi dati gestionali attualmente in uso nella aziende rappresentano uno strumento fondamentale per la pianificazione regionale e per gli adempimenti in termini di flussi informativi che la Regione ha nei confronti delle strutture centrali (Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze) ai fini delle varie attività ministeriali.

- manutenzione e monitoraggio della congruità delle basi dati con il coordinamento della DCS.



<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Nel corso del 2017 ASUITs ha monitorato l'avvenuta implementazione e la congruità delle basi dati dei sistemi gestionali che alimentano i flussi individuali e aggregati verso i Ministeri, con il coordinamento della DCS.</p>	
<p>Supporto a progetti di valenza regionale integrati tra assessorati</p>	
<p>Monitoraggio biologico Aree di Monfalcone e Servola</p>	<p>Collaborazione con il Cro al progetto di Monitoraggio biologico Aree di Monfalcone e Servola</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Sono stati raccolti i campioni previsti come da relazione annuale dello studio (CRO-2016-50) "Studio pilota di monitoraggio biologico umano per le popolazioni residenti in prossimità dell'impianto siderurgico Ferriera di Trieste e centrale termoelettrica A2A di Monfalcone [Studio approvato nella seduta del 22.11.2016 (Odg 5.4) per i Centri CRO e AAS 2 e nella seduta del 06.12.2016 (Odg 3.1) per ASUITs (PI dr. Ruscio).</p>	
<p>Clima interno</p>	
<p>effettuare la seconda valutazione regionale del clima interno secondo un percorso definito dalla DCS</p>	<p>Evidenza della realizzazione della valutazione del clima interno secondo le indicazioni fornite dalla DCS</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Non risulta attivato nessun percorso dalla DCS per il 2017</p>	

## 5. IL SISTEMA INFORMATIVO

<p>Il sistema informativo</p>	
<p>Obiettivo</p>	<p>Risultato atteso</p>
<p>Ricetta dematerializzata</p>	<p>Farmaceutica e specialistica da estendere a tutti i medici convenzionati, specialisit, MMG e PLS</p>

<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>L'attività propedeutica (preparazione manuali, configurazioni, pubblicazione su intranet) si è conclusa nel 2016.</p> <p>Sono abilitati i seguenti reparti: Chirurgia Generale, Clinica Dermatologica, Geriatria, CCV, CSO, Ematologia, Clinica Odontostomatologica, Clinica Patologie Fegato, Oncologia.</p> <p>I MMG e PLS dispongono dello strumento informatico di prescrizione.</p>	
<p>Sistema informativo</p>	<p>Proseguire il percorso di miglioramento e mantenimento degli standard di qualità, sicurezza e continuità di servizio caratteristici della infrastruttura IT (ex AOUTs)</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Si è definito un modello ad alto livello per la sicurezza informatica e di protezione dei dati ad adeguamento a quanto previsto da AgID per la infrastruttura IT di ASUITS</p>	
<p>Servizi on line per i cittadini</p>	<p>Collaborare man mano con i servizi e le indicazioni di utilizzo che verranno messi a disposizione.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>È stata prestata la richiesta collaborazione ed i sistemi sono stati messi a disposizione.</p>	
<p>Pubblicazione dei tempi di attesa per i principali interventi chirurgici</p>	<p>Difficoltà nella gestione delle liste di attesa per tutti gli interventi erogati in regime ambulatoriale, poiché non previsti nel modulo software Insiel dedicato allo scopo. Questo limite, purtroppo, impedisce di gestire in maniera coordinata interventi eseguiti in regime ambulatoriale ed in regime di ricovero (ordinario/DH) da cui deriva una difficoltà ad avere un'unica pianificazione di sala ma soprattutto rende</p>

	<p>parziale l'elenco degli interventi in lista e, di conseguenza, costruire l'indicatore.</p> <p>Si richiede inoltre un adeguamento del modulo liste di attesa tale da consentirne l'utilizzo per gli tutti gli interventi chirurgici, a prescindere dal regime di erogazione degli stessi, prima che i dati in esso inseriti vengano resi pubblici.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Si tratta di una nostra richiesta a Regione/Insiel. In attesa di riscontro</p>	
Riduzione del tempo di consegna del referto	<p>Risulta indispensabile un potenziamento del sistema di stampa massiva per escludere i referti a maggior tutela privacy indicandone la presenza, se del caso, e verificare l'eventuale pagamento prima di rendere disponibile il referto per la consegna.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Alla data non è ancora disponibile il controllo dell'avvenuto pagamento da stampa massiva.</p>	
Interventi sul sistema ICT del SISR	<p>Si auspica che gli stessi vengano attuati da parte di Insiel con l'utilizzo di automatismi ad hoc tali da non richiedere pesanti attività di data entry agli operatori ASUITs e sempre in linea con quanto previsto dalla normativa sulla privacy.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il riordino fase 2 è stato effettuato, come programmato da Insiel, a fine 2017.</p>	
Nuova cartella clinica informatizzata	<p>Si auspica che i tempi di diffusione siano</p>

	<p>brevi e, considerato che sono sospese le iniziative di sviluppo, si chiede che le risorse Insiel possano rendersi disponibili per garantire la messa a norma per i moduli non direttamente afferenti alla stessa, relativamente alla marcatura CE DM per il modulo prescrizioni del SEI e relativamente al nuovo DM dd. 01.07.2016 sulla regolamentazione dell'attività trasfusionale per Emonet.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Al 31.12.2017 nessuna attività di adeguamento del modulo prescrittivo del Sei risulta avviata da Insiel.</p> <p>Al 31.12.2017 la gara per la nuova cartella non era stata aggiudicata.</p> <p>Al 31.12.2017 i rilasci di Emonet garantiscono la rispondenza al DM citato.</p>	
<p>Utilizzo della firma digitale</p>	<p>Mantenimento utilizzo della firma digitale a livelli tali da garantire le percentuali indicate dalla Regione su tutti i sistemi in cui tale strumento è già stato implementato (referti G2 Clinico, referti Cardionet, SEI, DNLAB, APSYS).</p> <p>A tal proposito si richiede che, per conseguire una completa dematerializzazione, sostenibile dal punto di vista organizzativo, è necessario disporre di uno strumento informatico facilitatore per garantire la dovuta completezza della cartella clinica con il "link" all'originale.</p> <p>Si fa presente, altresì, che la firma digitale della lettera di dimissione risulterà operativa</p>

	<p>non appena verrà garantito il sistema di conservazione che verifica, nel suo complesso, la validità del processo di firma.</p> <p>Per quanto riguarda gli ECG inoltre, l'azienda si impegna ad introdurre la firma digitale dal momento in cui verrà messo a disposizione uno strumento a ciò atto.</p> <p>Per quanto riguarda le performance aziendali richieste, ASUITs garantirà la firma digitale su:</p> <p>G2 Clinico referti ambulatoriali, compresi quelli della Medicina Trasfusionale &gt; 90%</p> <p>Laboratorio, Microbiologia e Medicina Trasfusionale su DNLAB &gt; 98%</p> <p>Anatomia patologica su APSYS &gt; 98 %</p> <p>Radiologia su G2 Clinico &gt; 98</p> <p>Si fa presente, tuttavia, che nel primo quadrimestre 2017 scadranno in maniera massiva le firme digitali e non si ha ad oggi indicazione delle modalità e dei tempi di distribuzione dei loro rinnovi.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Le lettere di dimissione sono firmabili correttamente dal 18/12/2017 a seguito del rilascio da parte di Insiel della versione corretta di G2 Clinico.</p> <p>Percentuali: vedi cruscotto direzionale di monitoraggio agenda digitale.</p> <p>Si segnala che non vi è ad oggi strumento regionale per la firma degli ECG.</p> <p>Si segnala che da fine 2017 si hanno problemi di rilascio delle carte operatore sia jolly che definitive.</p>	
Funzioni rivolte al sistema	si auspica di poter avere al più presto a

	<p>disposizione una suite di software organica e rinnovata, sia tecnologicamente che dal punto di vista della capacità di risposta ai bisogni organizzativi e clinici, tale da non introdurre rischi per il paziente (attenzione alla privacy, requisiti minimi ed adeguati di sicurezza dei dati e dei sistemi). Il tutto integrato ed integrabile in modo semplice ed efficace con i software specialistici in uso e che verranno acquisiti e con gli apparecchi medicali di moderna concezione.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Al 31.12.2017 la nuova cartella non è stata aggiudicata.</p>	
<p>Normalizzazione della gestione delle credenziali</p>	<p>ASUITs già da anni integra nel directory service aziendale i sistemi di autorizzazione di applicativi, sistemi e servizi di terze parti utilizzando di conseguenza MS AD come unico sistema di autenticazione per mezzo di protocolli sicuri, standard (kerberos ed SLDAP) e proposti dal mercato, garantendo credenziali unificate e certezza per l'operatore di non impersonificazione da parte di altri. Si auspica quindi l'estensione ad ogni altro sistema possibile.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>A tutt'oggi non ci sono indicazioni su attività sul tema da parte di Insiel.</p> <p>La gestione e sua normalizzazione relativamente soprattutto all'are ex territorio è tuttora molto critica.</p>	
<p>Condivisione dei tracciati ECG</p>	<p>nell'ambito degli accordi tra Regione e Slovenia per il trattamento IMA-Stemi,</p>

	ASUITs intende fornire la massima collaborazione per il raggiungimento degli obiettivi previsti in tema di sanità transfrontaliera.
Attuazione al 31.12.2017 Non abbiamo attività in corso sull'argomento.	
Assistenza primaria	Si auspica di poter avere a disposizione al più presto una suite di software che risponda ai bisogni anche delle nuove aggregazioni emergenti quali i CAP, e che sia integrata con la cartella ospedaliera sempre senza introdurre rischi per il paziente e con particolare attenzione alla privacy, con requisiti minimi ed adeguati di sicurezza dei dati e dei sistemi.
Attuazione al 31.12.2017 Al 31.12.2017 la nuova cartella clinica non è aggiudicata.	
Servizio telefonico 116117	Avvio numero per l'emergenza secondaria  Si precisa che ad oggi nessun provider telefonico ha dato disponibilità per l'avvio di tale servizio verso una singola azienda, né risulta che tale numerazione sia stata resa disponibile da parte del Ministero per lo Sviluppo Economico. L'intervento regionale si auspica possa risolvere la cosa.
Attuazione al 31.12.2017 Il sistema software applicativo è stato avviato nel mese di luglio con numero verde (non 116117 non ancora messo a disposizione)	

PACS	
Programmazione regionale	<p>perseguire l'avvio e la messa a regime della migrazione del sistema PACS ASUITs al PACS Regionale, secondo quanto già previsto nel progetto redatto con i fornitori Insiel e Ebit e a valle della messa a disposizione, da parte di quest'ultimi, delle soluzioni e delle risorse in esso previste;</p> <p>valutare l'impatto sui propri sistemi e secondariamente predisporre un piano per l'implementazione degli ulteriori casi d'uso previsti in ambito regionale (ad esempio per l'emergenza interaziendale, per la visibilità interaziendale e l'espansione nel settore dell'endoscopia)</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Le attività sono concluse.</p>	
<p>Sviluppo e implementazione del caso d'uso relativo alla consultazione/visualizzazione di referti e immagini in ambito inter-aziendale per il tramite del fascicolo sanitario, nel pieno rispetto dei vincoli e raccomandazioni del Garante della Privacy, previa verifica di disponibilità della rete telematica regionale a banda larga.</p>	<p>Supporto all'implementazione del caso d'uso secondo le indicazioni regionali</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Il FSE ad uso degli operatori sanitari non è ancora disponibile. Si è comunque sempre garantito il supporto richiesto</p>	



Conservazione legale immagini	Per quanto riguarda la conservazione legale delle immagini PACS, ASUITs auspica che la stessa venga fatta rientrare al più presto nel sistema IT di conservazione regionale, anche in considerazione del fatto che lo strumento attualmente in uso dal conservatore (per tramite di Insiel ed Ebit) a partire da marzo non sarà più rispondente alla norma. Fin da marzo quindi, comunque, la conservazione delle immagini PACS dovrà essere espletata con strumenti diversi dall'attuale.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Per quanto a nostra conoscenza da settembre il nuovo strumento di Ebit è operativo, la conservazione è comunque in capo a Insiel.</p>	
Conduzione dello sviluppo e avvio della fase di test della soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale /strutturato in Radiologia, Medicina nucleare e Ecocardiografia	Supporto alla conduzione secondo le indicazioni regionali
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Supporto costante.</p>	

## PROGETTUALITA' AZIENDALI

Progettualità proposte per l'anno 2017 a favore dell'integrazione territorio/ospedale/territorio	
Obiettivo	Risultato atteso
PROGETTO DRIN: Diagnosi Rapida e Integrata di Neoplasia	
Creare un percorso facilitato per il	Sviluppo di un progetto per verificare la

<p>paziente con elevato sospetto clinico di neoplasia per consentire di ridurre i tempi di inquadramento diagnostico.</p>	<p>fattibilità, l'efficienza ed il gradimento di un ambulatorio che si metta a disposizione del MMG per ottenere una diagnosi precoce di neoplasia o la sua esclusione.</p> <p>Trasmissione risultato progetto alla direzione centrale salute</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>A fronte di numerose riunioni (21.5.17 – 26.7.17 – 7.9.17 – 29.9.17 – 30.10.17) tra le strutture coinvolte (Radiologia OM, Distretto 3, Oncologia, Pneumologia, Gastroenterologia, Anatomia Patologica) è stato prodotto il protocollo (allegato), sono state create agende dedicate presso la Radiologia OM per esami TC e per biopsie ecoguidate ed è stata data la possibilità ai colleghi coinvolti di effettuare direttamente la prenotazione nell'ultimo trimestre del 2017. Sono state prenotate nel periodo indicato 5 prestazioni TC in 3 pazienti che rientravano nei criteri di arruolamento. Tutte le procedure sono state effettuate entro 10 gg dalla prenotazione. L'obiettivo quindi è stato pienamente raggiunto.</p>	
<p>Progetto valutazione del rischio, prevenzione, monitoraggio e trattamento della malnutrizione degli anziani</p>	
<p>formulazione di un protocollo che coinvolga ospedale e territorio (DIP, Distretti, Cure primarie Team Nutrizionale Territoriale), finalizzato alla valutazione del rischio, alla prevenzione, al monitoraggio ed al trattamento della malnutrizione degli anziani nei diversi setting di residenza e di cura (domicilio, strutture residenziali ed assistenziali).</p>	<p>Stesura e condivisione del protocollo entro il 31.12.2017.</p>
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Le attività realizzate nel 2017 per la stesura del previsto protocollo sono confluite nel tavolo di lavoro aziendale T-H-T a cui il progetto si raccorda per il prosieguo nel 2018 (relazione allegata).</p>	

prevenzione, al monitoraggio ed al trattamento della malnutrizione degli anziani	diffusione nella popolazione bersaglio della preparazione domiciliare di integratori, che sarà condotta in collaborazione fra i team nutrizionale ospedaliero e territoriale.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>E' stato attivato nel 2017 un tavolo ospedale territorio sul tema della nutrizione in particolare dell'anziano individuando le azioni e le modalità operative per la presa in carico di persone con problemi di salute inerenti al tema della nutrizione comprendente la preparazione domiciliare di integratori.</p> <p>E' attiva una modalità di lavoro integrato distretti/prevenzione per garantire la risposta ai problemi nutrizionali delle persona anziane accolte nelle case di riposo</p>	
Sistema di gestione della comunicazione per il cittadino	
Governance della comunicazione: come una buona comunicazione interna può facilitare l'accesso ai Servizi da parte dei cittadini.	Attualmente il numero verde rappresenta uno dei principali punti di informazione del cittadino e fa maggior riferimento ai Servizi ex AAS1. ASUITs si impegna pertanto per il suo potenziamento nell'ottica di concretizzare l'integrazione di tutti i Servizi informativi di Asuits coordinati dal numero verde. La riorganizzazione del Servizio permetterà di coinvolgere la parte ospedaliera (CUP, PS, Centro Prime Cure), i CAP, le Farmacie, il call center regionale, gli MMG e i PLS, oltre al numero 116.117.
<p>Attuazione al 31.12.2017</p> <p>Da settembre 2017 con decreto è stato formalizzata l'integrazione tra gli operatori dell'ex AOOTS con gli operatori ex AAS1 rendendo il servizio omogeneo per tutta ASUITs</p>	

## **4 . La performance economica. I vincoli operativi**

Data la rilevanza dei vincoli sulle risorse professionali, economiche e strumentali che hanno caratterizzato anche l'esercizio 2017, appare opportuno una sintetica digressione 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 contrazione delle risorse a disposizione.

In apertura, corre l'obbligo di evidenziare che l'esercizio si è chiuso con un conto economico che ha evidenziato un risultato negativo pari a euro 12.251.737. L'obiettivo economico dell'equilibrio di bilancio sulla gestione complessiva non è stato, pertanto, raggiunto nemmeno nel 2017.

Sostanzialmente la perdita conseguita può essere imputata ai seguenti fattori:

- 1) aumento del costo dei beni sanitari. La categoria, tenuto conto delle rimanenze, riporta infatti un saldo in aumento pari ad euro 7.407.512. Tale aumento risulta connesso ad un generalizzato aumento dell'attività di ricovero ed ambulatoriale che si riflette solo in parte sul bilancio in modo positivo mediante aumento del ricavo per attrazione regionale, pari ad + euro 1.576.775 e per attrazione extraregionale, pari a + euro 852.227. L'aumento è dovuto inoltre all'impiego di farmaci innovativi ad alto costo;
- 2) aumento del costo del personale pari ad + euro 1.447.785 rispetto al consuntivo 2016;
- 3) aumento del costo per la fuga regionale ed extraregionale, sia di ricovero che ambulatoriale, per complessivi euro 1.613.855 sull'esercizio 2016;
- 4) aumento del costo per le RSA per euro 652.870, sempre rispetto al consuntivo 2016, dovuto sia all'applicazione a regime delle tariffe regionali previste dalla DGR 2151/2015 per le degenze a carattere riabilitativo, sia ad un maggior tasso di occupazione;
- 5) aumento del costo relativo al rimborso degli oneri sanitari alle strutture convenzionate residenziali per anziani, di importo massimo pari a euro 370.000 su base annua, a seguito di espressa autorizzazione regionale;
- 6) aumento del costo per le prestazioni erogate dalla strutture private accreditate a favore di assistiti ASUITS, pari ad euro 506.689, in adeguamento a quanto previsto dalle DGR 42/2017 e 2181/2017;

- 7) aumento dei servizi di trasporto sanitario, pari ad euro 421.581, per effetto del nuovo contratto e per l'incremento dei trasporti all'interno dell'ospedale di Cattinara e tra Cattinara e il Maggiore per l'avvio dei lavori di ristrutturazione delle torri;
- 8) aumento del costo dei noleggi sanitari, con un + euro 565.707, dovuti per la maggior parte al noleggio dell'apparecchiatura robotica Da Vinci;
- 9) mancato riconoscimento del finanziamento per attività erogate nell'ambito dell'ex Area Vasta (Medicina Trasfusionale e Medicina di Laboratorio) pari ad euro 2.012.000 circa.

Nell'ambito delle misure complessive di contenimento dei costi, l'Azienda ha realizzato nel corso del 2017 le seguenti performance:

### **1. Farmaceutica territoriale convenzionata: vincolo regionale 2017 = 125 € procapite**

ASUITS si attesta su un valore simile a quello medio regionale che, con € **127,77**, rimane comunque superiore al limite procapite pari a 125. Le azioni specifiche messe in atto per il 2018 incentrate sui principi attivi a maggior incremento 2017 vs 2016 quali vitamina D ed analoghi, sostanze modificatrici dei lipidi, associazioni precostituite di antipertensivi ed adrenergici in associazione con corticosteroidi, stanno riportando la spesa farmaceutica territoriale interamente sotto controllo.

### **2. Farmaceutica Territoriale per conto: vincolo regionale 2017 = 25,45€ procapite**

ASUITS incrementa la spesa della distribuzione per conto del 2017 in misura del 13.5% rispetto il 2016, superiore all'incremento medio regionale dell'11.1%. Ciò nonostante ASUITS rispetta il vincolo regionale, unica azienda in FVG, attestandosi su un valore procapite di **25,39** €. L'incremento della spesa farmaceutica DPC è attribuibile a farmaci quali i nuovi anticoagulanti orali (NAO) che soltanto ora, dal lancio, stanno raggiungendo in ASUITS le quote di mercato delle altre aree, ai nuovi antidiabetici, sia insuline che inibitori del DDP-4 e del SGLT2, che analoghi del GPL-1. Si segnala che uno degli obiettivi 2018 assegnati dalla regione è proprio quello di aumentare la quota di utilizzo dei NAO.

### **3. Farmaceutica diretta territoriale: vincolo regionale 2017 = 61,47 € pro capite**

ASUITS incrementa la spesa in misura superiore rispetto l'incremento regionale +11,6% vs 3.2%, riuscendo a mantenersi ancora sotto il valore assoluto medio regionale con

58,12€ vs 62,62 €, in presenza di un vincolo regionale che ricordiamo essere di 61,47, anche quando vengono inclusi nel conteggio i farmaci per l'epatite C.

L'incremento di spesa pro capite registrato è dovuto a farmaci orali utilizzati a domicilio per il trattamento dell'HCV, per le indicazioni ematologiche ed oncologiche, per l'ipertensione polmonare, per il trattamento della sclerosi multipla, ed ai farmaci biologici somministrati per via sottocutanea per le affezioni reumatologiche e dermatologiche.

Si evidenzia anche un significativo incremento della spesa relativa ai medicinali per il trattamento delle malattie rare usati nelle malattie metaboliche/endocrinologiche prescritti talvolta da specialisti al di fuori di ASUITS anche per l'area pediatrica.

#### **4. Farmaceutica ospedaliera: vincolo variabile per azienda a seconda degli incrementi degli anni precedenti e per ASUITS nel 2017 era -0,5% rispetto il 2016.**

Nel corso del 2017 ASUITS registra un incremento di spesa ospedaliera pari al + 15.3% a fronte di un valore medio regionale del + 13.2%. Giova però ricordare che per anni ASUITS ha rispettato i vincoli di spesa ospedaliera, incluso l'anno 2016, unica azienda regionale a centrare l'obiettivo assieme all'AAS 3, quando aveva registrato un decremento del -2,3% a fronte di un - 0,5% richiesto. Pertanto un certo effetto rimbalzo può essere stato uno dei determinanti dell'incremento a due cifre. I farmaci dell'area oncoematologica costituiscono una parte importante dell'intera quota di incremento.

Anche i farmaci per le edemi maculari assorbono una quota importante dell'incremento, nonostante che ASUITS abbia il più alto ricorso in regione al bevacizumab intravitreale pari al 60% del totale dei farmaci intravitreali. Altri farmaci che hanno condizionato il trend d'incremento sono gli ev (endovenosi) per la sclerosi multipla, l'eculizumab per la sindrome emolitica uremica ed il suggamadex antagonista dei bloccanti neuromuscolari impiegato dagli anestesisti.

#### **5. Il numero di prestazioni ambulatoriali per abitante sulla popolazione pesata non poteva superare le 3,5 prestazioni pro capite, con esclusione della branca di laboratorio (patologia clinica, microbiologia e anatomia patologica). In tale valore sono comprese le prestazioni di CT-PET.**

Il dato ASUITS riferito al 2017 risulta **3,99**. Come dichiarato più volte l'obiettivo risulta irraggiungibile in tempi brevi dai residenti ASUITS perché significherebbe una riduzione di

oltre 150mila prestazioni in un anno.

**6. Il tasso di ospedalizzazione di ogni Azienda non deve superare il 125 per mille.**

Il tasso di ospedalizzazione ha segnato negli ultimi due anni un rialzo rispetto al trend di discesa molto marcato manifestato negli ultimi due decenni. Ciò è dovuto essenzialmente all'aumento dei ricoveri degli anziani ultra75enni per DRG medico.

Il dato ASUITS riferito al 2017 risulta **135,57**. Come dichiarato più volte l'obiettivo risulta irraggiungibile in tempi brevi dai residenti ASUITS perché significherebbe una riduzione di oltre 3500 ricoveri in un anno.

Come già segnalato sia nel corso degli incontri di negoziazione in DCS sia per iscritto nel PAL ASUITs 2017 l'obiettivo di contrarre i ricoveri entro il 125 per mille non è realistico perseguirlo nel breve tempo senza significativi cambiamenti organizzativi territoriali. Negli ultimi anni la discesa del tasso di ospedalizzazione è stata assai significativa e non si ritiene sia ulteriormente comprimibile, pur a fronte di una ben articolata organizzazione territoriale.

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

Il vincolo risulta conseguito come appare dai confronti dei seguenti valori:

- Risultato anno 2017: euro 5.001.342
- Risultato anno 2016: euro 5.610.123.

**8. Per i Dispositivi medici, ridurre la spesa per dispositivi medici del 3% rispetto al costo 2016.**

La categoria ha registrato un aumento pari a 2.747.348 euro rispetto al 2016 (+ 8,36%). Esso va imputato all'incremento dell'attività chirurgica ospedaliera che, nell'anno 2017, ha registrato circa 1.000 interventi in più, sia di tipo ambulatoriale che di ricovero, pur a fronte di una diminuzione dei dimessi (24.155 nel 2017 contro i 24.401 del 2016) e ad un aumento delle giornate di degenza (214.243 nel 2017 contro le 210.940 del 2016). Questo si spiega con un aumento della complessità dei ricoveri (il peso DRG dei dimessi è passato, infatti, da 31.555,7 del 2016 a 31.662,6 del 2017) e con un aumento dei ricoveri con DRG chirurgico rispetto a quello medico:

- in ambito cardiologico, sono aumentate le procedure di impianto percutaneo di bioprotesi aortica, del numero di MitraClip per il trattamento percutaneo dell'insufficienza mitralica, del numero dei pacemaker e delle ablazioni trans catetere;
- in ambito neurochirurgico sono incrementati gli interventi per patologia spinale, gli interventi di stabilizzazioni complesse, approcci anterolaterali e approcci anteriori.

Inoltre, in ambito immunotrasfusionale va rilevato che l'applicazione del DM 2-11-2015 ha comportato l'acquisto di sacche con filtro in linea il cui uso è divenuto obbligatorio a partire dal 1.1.2017 per effetto del DM citato ma che hanno generato un aumento di costi.

### **9. Spending review**

Si fa riferimento agli obiettivi di cui alla DGR 1813/2015, ed al successivo Decreto 862/SPS dd 21/10/2015 del Direttore della Direzione Centrale Salute Integrazione socio sanitaria politiche Sociali e famiglia, nei quali sono stati precisati gli obiettivi economici delle aziende del SSR e sono state individuate le azioni di razionalizzazione tese al conseguimento dei necessari risparmi.

In continuità con quanto già esposto in sede di bilancio consuntivo 2016, anche nel 2017 sono state confermate le iniziative/progettualità in cui risulta coinvolta l'ASUITS:

#### RINEGOZIAZIONI DEI CONTRATTI IN ESSERE CON I FORNITORI

E' proseguita anche per il 2017, per i contratti vigenti, l'applicazione delle condizioni contrattuali così riviste ed aggiornate, di cui si esplicano pertanto gli effetti anche in questo esercizio. Vengono doverosamente salvaguardati peraltro, in relazione alla progressiva evoluzione della situazione aziendale, i necessari requisiti di esercizio dell'attività istituzionale e le connesse prestazioni dei servizi imprescindibili.

#### NUOVO APPALTO RELATIVO AL GLOBAL SERVICE TECNICO MEDIANTE CONCESSIONE DI SERVIZI IN FINANZA DI PROGETTO

Per una disamina della tematica si rimanda alla dettagliata informazione contenuta nella Relazione sulla gestione del Bilancio Consuntivo 2017. Si evidenzia in questo contesto che permane la necessità di attendere l'esito della discussione di merito del ricorso incidentale presso il Consiglio di Stato sulla sentenza TAR n. 16/2018 di annullamento del decreto n. 124/2017 ASUITS di dichiarazione di pubblico interesse della proposta.

#### RIORGANIZZAZIONE LOGISTICA DI MAGAZZINO



Nel corso del 2017 si è manifestata appieno, per l'intero esercizio, la riduzione di costi per le minori locazioni passive. Inoltre nell'anno 2017 è stata avviata, sulla base delle indicazioni regionali, l'attività finalizzata all'ingresso dell'ASUITS nel sistema regionale della logistica di magazzino centralizzata. In tale contesto, ASUITS, unitamente ad EGAS e INSIEL ha svolto e sta svolgendo tempestivamente tutti i necessari e successivi passaggi dell'articolato processo propedeutico all'ingresso nel sistema. Le attività e la tempistica effettivamente necessarie per la piena attuazione del progetto sono notevoli, sia in considerazione della complessità e articolazione propria di ASUITS sia tenuto conto di altre esperienze precedenti di analoga complessità; a ciò si deve aggiungere la difficoltà intrinseca dell'inserimento, nel magazzino centralizzato, dell'ultima Azienda che ancora non ne fa parte, con le conseguenze e ricadute oggettive in termini di sistema per tutto il SSR.

## **5 La performance dei Centri di responsabilità**

### **5.1 Obiettivi gestionali correlati con fondi di risultato e produttività collettiva.**

Gli obiettivi gestionali in argomento, vengono assegnati nell'ambito del processo di budget e ad essi viene dedicata un'apposita scheda che elenca gli obiettivi prioritari incentivati assegnati ai Centri di Attività aziendali. Il sistema ASUITS segue la filosofia bottom up: gli obiettivi di lavoro sono, cioè, proposti dalle Strutture sulla base delle indicazioni della DG che fissa anche gli obiettivi strategici vincolanti e sono obiettivi per lo più tendenti all'innovazione, alle buone pratiche, alla ricerca delle sinergie tra Strutture e tra Territorio e Ospedale. Oltre a ciò vi è attenzione alla soluzione di criticità sia emerse dalle Strutture stesse che evidenziate dalla Direzione Generale che si riserva altresì di indicare obiettivi che ritiene strategici, sia a livello aziendale che di singola struttura.

Il Progetto Complessivo Aziendale è sviluppato con particolare impegno al rispetto del budget assegnato e tiene conto degli obiettivi e dei vincoli recepiti nel PAL

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.

I provvedimenti che hanno definito e successivamente aggiornato il Piano delle Performance 2017, preso atto dello stato di avanzamento in corso d'anno e valutato l'esito finale, riguardando così l'intero ciclo della performance, sono di seguito elencati:

- decreto n. 862 dd 29/12/2016 avente ad oggetto "Adozione del programma e del bilancio preventivo economico annuale per l'anno 2017 (P.A.L. 2017)". In esso sono stati definiti il quadro delle risorse e gli obiettivi di attività (piano delle performance aziendale) per l'anno 2017;
- decreto n. 675 dd 28/09/2017 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 2017" nel quale si provvedeva all'assegnazione del Budget ai Centri di Responsabilità aziendali per l'anno 2017 e, con esso, degli "Obiettivi integrativi del Mandato" assegnati ai Direttori di Dipartimento, Struttura Complessa ed ai Responsabili di Struttura Semplice a

valenza dipartimentale (solo per le strutture di area ospedaliera), nonché degli "Obiettivi prioritari" 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. 698 dd. 29/9/2017 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 2017 degli obiettivi di budget 2017", con il quale si è preso atto del monitoraggio intermedio sullo stato di raggiungimento degli obiettivi a fine anno disponendo la corresponsione di un acconto sulla retribuzione di risultato per la dirigenze e della produttività per il personale del comparto conformemente a quanto stabilito dagli accordi con le OOSS delle tre aree contrattuali;
- decreto n. 750 dd. 8/11/2017 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 2017 di cui al Decreto 675 dd. 28/09/2017. Integrazione", con il quale si è preso atto dell'assegnazione degli obiettivi incentivati per il personale impiegato nell'accordo di collaborazione e ricerca con il Ministero della Salute nell'attività di supporto alla revisione annuale della CND"
- decreto n. 561 dd 18/7/2018 recante "Preso d'atto della valutazione conclusiva del livello di raggiungimento degli obiettivi incentivanti assegnati ai Centri di responsabilità aziendali nell'ambito del Budget 2017 e delle valutazioni individuali per l'anno 2017" con il quale si è preso atto dei risultati della valutazione degli obiettivi prioritari assegnati ai Centri di Responsabilità per l'anno 2017.

#### I fondi aziendali di finanziamento del trattamento economico del personale – anno 2017

Ogni anno l'Azienda definisce e quantifica nel loro ammontare i fondi aziendali di finanziamento degli istituti del trattamento economico relativi alle Aree Dirigenziali ed al Personale del Comparto, tenendo conto a tal fine delle vigenti disposizioni di legge in materia (in particolare, art.9-quinquies del D.L. n. 78/15 come convertito in legge n. 125/15 e art. 23, c.2, D.Lgs. n. 75/17), delle norme al riguardo contenute nei vigenti CC.NN.LL.

delle aree contrattuali per il Personale del Comparto, per l'Area Dirigenziale Medica e Veterinaria e per l'Area Dirigenziale Sanitaria Professionale Tecnica Amministrativa, nonché degli accordi annuali aziendali e regionali sottoscritti con le OO.SS. relativi ai fondi 2017 e al loro utilizzo.

Di seguito si evidenziano gli importi per l'anno 2017 dei fondi aziendali di finanziamento del trattamento economico delle aree di contrattazione della Dirigenza Medica e Veterinaria, della Dirigenza Sanitaria, della Dirigenza Professionale Tecnica Amministrativa e del Personale del Comparto, come quantificati in sede di bilancio consuntivo (decreto 376-2018)

### **DIRIGENZA MEDICO-VETERINARIA**

- Fondo per l'indennità di specificità medica, retribuzione di posizione, equiparazione, specifico trattamento e indennità di direzione di Struttura Complessa € 8.203.990,58
- Fondo trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro € 1.295.158,46
- Fondo per la retribuzione di risultato e per la qualità della prestazioni individuale € 2.796.571,58 (di cui € 1.196.403,46 RAR 2017) + € 313.650,00 (quota da libera professione con riparto specifico)

### **DIRIGENZA SANITARIA PROFESSIONALE TECNICA AMMINISTRATIVA**

- Fondo per la retribuzione di posizione, equiparazione, specifico trattamento e indennità di direzione di struttura complessa:  
Dirigenza sanitaria € 593.579,12  
Dirigenza PTA € 524.037,32  
Dirigenza Professioni Sanitarie € 59.490,60
- Fondo trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro € 86.646,36
- Fondo per la retribuzione di risultato e per la qualità della prestazione individuale € 722.737,35 di cui € 252.953,88 RAR

### **PERSONALE DEL COMPARTO**

- Fondo per il finanziamento delle fasce retributive, delle posizioni organizzative, del valore comune dell'indennità di qualificazione professionale e dell'indennità professionale specifica € 11.313.873,30
- Fondo della produttività collettiva per il miglioramento dei servizi e per il premio della qualità delle prestazioni individuali € 5.479.116,20 di cui € 3.412.898,13 RAR

- Fondo per i compensi di lavoro straordinario e per la remunerazione di particolari condizioni di disagio, pericolo o danno € 5.711.766,05

Il percorso di attribuzione degli obiettivi è stato descritto nel documento “Ciclo della performance e sistema dei controlli interni” ed il livello di raggiungimento, certificato dalle risultanze della Valutazione di II istanza effettuata dall’Organismo Indipendente di Valutazione nelle sedute dei mesi di maggio, giugno, luglio, agosto ed ottobre 2018 per i singoli CdR dell’Area sanitaria e dell’Area tecnico-amministrativa (si vedano i verbali pubblicati nell’apposita sezione dell’Amministrazione Trasparente - Controlli e rilievi sull’Amministrazione – OIV), risulta essere il seguente (tabella allegata anche al decreto 561/2018):

SSCC/DIP	Direttore	Medici	Dirigenti	Coordin/PO	Comparto	note
<b>DIREZIONE GENERALE</b>						
Direzione Generale - Staff					100%	
SC Affari Giuridici e delle Attività di Supporto Direzionale	100%		100%		100%	
SS Programmazione Strategica				100%	100%	
SC Programmazione e Controllo	100%				100%	
SC Controllo di Gestione	100%				100%	
SC Coordinamento Relazioni Aziendali	100%				100%	
SSD Aggiornamento e Formazione					100%	
UFFICIO Relazioni con il Pubblico (Area Territoriale)					100%	
<b>DIREZIONE SANITARIA</b>						
Direzione sanitaria - Medico Competente		100%				
Direzione Sanitaria: Sanità Penitenziaria					100%	
Direzione sanitaria: Ufficio Progetti Area Sanitaria	100%				100%	
Direzione sanitaria: Gestione dell'Offerta Ambulatoriale		100%			100%	
SC Direzione Infermieristica	100%		100%	100%	100%	
Direzione Infermieristica (RID)				100%		
SSD Servizio Riabilitativo Aziendale (Area territoriale)		100%				
Referente aziendale di area riabilitativa ospedaliera				100%		
SC Assistenza Farmaceutica	100%		100%		100%	
SC Farmacia	100%		100%		100%	
SC Prevenzione e Protezione	100%		100%		100%	

SSCC/DIP	Direttore	Medici	Dirigenti	Coordin/PO	Comparto	note
Aziendale						
SS Gestione Convenzioni Medicina Generale e Specialistica	100%				100%	
SS Verifiche Strutture Pubbliche e Private	100%				100%	
SS Technology Assessment	100%					
<b>AREA TERRITORIALE</b>						
SO Distretto 1	100%	100%	100% (*)	100%	100%	(*) BA 75%
SO Distretto 2	100%	100%	100%	100%	100%	
SO Distretto 3	100%	100%	100%	100%	100%	
SO Distretto 4	100%	100%	100% (*)	100%	100%	(*) MA 67%
SO Dipartimento di salute mentale	79%		83%	100%		
CSM1	65%	56%	56%	56%	56%	
CSM2	75%	69%	75%	69%	69%	
CSM3	79%	69%	75% (*)	69%	69%	(*) MS 71%
CSM4	79%	69%	75%	69%	69%	
SPDC	100%	100%	100%	100%	100%	
SAR	80%	67%	75%	67%	67% (*)	(*) FM 75%
SO Dipartimento delle Dipendenze	94%					
Direzione		100%	100%	83%	100%	
SC Dipendenze da Sostanze Illegali	100%	100%	100%	100%	100%	
SC Dipendenze da Sostanze legali	100%	100%	100%	100%	100%	
SO Dipartimento di Prevenzione	100%	100%	100%	100%	100%	
SC Centro Cardiovascolare	100%	100%		100%	100%	
SC Centro Sociale Oncologico	100%	100%		100%	100%	
<b>AREA OSPEDALIERA</b>						
SC Direzione Medica di Presidio	100%	100%	100%	100%	100%	
SC Cardiochirurgia	100%	100%	100%	100%	100%	
SC Cardiologia	100%	100%		100%	100%	
SC Medicina D'urgenza	57%	67%		75%	50%	
SC (UCO) Chirurgia Vascolare	87,50%	75%		100%	100%	
SC Chirurgia Toracica	90%	90%		100%	100%	
SC (UCO) Chirurgia Generale	100%	(*) vedi dettaglio in calce		100%	100%	
SSD Chirurgia Senologica	100%					
SC (UCO) Chirurgia Plastica	98,75%	98,75%		98,75%	98,75%	
SC (UCO)Clinica Odontoiatrica e Stomatologica	100%	100%		100%	100%	
SC (UCO) Clinica Urologica	93%	89%		100%	100%	
SC Clinica Patologie del Fegato	90%	90%		100%	100%	

SSCC/DIP	Direttore	Medici	Dirigenti	Coordin/PO	Comparto	note
SC I Medica	100%	100%		100%	100%	
SC III Medica	86,40%	100%		100%	75%	
SC Nefrologia e Dialisi	97,70%	100%		96,40%	93,50%	
SC (Uco) Medicina Clinica	100%	100%		90%	90%	
SC (UCO) Clinica Medica						da ultimare
SSD Centro Interdiscipl. di Emodinam. Ultrasonogaf.	100%	100%				
SC Pronto Soccorso e Terapia d'Urgenza	73%	80%		73%	87,50%	
SS Sistema 118	100%	100%		100%	100%	
Complesso Operatorio HC				100%	100%	
Day Surgery HM Sala Operatoria		100%			98%	
SC Anestesia e Rianimazione HM	83,30%	50%		100%	100%	
SC (UCO) Anestesia e Rianimazione e Terapia Antalgica	100%	100%		100%	100%	
Direttore Dip. Osp. - DAI Medicina Trasfusionale d'Area Vasta Giuliana Isontina	100%					
SC Medicina trasfusionale	75%	75%	67%	91,75%	83,50%	
SSD Distribuzione e Immunoematologia	100%					
SC Gastroenterologia	100%	100%		100%	100%	
SC Geriatria	90%	100%		83%	67%	
SC Malattie Infettive	98%	100%		96%	82%	
SC Pneumologia	100%	100%		100%	100%	
SC (UCO) Clinica Dermatologica	97%	100%		93%	95%	
SC (UCO) Clinica Ortopedica e Traumatologica	100%	100%		100%	100%	
SC Medicina Riabilitativa	100%	100%		100%	100%	
SC (UCO) Medicina del Lavoro	100%	100%		100%	100%	
SC (UCO) Anatomia e Istologia Patologica	100%	100%		100%	100%	
SC (Uco) Medicina Legale	100%	100%		100%	100%	
SC Neurochirurgia	100%	100%		100%	100%	
SC (Uco) Clinica Neurologica	89%	83%		94%	93%	
SC (UCO) Clinica Oculistica						da ultimare
SC (UCO) Clinica Otorinolaringoiatrica	100%	100%		100%	100%	
Direttore Dipartimento Ospedaliero - DAI Medicina dei Servizi	100%					
SC Microbiologia	100%	100%		100%	100%	
SC Igiene e Sanità Pubblica	100%	100%	100%	100%	100%	
SC Patologia Clinica	100%	100%	100%	100%	100%	
SC Ematologia Clinica	91%	100%		100%	100%	

SSCC/DIP	Direttore	Medici	Dirigenti	Coordin/PO	Comparto	note
SC Oncologia	100%	100%		100%	94,50%	
SC Radioterapia	100%	100%		100%	100%	
Direttore Dipartimento Ospedaliero - DAI diagnostica per Immagine	100%					
SC Fisica Sanitaria	100%		100%	100%	100%	
SC Medicina Nucleare	100%	100%	100%	100%	100%	
SC Radiologia HM	100%	100%		100,00%	100%	
SC (UCO) Radiologia	98%	98%		98%	97%	
SSD Radiologia Interventistica	90%					
DIREZIONE DEI SERVIZI SOCIOSANITARI				100%	100%	
<b>DIREZIONE AMMINISTRATIVA</b>						
SC Affari Generali e Legali	100%				100%	
SC Affari Generali	100%				100%	
FC Gestione del Personale	100%		100%	100%	100%	
FC Contabilità e Bilancio	100%		100%	100%	100%	
FC Gestione Stabilimenti	100%		100%	100%	100%	
FC Logistica e Servizi Economici	100%		100%	100%	100%	
FC Informatica e Telecomunicazioni	100%		100%	100%	100%	
SC Ingegneria Clinica	100%		100%	100%	100%	
Personale OUT					100%	
(*) dettaglio 13 dirigenti medici al 75%, 6 dirigenti medici al 90%, 3 dirigenti medici al 95%, 1 dirigente medico al 100%						

Successivamente, la Direzione strategica ha deciso di riconsiderare il raggiungimento degli obiettivi per quelle Strutture che, in seguito alla produzione di nuova ed adeguata documentazione, hanno fatto richiesta di revisione della valutazione in quanto il livello di raggiungimento era parziale. L'OIV ha preso così atto di questa rivalutazione ha validato la revisione dei punteggi attuata come di seguito indicato:

SSCC/DIP	Direttore	Medici	Dirigenti	Coordin/PO	Comparto	Note
<b>DIREZIONE SANITARIA</b>						
SO Dipartimento di salute mentale	98%	100%	100%	100%	100%	
CSM1	100%	100%	100%	100%	100% (*)	(*) ad esclusione del seguente personale: 83% C. e G.; 88% L. e M.
CSM2	100%	100%	100%	100%	100%	
CSM3	100%	100%	100%	100%	100%	
CSM4	100%	100%	100%	100%	100%	
SPDC	100%	100%	100%	100%	100%	



SAR	100%	100%	100%	100%	100%	
SC Medicina D'urgenza	61%	67%		81%	63%	
SC III Medica	95%	100%		100%	100%	
SC Pronto Soccorso e Terapia d'Urgenza	93%	89%		100%	100%	
SC Geriatria	100%	100%		100%	100%	
SC (UCO) Clinica Urologica	96%	95%		100%	100%	
SC Clinica Patologie del Fegato	95%	92%		100%	100%	
SC Medicina trasfusionale	92%					
SC (UCO) Clinica Medica	100%	100%		100%	100%	
SC (UCO) Clinica Oculistica	91%	87,5% (*)		100%	100%	(*) ad esclusione del seguente personale: 90% S., F., Z., V.; 92% M.

Si precisa che per l'area della Dirigenza Medica e della Dirigenza SPTA la quota di retribuzione di risultato assegnata ai dirigenti della singola articolazione di appartenenza rappresenta l'entità del compenso da erogare, in relazione al grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati, stabilito dalla valutazione finale e formale aziendale.

Vengono stabilite le seguenti percentuali di raggiungimento degli obiettivi per la liquidazione della retribuzione di risultato:

- tra 0 e 49 % non viene erogato alcun importo
- tra 50% e 90% si assegna un importo in percentuale di pari proporzione
- tra 91% e 100% si attribuisce il 100% della quota di competenza-

Per l'area del Comparto gli importi relativi alla produttività collettiva vengono assegnati al personale interessato in relazione al grado percentuale di raggiungimento degli obiettivi prefissati, stabilito dalla valutazione finale e formale aziendale, sulla base delle seguenti percentuali di raggiungimento degli obiettivi prefissati:

- tra 0 e 39 % non viene erogato alcun importo
- tra 40% e 85% si assegna un importo in percentuale di pari proporzione
- tra 86% e 100% si attribuisce il 100% della quota di competenza.

Corre l'obbligo evidenziare che l'OIV, nel prendere visione degli obiettivi assegnati e della valutazione di I istanza espressa dalla Direzione strategica, ha formulato alcuni suggerimenti utili per la costruzione ed assegnazione degli obiettivi per gli anni successivi, qui di seguito sintetizzati:

- 1) differenziare nettamente gli obiettivi incentivati dagli obiettivi di mandato istituzionale;
- 2) formulare in maniera adeguata gli obiettivi relativi all'attività didattica e di ricerca;
- 3) evitare l'articolazione della scheda con diversi gradi di coinvolgimento del personale nel raggiungimento degli obiettivi;
- 4) assicurare sempre la correlazione delle azioni descritte con gli indicatori che misurano il raggiungimento dell'obiettivo;
- 5) introdurre le pesature degli obiettivi.

## **5.2 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 alla voce *Amministrazione trasparente \ Personale \ Contrattazione integrativa*.

Gli accordi relativi alle Risorse Aggiuntive Regionali (RAR) per le tre aree contrattuali, sono stati sottoscritti, rispettivamente, per il personale della Dirigenza Medica e Veterinaria e per la Dirigenza SPTA il 13/02/2018 e per il personale del Comparto in data 05/06/2018.

In relazione alle suddette progettualità si precisa che:

- tutta l'attività relativa ai progetti finanziati con le RAR viene svolta in orario aggiuntivo, rispetto a quello istituzionale;
- le progettualità RAR sono diversificate rispetto agli obiettivi assegnati nelle schede di budget;
- la liquidazione della quota incentivante correlata alla progettualità RAR avverrà previa verifica, da parte dell'Ufficio del Personale, della sussistenza dell'eccedenza oraria prevista al 31.12.2017.

Si riportano di seguito le tabelle, per le tre aree contrattuali, con l'evidenza degli obiettivi assegnati a ciascuna struttura e la percentuale di raggiungimento degli stessi.

## AREA DIRIGENZA MEDICA

N.	DIP/STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
1	SO Distretto 1	Integrazione ospedale/territorio e sviluppo di percorsi assistenziali	Continuità delle cure mediche in condivisione con i MMG per i pazienti dimessi da Ospedale in Continuità Assistenziale e in situazioni di grave fragilità.  Responsabile attività: Direttore di SC TS Adulti Anziani  Valutatore di I Istanza: Direttore di Distretto	100%
2	SO Distretto 1	Qualità delle cure	Garantire la presa in carico. Mantenimento/ incremento dell'attività ambulatoriale erogata per visite e controlli per valutazioni geriatriche.  Responsabile attività: Antonella Benedetti  Valutatore di I Istanza: Direttore di Distretto	100%
3	SO Distretto 2	Qualità delle cure: assicurare i turni di presenza in RSA San Giusto durante i periodi di assenza e ferie dei medici della struttura	Assicurare la presenza di un Medico presso la RSA San Giusto per l'accoglimento dei nuovi arrivi e le dimissioni con turni di 4h presso la RSA San Giusto dal 01/01/2017 al 31/12/2017.  Responsabile attività: Direttore Distretto Valutatore in prima istanza: Direttore DAT	100%
4	SO Distretto 3	Integrazione ospedale/territorio e sviluppo percorsi assistenziali	Avviare azioni volte ad evitare il ricorso improprio al numero delle emergenze da parte delle strutture residenziali afferenti al distretto 3. Programmazione e partecipazione a degli incontri multi professionali con il personale e i responsabili delle strutture residenziali afferenti al distretto 3 per sensibilizzare sulle modalità e criteri di attivazione dei numeri di emergenza o dei riferimenti territoriali Valutazione di tutte le situazioni segnalate. Responsabile attività Dott.ssa Jessica Ticali Valutatore I istanza Direttore di Distretto	100%

N.	DIP/STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
5	SO Distretto 3	Dr.ssa Cristina Montesi Dirigente Medico  S.S. Cure Ambulatoriali e Domiciliari/S.C. Adulti Anziani – Distretto 3	1. Partecipazione ed organizzazione agli incontri con i Medici di Medicina Generale in merito a mission e contenuti delle AFT e CAP. 2. Raccolta delle adesioni dei singoli MMG al CAP Muggia. 3. Partecipazione agli incontri programmati con le rappresentanze della Medicina Generale e ASUITS per la programmazione degli obiettivi specifici delle AFT. 4. Realizzazione di almeno 5 incontri presso il CAP di Muggia di formazione /organizzazione di percorsi clinico terapeutico-assistenziali	100%
6	SO 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. Partecipazione ed organizzazione agli incontri con i Medici di Medicina Generale in merito a mission e contenuti delle AFT e CAP.  Responsabile attività: Direttore di SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari Valutatore di I Istanza: Direttore di Distretto	100%
7	SO Distretto 4	Interventi socio - sanitari	Garantire la valutazione/presa in carico socio-sanitaria di 30 casi nel periodo 1°.1.2017 – 31.12.2017. Responsabile: Responsabile SS Cure Ambulatoriali Domiciliari. Valutatore di I istanza: Direttore di Distretto.	100%
8	SO Distretto 4	Qualità delle cure	Obiettivo:ridurre i ricoveri ripetuti per patologie respiratorie croniche. Risultato atteso:valutazione/presa in carico di pazienti a rischio di ricoveri ripetuti per patologie respiratorie croniche anche mediante un'attività di consulenza al MMG Responsabile: Responsabile SS Cure Ambulatoriali Domiciliari. Valutatore di I istanza: Direttore di Distretto.	100%
9	SO Distretto 4	Contenimento dei tempi di attesa.	Contribuire al risultato complessivo della SS Anziani e Residenze pari o superiore a numero di visite/controlli 2016 con maggiore disponibilità oraria per effettuazione di visite e controlli geriatrici (codici 89.07.00 e 89.01.00 ). Responsabile: Responsabile SS Anziani e Residenze Valutatore di I istanza: Direttore di Distretto.	100%

N.	DIP/STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
10	Centro Diabetologico	Integrazione ospedale /territorio e sviluppo percorsi assistenziali	Presenza in carico dei pazienti in precedenza seguiti dalla SS di Diabetologia e Malattie Metaboliche dell'ospedale presso i Centri diabetologici territoriali Responsabile attività: Riccardo Candido Valutatore di I istanza: Direttore DAT	100%
11	SO Dipartimento di Salute Mentale	e) Qualità delle cure	Incentivare la continuità nell'assistenza domiciliare per la riduzione del ricovero in TSO. Responsabile: Roberto Mezzina Valutatore di prima istanza: Direttore DAT	100%
12	SO Dipartimento di Salute Mentale Dirigente medico Santoro Francesca	e) Qualità delle cure	Sperimentare l'intervento OD con le persone under 25 che entrano in contatto per la prima volta con i servizi di salute mentale territoriali. Responsabile: Roberto Mezzina Valutatore di prima istanza: Direttore DAT	100%
13	SO Dipartimento di Salute Mentale Dirigente medico Goljevscek Serena	e) Qualità delle cure	Miglioramento della qualità delle cure e della presa in carico nelle situazioni di crisi che hanno la necessità di sostegno anche a domicilio ad elevata intensità fino al superamento della crisi. Responsabile: Roberto Mezzina Valutatore di prima istanza: Direttore DAT	100%
14	SO Dipartimento delle Dipendenze	Obiettivo aziendale	Garantire le attività accertative di tipo medico-legale attribuite ex lege al DDD Responsabili: Roberta Balestra e Rosanna Ciarfeo Purich Valutatore di prima istanza: Direttore DAT	100%
15	SO Dipartimento delle Dipendenze	Obiettivo regionale d) "interventi socio-sanitari"	Garantire gli interventi di sanità pubblica previsti dalle linee di indirizzo regionali in tema di migranti, stilate in sinergia con la Prefettura e gli organismi del privato sociale incaricati. Attività svolte in collaborazione con i medici del Dipartimento di Prevenzione e con i servizi deputati all'accoglienza dei migranti (ICS e Caritas) Responsabile: Colli Valutatore di prima istanza: Direttore DDD	100%
16	SO Dipartimento di Prevenzione	Prevenzione (con attenzione al Piano Regionale Prevenzione e con particolare riferimento al piano vaccinale).	Descrizione Ampliare gli orari di presenza dei medici negli ambulatori vaccinali (2200 appuntamenti, pari al 75% degli inadempienti, stimati in circa 2640 nella coorte 2001-2011). Programmare interventi di promozione della salute Attuare misure di sorveglianza e di valutazione epidemiologica. Responsabile e valutatore di I istanza: dott. Riccardo Tominz Valutatore di prima istanza: Direttore DIP	85%

N.	DIP/STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
17	SC Centro Cardiovascolare	R-F	Obiettivo: eseguire le visite cardiologiche entro 30 giorni, dalla segnalazione, degli assistiti con cardiopatia dimessi dall'ospedale e/o segnalati da AFT/CAP. Responsabile: dott. Andrea Di Lenarda Valutatore di I Istanza: Direttore Dipartimento	100%
18	SC Centro Sociale Oncologico	INTEGRAZIONE OSPEDALE/TERRITORIO SVILUPPO Percorsi ASSISTENZIALI	Compilazione/aggiornamento della cartella oncologica informatizzata (Oltre ai campi diagnosi/protocollo/ farmaco/stadiazione, come richiesto dalle Linee gestione SSR 2017 3.5) relativamente all'aggiornamento contestuale delle visite e degli esami strumentali relativi alle pazienti prese in carico dalla struttura Responsabile attività: Dr Rita Ceccherini Valutatore di I Istanza: Direttore Dipartimento	100%
19	SC Centro Sociale Oncologico	INTEGRAZIONE OSPEDALE/TERRITORIO SVILUPPO Percorsi ASSISTENZIALI	Presa in carico domiciliare di pazienti che necessitano di cure palliative dopo dimissione da reparti ospedalieri Responsabile attività : Dr Rita Ceccherini Valutatore di I Istanza: Direttore Dipartimento	0%
20	SC Direzione Medica di Presidio	Qualità delle cure	Rispetto dei tempi di rilascio di copia della cartella clinica Resp.le attività: Dott.ssa Lucia Pelusi Valutatore di I istanza: Direttore Sanitario	0%
21	SC Cardiocirurgia	Progettualità per le Malattie Cardiovascolari Percorsi Hub & Spoke	1) consolidamento del trattamento di pazienti con procedure mini-invasive 2) mantenimento del trattamento di pazienti con assistenza circolatoria/ossigenazione extracorporea Responsabile di Progetto Direttore SC Valutatore di prima istanza Direttore Dipartimento	100%
22	SC Cardiologia	Progettualità per le Malattie Cardiovascolari Percorsi Hub & Spoke	Incrementare o mantenere le attività di ricovero, ambulatoriali ed interventistiche, i tempi di attesa e l' attrazione su non residenti nell'ambito della Rete Hub-Spoke per le Patologie Cardiovascolari (coronarografia, angioplastica, TAVI, mitraclip, impianto defibrillatore in prevenzione primaria, ablazione RF aritmie.. Responsabile: Prof. G. Sinagra Valutatore di I istanza: Direttore DAO	100%

N.	DIP/STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
23	SC (Uco) Chirurgia Vascolare	Migliorare i servizi a fronte dell'elevato turn over Contenimento dei tempi d'attesa Integrazione ospedale/territorio e sviluppo percorsi assistenziali;	ATTIVITA' DI DIAGNOSTICA VASCOLARE NON INVASIVA PER PATOLOGIA NON CHIRURGICA ESEGUITA IN REGIME DI URGENZA SU RICHIESTA DEL PRONTO SOCCORSO O DEL MEDICO CURANTE  Responsabile dr Stefano Chiarandini Valutatore di I istanza: Direttore Dipartimento	100%
24	SC (Uco)Chirurgia Generale	Processi di riorganizzazione  Qualità delle cure	Riorganizzazione della chirurgia generale e mantenimento della guardia chirurgica nosocomiale.  Responsabile del progetto Direttore della SC  Valutatore I istanza Direttore DAO	100%
25	SC (UCO)Clinica Urologica	Integrazione ospedale /territorio e sviluppo percorsi assistenziali	Obiettivo: -Riduzione dei tempi di attesa ambulatoriale. -Riduzione degli accessi urologici al PS -Riduzione dell'intervento del 118 a domicilio per problematiche urologiche - Gestione domiciliare dei pazienti operati in post-ricovero Responsabile: Direttore della Clinica Urologica Valutatore di I istanza : Direttore Dipartimento	100%
26	CLINICA UROLOGICA	Processi di riorganizzazione	Mantenimento dei volumi complessivi di attività di ricovero e ambulatorio in carenza di risorse (due unità mediche), attraverso la revisione/ modifica dell'orario di servizio. Responsabile: Direttore della Clinica Urologica Valutatore di I istanza : Direttore Dipartimento	100%
27	SC Clinica e Patologia del Fegato Gastroenterologia Chirurgia generale	Qualità delle cure Progetto condiviso CPF /Gastr/ Chir Gen	Miglioramento qualità clinico assistenziale nell'integrazione ospedale università  Responsabile Crocè Saveria Lory Valutazione di I istanza : Direttore Dipartimento	100%

<b>N.</b>	<b>DIP/STRUTTURA</b>	<b>Obiettivo Strategico regionale</b>	<b>Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)</b>	<b>% ragg. obiettivo</b>
28	SC Clinica Patologia del Fegato	Qualità delle cure Progetto condiviso CPF /Gastro	risposta tempestiva alle persone assistite con conseguente riduzione dei tempi di attesa in linea con indicazioni regionali  Responsabile Direttore delle SC Valutatore di prima istanza: Direttore Dipartimento	0%
29	SC Clinica Patologia del Fegato	Qualità delle cure Progetto CPF	Miglioramento qualità clinico assistenziale  Responsabile Direttore delle SC Valutatore di prima istanza: Direttore Dipartimento	100%
30	Gastroenterologia	Qualità delle cure Progetto condiviso CPF /Gastr/ Chir Gen	Miglioramento qualità clinico assistenziale nell'integrazione ospedale università  Responsabile Direttore delle SC Valutatore di prima istanza: Direttore Dipartimento	100%
31	Gastroenterologia	Qualità delle cure Progetto condiviso CPF /Gastro	risposta tempestiva alle persone assistite con conseguente riduzione dei tempi di attesa in linea con indicazioni regionali  Responsabile Direttore delle SC Valutatore di prima istanza: Direttore Dipartimento	0%
32	SC I Medica	Qualità delle cure	A) Mantenimento della guardia medica nosocomiale B) Riorganizzazione, centralizzazione e informatizzazione della presa in carico delle persone dimesse, in attesa del completamento dell'iter clinico, nei 30 gg, post-ricovero.  Responsabile Direttore delle SC Valutatore di prima istanza: Direttore Dipartimento	100%
33	SC III Medica	Qualità delle cure	A) Mantenimento della guardia medica nosocomiale B) Riorganizzazione, centralizzazione e informatizzazione della presa in carico delle persone dimesse, in attesa del completamento dell'iter clinico, nei 30 gg, post-ricovero.  Responsabile Direttore delle SC Valutatore di prima istanza: Direttore Dipartimento	100%
34	SC Nefrologia e Dialisi	c) Qualità delle cure	Studio, realizzazione e successiva Implementazione sperimentale di un nuovo Foglio Unico di Terapia informatizzato in sostituzione di quello cartaceo e suo utilizzo in tempo reale durante il giro visita.  Tutti i medici Nefrologi  Presenza in tutte le cartelle di degenza ordinaria del FUT stampato quotidianamente Responsabile Direttore delle SC Valutatore di prima istanza: Direttore DAO	100%



N.	DIP/STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
35	SC (Uco) Medicina Clinica	Qualità delle cure	A) Mantenimento della guardia medica nosocomiale B) Riorganizzazione, centralizzazione e informatizzazione della presa in carico delle persone dimesse, in attesa del completamento dell'iter clinico, nei 30 gg, post-ricovero.  Responsabile Direttore delle SC Valutatore di prima istanza: Direttore Dipartimento	100%
36	SC (UCO)Clinica Medica	R-C	A) Mantenimento della guardia medica nosocomiale B) Riorganizzazione, centralizzazione e informatizzazione della presa in carico delle persone dimesse, in attesa del completamento dell'iter clinico, nei 30 gg, post-ricovero.  Responsabile Direttore delle SC Valutatore di prima istanza: Direttore Dipartimento	100%
37	SSD Centro Interdiscipl. di Emodinam. Ultrasonogaf.	Contenimento tempi d'attesa	Obiettivo: 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.  Procedura: 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 CUP laddove si configuri il superamento del valore limite dei tempi d'attesa regionali  Responsabile attività: Direzione SSD CIEU Valutatore di I Istanza: Direzione Dipartimento	0%
38	SC Pronto Soccorso e Terapia d'Urgenza	Processi di riorganizzazione Qualità delle Cure	Contenimento dei ricoveri (in particolare in area medica) e consolidamento dei risultati delle riorganizzazioni in essere. Riduzione del numero di consuenze specialistiche .  Responsabile Direttore della SC PS Valutatore di prima istanza Direttore Dipartimento	100%
39	SC Medicina D'urgenza	Qualità delle Cure	Mantenimento dell'incremento dei volumi di attività della Medicina d'Urgenza a fronte di temporanee carenze di personale medico.  Responsabile: Direttore SC Valutatore di prima istanza Direttore Dipartimento	100%

N.	DIP/STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
40	SS Sistema 118	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	100%
41	SC Anestesia e Rianimazione HM	Sviluppo percorsi assistenziali	Si ritiene opportuno ottimizzare l'organizzazione mettendo a punto dettagliatamente la procedura organizzativa  Responsabile: Direttore SC Valutatore di prima istanza Direttore Dipartimento	100%
42	SC Medicina Trasfusionale	Processi di riorganizzazione  Qualità delle cure	Obiettivo: Sostenere il cambiamento organizzativo inerente l'unificazione della reperibilità del medico per tutto il DIMT.  Svolgere la formazione specifica e predisporre la documentazione sull'attività di raccolta e crioconservazione secondo quanto previsto dal Centro Nazionale Trapianti e JACIE.  Responsabile: Direttore SC Valutatore di prima istanza Direttore DAO	100%
43	SC Geriatria	Qualità delle cure	Mantenimento della guardia medica nosocomiale  Responsabile Direttori delle SC Valutatore di prima istanza: Direttore Dipartimento	100%
44	SC Malattie Infettive	Qualità delle cure	Mantenere il numero di guardie festive-notturne dell'anno 2016.  responsabile attività: direttore SC Malattie Infettive; responsabile valutatore: Direttore DAO  Counselling ed esecuzione della vaccinazione (stagionale) antinfluenzale per i pazienti con infezione da HIV  Responsabile Direttori delle SC Valutatore di prima istanza: Direttore Sanitario	100%
45	SC Pneumologia	Qualità delle cure	Mantenimento della posizione di leadership regionale di AsuiTs per quanto riguarda la mortalità a 30gg per BPCO riacutizzata. Contenimento al di sotto del 7.5% della mortalità per BPCO riacutizzata e contenimento al di sotto del 6.5% dei pazienti con BPCO riacutizzata trasferiti in ARTA.  Responsabile attività: Direttore SC Pneumologia. Valutatore di I istanza: Direzione Dipartimento.	100%

N.	DIP/STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
46	SC (UCO) Clinica Ortopedica e Traumatologica	Qualità delle cure / contenimento tempi di attesa	<p>Tutte le fratture che accedono in ricovero vengono preparate in urgenza per essere immediatamente sottoposte ad intervento chirurgico. ( la preparazione consta in esami urgenti, verifica e completamento degli esami strumentali e predisposizione/ preparazione di tutti i malati con diagnosi di frattura del femore over 65)</p> <p>Responsabile: Direttore della SC Per l'apporto individuale RID del DAI</p> <p>Valutatore di prima istanza: Direttore Dipartimento</p>	100%
47	SC (Uco) Medicina Del Lavoro	Prevenzione (con attenzione al Piano Regionale Prevenzione e con particolare riferimento al piano vaccinale)	<p>Mantenimento del programma di 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.</p> <p>Responsabile: Direttore della SC</p> <p>Valutatore di prima istanza: Direttore DAO</p>	100%
48	SC (Uco) Anatomia e Istologia Patologica	Contenimento dei tempi di attesa	<p>1. Mantenimento del regolare flusso lavorativo nel periodo di ristrutturazione e nella fase preparatoria, nel rispetto delle procedure previste e della sicurezza degli operatori.</p> <p>2. Riorganizzazione delle attività in conseguenza della logistica dei nuovi laboratori.</p> <p>3. Assorbimento dell'attività di refertazione da parte dei patologi presenti della quota parte precedentemente svolta dal dott. Bucconi.</p> <p>Responsabile del Progetto e dell'attività: Direttore SC Prof. Fabrizio Zanconati</p> <p>Direzione Valutatore di I istanza: Direttore Dipartimento</p>	100%
49	SC Neurochirurgia	Qualità delle cure	<p>Istituire due giornate extra alla settimana fino al 31 di dicembre. lunedì pomeriggio 14-19 per solo visite di controllo e giovedì mattina 8-14 per tutte le modalità di visita</p> <p>Assicurare un medico in reparto almeno dalle 16 alle 20 tutti i giorni</p> <p>Presenza di almeno un secondo chirurgo per tutti gli interventi almeno durante la fase più complicata dell' intervento</p> <p>Responsabile Direttori delle SC</p> <p>Valutatore di prima istanza: Direttore Dipartimento</p>	100%

N.	DIP/STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
50	SC (Uco) Clinica Neurologica	Percorsi hub & spoke	Gestione dei pazienti con stroke provenienti da area vasta Gorizia e Monfalcone sia mediante protocollo Stroke (anche con i contatti telefonici) sia mediante riunioni di formazione con i colleghi dell'area vasta Responsabile Direttori delle SC Valutatore di prima istanza: Direttore Dipartimento	100%
51	SC (Uco) Clinica Neurologica	Integrazione ospedale/territorio e sviluppo percorsi assistenziali	Gestione ambulatoriale casi complessi: gestione ospedale/territorio nei disordini del movimento (Parkinson e spasticità post stroke o parkinsonismi) dolore, postura e ipertono che produce disabilità Responsabile Direttori delle SC Valutatore di prima istanza: Direttore Dipartimento	100%
52	SC (UCO) Clinica Otorinolaringoiatrica	Qualità delle cure Contenimento dei tempi di attesa	Valutazione su tutti i pazienti operati di tumore maligno distretto testa-collo della sopravvivenza e della qualità di vita (tramite questionari validati) in funzione della via di approccio chirurgico miniinvasivo vs demolitivo. Percorso diagnostico terapeutico che prevede l'esecuzione dell'intervento chirurgico entro 30 gg dalla diagnosi responsabile attività: G.Tirelli  Responsabile: Direttore SC Direzione Valutatore di I istanza: Direttore Dipartimento	100%
53	SC Microbiologia	Processi di riorganizzazione	Obiettivo: mantenimento del livello quantitativo e qualitativo dell'attività della SC Microbiologia in un contesto di carenza di personale Dirigente esperto e formazione del personale Dirigente neo-assunto  Responsabile: Direttore SC Microbiologia  Direzione Valutatore di I istanza: Direttore Dipartimento	100%
54	SC Igiene e Sanità Pubblica	Percorsi hub & spoke:	Ricognizione e aggiornamento delle prestazioni di sierologia e di virologia erogabili e dei contenitori. Configurazione del DNLab di ASUITS  Responsabile: Direttore SC Igiene e Sanità Pubblica  Valutatore di I istanza: Direttore Dipartimento	100%

N.	DIP/STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
55	SC Patologia Clinica	Percorsi hub & spoke	<p>Obiettivo: elaborazione di protocolli operativi comuni per la progressiva integrazione del personale tecnico, delle risorse e dei processi organizzativi, con ampliamento dell'offerta della diagnostica a risposta rapida e il consolidamento della matrice organizzativa comune tra i laboratori hub/spoke di Cattinara e del Burlo.</p> <p>Realizzazione di una nuova area informatica DNLab per l'area vasta giuliano isontina, mediante la creazione di un nuovo contenitore informatico da collocare tra i sistemi gestionali di ASUITs e dell'AAS2, riscrivendo le nuove configurazioni in un nuovo DNLab dedicato all'area vasta.</p> <p>Responsabile: M. Ruscio, Valutatore di I istanza: Direttore DAO</p>	100%
56	SC Patologia Clinica	Processi di riorganizzazione Contenimento dei tempi di attesa Percorsi hub & spoke	<p>Realizzazione di nuove postazioni PoCT spoke al Burlo (PS e Pediatria), Cattinara (PS), Piena integrazione della postazione del CAP Distretto 3 in conformità alle norme di riferimento e ai requisiti per la gestione del rischio clinico.</p> <p>Progressiva messa in sicurezza di tutte le altre postazioni periferiche, con adeguamenti per la gestione del rischio (identificazione dei pazienti, Gestione/valutazione del CQ, introduzione dei codici personalizzati per l'accesso ai dispositivi</p> <p>Responsabile: M. Ruscio, Valutatore di I istanza: Direttore DAO</p>	100%
57	SC Ematologia Clinica	Processo di riorganizzazione e qualità delle cure	<p>Garantire la copertura della guardie mediche notturne e festive presso l'Ospedale Maggiore, in collaborazione con i medici oncologi, infettivologi e geriatri</p> <p>Garantire la sicurezza nella prescrizione e somministrazione dei farmaci antitumorali.</p> <p>Garantire la corretta e tempestiva comunicazione al Centro Nazionale Trapianti dei pazienti trattati con terapia ad alte dosi. Collaborare attivamente con i centri ematologici del Triveneto per una condivisione diagnostica e terapeutica dei pazienti con leucemie.</p> <p>Responsabile dott. G. Festini Valutatore di I istanza: Direttore Dipartimento</p>	100%
58	SC Oncologia	Processi di riorganizzazione	<p>Assicurare la presenza presso il presidio ospedaliero di assistenza H24/ prevista timbratura specifica per notti e festivi /Ufficio risorse Umane/ Direttore di SC</p> <p>Responsabile Direttori delle SC Valutatore di prima istanza: Direttore Dipartimento</p>	100%

<b>N.</b>	<b>DIP/STRUTTURA</b>	<b>Obiettivo Strategico regionale</b>	<b>Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)</b>	<b>% ragg. obiettivo</b>
59	SC Oncologia	Contenimento dei tempi di attesa	Rispetto dei tempi di attesa prevedendo lo svolgimento di orario aggiuntivo il sabato mattina per riassorbire prime visite, comprese quelle inserite nel progetto DRIN o follow-up + 1 IP dell'ambulatorio per gestione appuntamenti . Responsabile attività dott Moroso, valutatore di prima istanza Direttore SC	100%
60	SC Radioterapia	Qualita' delle cure	Sviluppo dell'applicazione della ptecnica VMAT ( volumetric modulation arc therapy) atraverso una più stretta collaborazione tra varie figure professionali coinvolte  Responsabile Dott. Beorchia Valutatore di I istanza: Direttore DAO	100%
61	SC Radiologia HM	Integrazione ospedale/territorio e sviluppo percorsi assistenziali	Esecuzione degli esami necessari (TC/biopsie) presso S.C. Radiologia O.M. dopo prenotazione diretta da parte personale CAP Distretto 3  Responsabile Direttori delle SC Valutatore di prima istanza: Direttore Dipartimento	100%
62	SC Radiologia HM	Qualità delle cure	Avvio dell'attività (Rx/eco/TC/RM) a favore della Casa Circondariale a far tempo dall'agosto 2017  Responsabile Direttori delle SC Valutatore di prima istanza: Direttore Dipartimento	100%
63	SC Radiologia HM	Qualità delle cure	Si ritiene opportuno ottimizzare l'organizzazione mettendo a punto dettagliatamente la procedura organizzativa  Responsabile: dr. Fulvio Stacul Valutatore di I istanza: Direttore Dipartimento	100%
64	SC (UCO) Radiologia	Contenimento dei tempi di attesa	Garantire il mantenimento dei volumi di attività svolti nel 2016 dal personale della SC Radiologia OC (attività complessiva svolta nel 2017 dal personale della SC Radiologia OC a Cattinara o al Maggiore)  Responsabile: Direttore della SC UCO di Radiologia (HC) Valutatore di I istanza: Direttore DAO	100%
65	SC (UCO) Radiologia	Contenimento dei tempi di attesa	Garantire il mantenimento dei volumi di attività svolti nel 2016 dalla Sezione di Risonanza Magnetica della SC Radiologia OC  Responsabile: Direttore della SC UCO di Radiologia (HC) Valutatore di I istanza: Direttore DAO	100%

N.	DIP/STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
66	SC Programmazione e Controllo	<p>Processo di riorganizzazione.</p> <p>Integrazione ospedale/territorio e sviluppo percorsi assistenziali</p>	<p>Analisi delle procedure esistenti per la predisposizione e l'invio dei report di attività e ipotesi di utilizzo di procedure alternative alle esistenti</p> <p>Responsabili progettuali: dott. Centonze e dott.ssa Rozzini</p> <p>Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo</p>	100%
67	Programmazione & Controllo, Direzione Medica di Presidio	Processi di riorganizzazione	<p>Riorganizzare le attività pre-autorizzative alla conduzione degli studi clinici (e del loro monitoraggio) funzionali all'ottenimento dell'autorizzazione (o parere) del CEUR</p> <p>Responsabile: Sandro Centonze</p> <p>Valutatore di I Istanza: Direttore Sanitario</p>	100%
68	Direzione sanitaria: Gestione dell'Offerta Ambulatoriale	Contenimento dei Tempi di attesa	<p>Prenotazione delle prestazioni di controllo su agende dedicate al fine di garantire la prestazione di controllo nei tempi previsti dallo specialista ed evitare che i posti stimati e dedicati alle agende di prenotazione per le prime visite siano utilizzati impropriamente per visite specialistiche di controllo.</p> <p>Mettere in atto tutte le azioni necessarie ad ottenere un abbattimento dei tempi di attesa per le prestazioni oggetto del monitoraggio nazionale, regionale e aziendale per le visite prestazioni di primo accesso e una risposta adeguata alle richieste di prescrizioni visite di controllo.</p> <p>Responsabile attività: Cristina Zappetti</p> <p>Valutatore di I istanza: Direttore DAT</p>	100%
69	SS Verifiche Strutture Pubbliche e Private	A) riorganizzazione servizio ai fini applicazione DGR 1321/14 per controllo prestazioni sanitarie	<p>Obiettivo: rispetto procedura e tempistica DGR 1321/14 per controllo erogato semestrale Strutture private accreditate (entro 30 aprile ed entro ottobre).</p> <p>Percorsi per recupero ticket non corrisposti da pazienti per errori prescrittori</p> <p>Responsabile: Dr.Maddalena Grella</p> <p>Valutatore di I istanza: Direttore DAT</p>	100%

## AREA DIRIGENZA SPTA

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
1	SO Distretto 1	Contenimento dei tempi di attesa	Mantenimento/incremento quali-quantitativo dell'attività erogata nel 2016 (450)  Responsabile attività: Direttore SC Adulti Anzani Valutatore di prima istanza Direttore SO Distretto 1	0%
2	SO Distretto 1	i) Integrazione ospedale/territorio e sviluppo percorsi assistenziali;	Revisione e ottimizzazione dei percorsi a seguito della riunificazione aziendale ospedale/territorio come da LR 17/2014  o Analisi dei fattori in ingresso e in uscita alla luce della nuova organizzazione o Lettura critica di tutti i documenti relativi ai percorsi di continuità assistenziale e dimissioni protette di tutti i setting (ospedale, territorio, sistema emergenza, case di cura convenzionate, ospedale Burlo Garofolo area ginecologica) o Unificazione in un'unica procedura di tutti i percorsi; revisione dei documenti o Incontri finalizzati con i responsabili infermieristici distrettuali e ospedalieri o Audit con la direzione  Responsabile attività: Direttore SIA dr.ssa Maila Mislej  Valutatore in prima istanza: Dott Cesarino Zago	100%
3	SO Distretto 1	QUALITA' DELLE CURE (allegato alla delibera 991/2016).	Nell'ambito della prosecuzione della partecipazione al tavolo interistituzionale, costruzione di percorsi di cura nei setting appropriati attraverso un piano d'azione condiviso, coerentemente con il Tavolo Regionale del Percorso nascita.  Sperimentazione e monitoraggio presso il D1 della bozza del "Protocollo d'intesa tra ASUITs e IRCS Burlo Garofolo per garantire la continuità delle cure nelle situazioni di rischio psicosociale e sanitario durante la gravidanza, il parto ed il post-partum e per i bambini dopo la nascita", anche attraverso l'utilizzo della check list per la rilevazione del rischio psico-sociale in gravidanza, facente parte integrante del protocollo stesso.  Responsabile attività: Responsabile SS Valutatore di prima istanza Direttore SC BADOF	100%



N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
4	SO Distretto 1	CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA (allegato alla delibera 991/2016).	<p>Mantenimento/incremento quali-quantitativo dell'attività erogata nel 2016 per quanto riguarda le valutazioni dei nuovi casi (colloquio psicologico clinico cod. 94:09)</p> <p>Responsabile attività: dr.ssa Aiosa</p> <p>Valutatore di prima istanza Direttore SC BADOE</p>	100%
5	SO Distretto 2		<p>Contenimento lista d'attesa N° prestazioni erogate nel corso del 2017 &gt; o = a quelle erogate nel 2016 (N° prestazioni erogate nell'anno 2016= 401)</p> <p>Responsabile attività: dott.ssa Ellero Elena</p> <p>Valutatore in prima istanza: Direttore di Distretto</p>	100%
6	SO Distretto 2	i) Integrazione ospedale/territorio e sviluppo percorsi assistenziali;	<p>Revisione e ottimizzazione dei percorsi a seguito della riunificazione aziendale ospedale/territorio come da LR 17/2014</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Analisi dei fattori in ingresso e in uscita alla luce della nuova organizzazione</li> <li>o Lettura critica di tutti i documenti relativi ai percorsi di continuità assistenziale e dimissioni protette di tutti i setting (ospedale, territorio, sistema emergenza, case di cura convenzionate, ospedale Burlo Garofolo area ginecologica)</li> <li>o Unificazione in un'unica procedura di tutti i percorsi; revisione dei documenti</li> <li>o Incontri finalizzati con i responsabili infermieristici distrettuali e ospedalieri</li> <li>o Audit con la direzione</li> </ul> <p>Responsabile attività: Direttore SIA Maila Mislej</p> <p>Valutatore in prima istanza: Direttore di Distretto</p>	100%
7	SO Distretto 2	Contenimento lista d'attesa	<p>Contenimento lista d'attesa N° prestazioni erogate nel corso del 2017 &gt; o = a quelle erogate nel 2016</p> <p>Responsabile attività: Dott.ssa Filomena Vella</p> <p>Valutatore in prima istanza: Direttore di Distretto</p>	97%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
8	SO Distretto 2	Contenimento dei tempi di attesa	<p>Mantenimento/incremento quali-quantitativo dell'attività erogata nel 2016 per quanto riguarda le prime visite di valutazioni dei nuovi casi (colloquio psicologico clinico cod. 94:09)</p> <p>Responsabile attività Responsabile SC BADOF  Valutatore in prima istanza:  Direttore di Distretto</p>	100%
9	SO Distretto 2		<p>Mantenimento/incremento quali-quantitativo dell'attività erogata nel 2016 per quanto riguarda le prime visite di valutazioni dei nuovi casi</p> <p>Responsabile attività Responsabile SC BADOF  Valutatore in prima istanza:  Direttore di Distretto</p>	100%
10	SO Distretto 3	i) Integrazione ospedale/territorio e sviluppo percorsi assistenziali;	<p>Revisione e ottimizzazione dei percorsi a seguito della riunificazione aziendale ospedale/territorio come da LR 17/2014</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Analisi dei fattori in ingresso e in uscita alla luce della nuova organizzazione</li> <li>o Lettura critica di tutti i documenti relativi ai percorsi di continuità assistenziale e dimissioni protette di tutti i setting (ospedale, territorio, sistema emergenza, case di cura convenzionate, ospedale Burlo Garofolo area ginecologica)</li> <li>o Unificazione in un'unica procedura di tutti i percorsi; revisione dei documenti</li> <li>o Incontri finalizzati con i responsabili infermieristici distrettuali e ospedalieri</li> <li>o Audit con la direzione</li> </ul> <p>Responsabile attività: Direttore SIA dr.ssa Maila Mislej</p> <p>Valutatore in prima istanza: Direttore DAT</p>	100%
11	SO Distretto 3	Obt. D socio-sanitario Obt. G contenimento dei tempi d'attesa	<p>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.</p> <p>Responsabile: Direttore della SC</p> <p>Valutatore di prima istanza  Direttore Distretto</p>	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
12	SO Distretto 3	Obt. G Contenimento dei tempi di attesa	Maggiore disponibilità oraria per effettuare prestazioni con i seguenti codici 94.09.00, 89.01.00, 94.42.00, 94.3.00, 94.44.00, 94.01.01, 94.01.02, 94.02.02, 94.08.01, 94.08.02, 94.08.03, 93.89.2, 93.89.3, 94.02.1, 94.08.5, 94.08.6 - Responsabile: Direttore della SC Valutatore di prima istanza Direttore Distretto	100%
13	SO Distretto 4	i) Integrazione ospedale/territorio e sviluppo percorsi assistenziali;	Revisione e ottimizzazione dei percorsi a seguito della riunificazione aziendale ospedale/territorio come da LR 17/2014  o Analisi dei fattori in ingresso e in uscita alla luce della nuova organizzazione o Lettura critica di tutti i documenti relativi ai percorsi di continuità assistenziale e dimissioni protette di tutti i setting (ospedale, territorio, sistema emergenza, case di cura convenzionate, ospedale Burlo Garofolo area ginecologica) o Unificazione in un'unica procedura di tutti i percorsi; revisione dei documenti o Incontri finalizzati con i responsabili infermieristici distrettuali e ospedalieri o Audit con la direzione Responsabile attività: Dir. Infermieristico Valutatore in prima istanza: Direttore SIA Maila Mislej	100%
14	SO Distretto 4	d) Interventi socio-sanitari	L'obiettivo è la riduzione dall'isolamento delle persone coinvolte e l'aumento di informazione e sensibilizzazione della cittadinanza tramite diverse iniziative. Obiettivo 1: organizzazione di un evento cittadino denominato : "Fuori Percorso" Obiettivo 2: organizzazione spettacolo all'interno della Casa Circondariale di Trieste (incontro tra realtà diverse) Obiettivo 3: mantenimento degli incontri del Gruppo presso il Distretto 4. (numero incontri) Obiettivo 4: supporto e coordinamento del progetto attraverso incontri con il personale della Cooperativa Reset e lo Scrittore Pino Roveredo. (n° Incontri)  Responsabile dell'attività dott. Cristiano Stea Valutazione I Istanza: Direttore di Distretto	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
15	SO Distretto 4	QUALITA' DELLE CURE/INTERVENTI SOCIOSANITARI. Migliorare le attività di intercettazione e presa in carico di situazioni di abuso e maltrattamento intra ed extra-familiare di minori	Nell'ambito della prosecuzione dei lavori di riorganizzazione dei percorsi relativi al tema in oggetto, in un'ottica di monitoraggio del percorso stesso e di sviluppo e raccordo con aspetti più ampi del tema, quali la violenza assistita e l'abuso sessuale on-line, si prevede di: continuare l'attività del tavolo di monitoraggio del PDTA; partecipazione a tavoli e incontri interistituzionali sul tema (tavolo CISMAI e Comune di Trieste su abusi sessuali online). Si prevede inoltre la prosecuzione della sperimentazione e monitoraggio presso il D4 del PDTA sul maltrattamento e abuso. Responsabile: Direttore della SC Valutatore di I istanza: Responsabile SCBADOF	100%
16	SO Distretto 4	R-C	Mantenimento/incremento quali-quantitativo dell'attività erogata nel 2016 Responsabile: Direttore della SC  Valutatore di prima istanza Direttore Sanitario	100%
17	SO Distretto 4	R-C	Maggiore disponibilità oraria per effettuare prestazioni: Colloqui, counseling,, psicoterapia individuale, psicoterapia di coppia familiare, valutazione psico-sociale, mediazione familiare, somministrazione e valutazione test.  Responsabile: Responsabile SS Consultorio Familiare Valutatore di prima istanza Direttore SC	100%
18	SO Dipartimento di Salute Mentale	e) Qualità delle cure	Promuovere la continuità nell'assistenza domiciliare per la riduzione del ricovero in TSO. Responsabile Attività Roberto Mezzina Valutatore di prima istanza Direttore DAT	100%
19	SO Dipartimento di Salute Mentale	e) Qualità delle cure	Sperimentare l'intervento OD con le persone under 25 che entrano in contatto per la prima volta con i servizi di salute mentale territoriali. Responsabile Attività Roberto Mezzina Valutatore di prima istanza Direttore DAT	100%
20	SO Dipartimento di Salute Mentale	e) Qualità delle cure	Incentivare l'approccio multi professionale nella presa in carico delle persone con DCA. Responsabile Attività Roberto Mezzina Valutatore di prima istanza Direttore DAT	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
21	SO Dipartimento delle Dipendenze	Obiettivo aziendale	<p>Garantire le attività accertative di tipo medico-legale attribuite ex lege al DDD</p> <p>Responsabili: Roberta Balestra e Rosanna Ciarfeo Purich  Valutatore di prima istanza  Direttore DAT</p>	100%
22	SO Dipartimento delle Dipendenze	Obiettivo regionale c) "qualità delle cure"	<p>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. Favorire l'accesso ai benefici di legge attraverso la formulazione di progetti di cura individualizzati.</p> <p>Responsabile: Roberta Balestra  Valutatore di prima istanza  Direttore DAT</p>	100%
23	SO Dipartimento delle Dipendenze	Obiettivo regionale c) "qualità delle cure"	<p>Assicurare a tutti i soggetti inseriti nei due appartamenti un progetto riabilitativo (PAI) personalizzato co-progettato con i partners e con i servizi sociali del territorio</p> <p>Responsabile: Rosanna Ciarfeo Purich  Valutatore di prima istanza  Direttore DDD Roberta Balestra</p>	100%
24	SC Medicina Trasfusionale	Qualità delle cure	<p>Effettuare un'analisi dei dati inerente i pazienti affetti da emofilia acquisita, una rara patologia della coagulazione con un'incidenza particolarmente elevata nelle province di Trieste e Gorizia. Analisi dei dati di tipizzazione HLA relativi a pazienti con sospetta spondiloartrite sieronegativa sulla base di nuove conoscenze scientifiche.</p> <p>Responsabile attività:  dirigente biologo responsabile del Laboratorio di Patologia dell'Emostasi,  dirigente biologo responsabile del Laboratorio di Tipizzazione HLA.</p> <p>Valutatore di I istanza:  Direttore del DIMT</p>	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
25	SC Microbiologia	Processi di riorganizzazione: in aggiunta all'obiettivo come declinato nell'accordo del 10.05.2016, le parti intendono finalizzare le risorse regionali aggiuntive anche al fine di armonizzare gli istituti contrattuali nonché di perseguire il miglioramento dei servizi a fronte di elevato turn over	<p>Obiettivo: mantenimento del livello quantitativo e qualitativo dell'attività della SC Microbiologia in un contesto di carenza di personale Dirigente esperto e formazione del personale Dirigente neo-assunto</p> <p>Responsabile: Direttore SC Microbiologia</p> <p>Valutatore di prima istanza: Direzione Sanitaria</p>	100%
26	SC Patologia Clinica	Obiettivo g) "Percorsi hub & spoke"	<p>Obiettivo: elaborazione di protocolli operativi comuni per la progressiva integrazione del personale tecnico, delle risorse e dei processi organizzativi, con ampliamento dell'offerta della diagnostica a risposta rapida e il consolidamento della matrice organizzativa comune tra i laboratori hub/spoke di Cattinara e del Burlo.</p> <p>Responsabile: M. Ruscio,</p>	100%
27	SC Igiene e Sanità Pubblica	Percorsi hub & spoke:	<p>Obiettivo: - Ricognizione e aggiornamento delle prestazioni di sierologia e di virologia erogabili e dei contenitori. - configurazione del DNLab di ASUITS</p> <p>Responsabile: Direttore SC Igiene e Sanità Pubblica</p> <p>Valutatore di prima istanza: Direzione Sanitaria</p>	100%
28	SC Fisica Sanitaria	Qualità delle cure	<p>Descrizione : Valutazione della dose di radiazione aggiuntiva dovuta a procedure di imaging nei pazienti sottoposti a radioterapia.</p> <p>Responsabile attività: Direttore SC Fisica Sanitaria</p> <p>Valutatore di I istanza: Direttore Dipartimento</p>	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
29	SC Affari Giuridici e delle Attività di Supporto Direzionale	Processi di riorganizzazione a)	<p>Aggiornamento del vademecum aziendale per l'esercizio della potestà disciplinare.</p> <p>Obiettivo correlato a quello di comparto SCAGeASD – sezione giuridico legale.</p> <p>Responsabile: dott.ssa Daniela Zaro Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo.</p>	100%
30	SC Controllo di Gestione	Processo di riorganizzazione: Integrazione delle funzioni territoriali e ospedaliere	<p>Analisi delle procedure esistenti per la predisposizione e l'invio dei report di attività e ipotesi di utilizzo di procedure alternative alle esistenti</p> <p>Responsabili progettuali: dott. Centonze e dott.ssa Rozzini</p> <p>Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo</p>	100%
31	Direzione infermieristica	R-C	<p>1) Rimodulare la dotazione di personale di assistenza in rapporto ai traslochi e agli accorpamenti attraverso i seguenti interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) realizzare la mobilità interna (volontaria o su proposta) del personale di assistenza;</li> <li>b) sostenere la programmazione degli accorpamenti delle strutture e dei servizi attraverso un'analisi della complessità assistenziale e la redistribuzione del personale di assistenza, fornendo dati e proposte.</li> <li>c) governare l'acquisizione del personale in relazione al sensibile esodo degli infermieri e OSS per mobilità extraregionale e riassegnare gli operatori tenendo conto delle expertise curriculari, delle attitudini e del percorso di formazione del neoinserto;</li> <li>d) avviare e sostenere la selezione di circa 400 infermieri a tempo determinato per assicurare la copertura del turnover e la sostenibilità delle progettualità aziendali;</li> <li>e) proporre l'avvio di una selezione di OSS per l'assunzione a tempo determinato e assicurare la copertura del turnover.</li> <li>f) accoglienza e formazione dei neoassunti</li> </ul> <p>2) Coordinare la Ditta in appalto per la gestione dei trasporti intraospedalieri in relazione ai traslochi, agli accorpamenti ed eventi straordinari.</p> <p>Responsabile: Direttore Infermieristico Valutatore di I istanza: Direttore Sanitario</p>	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I stanza)	% ragg. obiettivo
32	SC Farmacia	Punti a-e Processi di riorganizzazione ai fini dell'integrazione ospedale/territorio per gli aspetti di assistenza farmaceutica dando corso agli obiettivi della legge regionale 17/2013, art. 2, che non prevede soluzione di continuità tra i diversi luoghi (ospedale-territorio) per l'offerta di interventi terapeutici scientificamente consolidati	Obiettivo: 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.  Proseguire il percorso già avviato per uniformare le procedure esistenti in funzione aggregata, sorvegliando la messa a regime della riorganizzazione degli incarichi formulata nella proposta già elaborata in base alle attuali risorse professionali  Valutatore di I stanza : Direttore Sanitario	100%
33	SC Farmacia	e- contenimento spesa farmaceutica.	Analisi dell'assistenza farmaceutica erogata ai sensi dell'accordo DPC i cui alla DGR 1466/2014 e formulazione di una proposta di miglioramento	ok
34	SC Farmacia	e- contenimento spesa farmaceutica.	Assicurare la distribuzione diretta e l'allestimento personalizzato a favore dei pazienti in ADI o accolti presso le strutture residenziali e semiresidenziali, garantendone l'appropriatezza d'uso Responsabile :Diretto SC Assistenza Farmaceutica PAolo Schincariol Valutatore di I stanza : Direttore Sanitario	100%



N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
35	SC Farmacia	e- contenimento spesa farmaceutica.	<p>Monitoraggio delle terapie intravitreali per la verifica dell'appropriatezza prescrittiva secondo le indicazioni regionali che indicano il Bevacizumab come farmaco di prima scelta per il trattamento degli edemi da degenerazione maculare senile e secondo le regole nazionali che prevedono ad opera del farmacista l' inserimento nei registri dei dati richiesti</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Approfondire con i clinici richiedenti le richieste poste in deroga all' utilizzo di Bevacizumab come prima scelta terapeutica</li> <li>- Allestimento di una formulazione di farmaco per la somministrazione intravitreale che consenta un risparmio rispetto l'acquisto dei prodotti in commercio</li> </ul> <p>Responsabile :Diretto SC Assistenza Farmaceutica Paolo Schincariol Valutatore di I stanza : Direttore Sanitario</p>	100%
36	SC Prevenzione e Protezione Aziendale	Integrazione ospedale/territorio	<p>Linea A: aggiornamento/armonizzazione/integrazione procedure operative di sicurezza (POS)</p> <p>Linea B: sopralluoghi gruppi sedi territoriali</p> <p>Linea C: sperimentazione dei facility tour sedi territoriali sulla base dello schema impostato nel 2016</p> <p>Linea D: redazione circolare esplicativa; predisposizione corso di formazione per i soggetti accertatori; verifica della situazione in essere e aggiornamento degli elenchi dei soggetti accertatori; verifica e aggiornamento della segnaletica specifica; predisposizione dei punti blu.</p> <p>Linea E: creazione di un elenco aggiornato dei reagenti chimici utilizzati in ASUIts in conformità con il regolamento CLP</p> <p>Responsabile attività: Direttore SC SPPA Valutatore di prima istanza: Direzione Sanitaria</p>	100%
37	DIREZIONE DEI SERVIZI SOCIOSANITARI	c) Interventi sociosanitari	<p>3. Gestione della fase operativa: Orientamento di carattere generale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sui rischi per la salute e sicurezza sul lavoro connessi alla attività lavorativa;</li> <li>- sulle procedure che riguardano il primo soccorso, la lotta antincendio, l'evacuazione dei luoghi di lavoro;</li> <li>- sui nominativi dei lavoratori incaricati di applicare le misure di primo soccorso e prevenzione incendi</li> <li>- sui nominativi del responsabile e degli addetti del servizio di prevenzione e protezione e del medico competente;</li> <li>- sui rischi specifici cui è esposto in relazione all'attività svolta, le normative di sicurezza e le disposizioni aziendali in materia;</li> <li>- sui pericoli connessi all'uso delle sostanze e dei preparati pericolosi;</li> <li>- sulle misure e le attività di protezione e prevenzione adottate.</li> </ul> <p>Responsabile attività Fabio Aizza Calutatore di I istanza: Flavio Paoletti</p>	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
38	DIREZIONE DEI SERVIZI SOCIOSANITARI	c) Interventi sociosanitari	<p>Descrizione: Definire criteri omogenei per l'individuazione delle procedure di verifica e controllo degli interventi indiretti di tipo contrattuale erogati con partner esterni</p> <p>Responsabile attività: dott.ssa Maria Antonietta Vanto</p> <p>Valutatore di I istanza: dott. Flavio Paoletti</p>	100%
39	SC Affari Generali e Legali	H) integrazione ospedale/territorio	<p>In considerazione dell' istituzione dell' Asuits e della prossima unificazione degli uffici che trattano il recupero crediti dell' ex Aou e ex Ass 1, si è voluto sperimentare un percorso con procedure unificate per questa particolare e nuova tipologia di recupero.</p> <p>Questa attività è stata prevista dal decreto del MEF ( Decreto 11 dicembre 2009 – verifica esenzioni in base al reddito dalla compartecipazione alla spesa sanitaria tramite supporto del Sistema tessera sanitaria ) a non era ancora operativa nella nuova azienda</p> <p>Responsabile del progetto : Direttore Scagl</p> <p>Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo</p>	100%
40	SC Affari Generali	R-A	<p>In attuazione delle disposizioni di cui alla L. n. 191/2009 e s.m.e.i., entro il 31 ottobre 2017 (salvo proroghe), verranno inseriti sul Portale Tesoro <a href="https://portaletesoro.mef.gov.it">https://portaletesoro.mef.gov.it</a> tutti i dati relativi ai beni immobili di proprietà dell'A.S.U.I.Ts, con indicazione di quelli strumentali e di quelli in godimento a terzi con riferimento all'anno 2016, a seguito della preventiva ricerca della documentazione agli atti della S.C. Affari Generali ovvero agli atti di altre Strutture dell'ex A.O.U.Ts, contenenti i dati medesimi.</p> <p>approfondimento dello studio della normativa d'interesse e predisposizione dello schema tipo convenzionale per i rapporti con il mondo dell'Associazione no profit (Associazioni di volontariato e di promozione sociale, Associazioni civili, ecc.) con evidenza dei documenti/dichiarazioni necessari ai fini della stipula.</p> <p>Responsabile: Direttore della SC Affari Generali</p> <p>Valutatore di prima istanza Direttore Amministrativo</p>	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
41	SC Affari Generali	R-A	<p>Obiettivo: approfondimento dello studio della normativa d'interesse e predisposizione dello schema tipo convenzionale per i rapporti con il mondo dell'Associazione no profit (Associazioni di volontariato e di promozione sociale, Associazioni civili, ecc.) con evidenza dei documenti/dichiarazioni necessari ai fini della stipula.</p> <p>Responsabile: Direttore della SC Affari Generali</p> <p>Valutatore di prima istanza Direttore Amministrativo</p>	100%
42	SC Gestione del Personale		<p>Obiettivo: uniformare i procedimenti inerenti la materia della medicina convenzionata in conformità all'organizzazione della SC gestione e valorizzazione del personale.</p> <p>Responsabile: dott. Cristina Turco Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo</p>	100%
43	SC Gestione del Personale	Processi di riorganizzazione	<p>Obiettivo: definizione dell'impianto di finalizzazione delle risorse del fondo di produttività dell'ASUI TS 2017.</p> <p>Responsabile: Fabiana Bearzi Valutatore di I istanza: Direttore SC</p>	100%
44	SC Gestione del Personale		<p>Obiettivo: Realizzazione di un nuovo assetto degli incarichi, in base all'organigramma di cui alla proposta di Atto Aziendale dell'A.S.U.I.</p> <p>Responsabile: Serena Sincovich Valutatore di I istanza: Cristina Turco, referente della funzione del personale</p>	100%
45	SC Gestione del Personale	Progressioni Economiche Orizzontali 2017	<p>Obiettivo: applicazione degli accordi relativi alle progressioni economiche orizzontali per il 2017 per ex AAS1 ed ex AOUTs;</p> <p>Costituzione del gruppo di lavoro; elaborazione delle schede dei punteggi delle carriere per gli aventi diritto; elaborazione del file valutazioni; formulazione della graduatoria provvisoria e definitiva; produzione dei due decreti finali.</p> <p>responsabile: per ex AOUTs: dott.ssa Alessandra CARNESECCHI; per ex AAS1: dott. Fulvio FRANZA</p> <p>Valutatore di I istanza: Cristina Turco, referente della funzione del personale</p>	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
46	SC Contabilità e Bilancio	Processo di riorganizzazione: Integrazione delle funzioni territoriali e ospedaliere	Attuazione delle procedure uniformi, trasferimento delle unità di personale per le funzioni trasferite ad altre Strutture, redistribuzione e ripartizione dei carichi di lavoro  Responsabili progettuali: dott.ssa Contento e dott.ssa Rozzini  Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo	100%
47	SC Gestione Stabilimenti	Processi di riorganizzazione Opere di ristrutturazione edilizia	Obiettivo 1) Garantire la funzione di coordinamento già affidata (Responsabile SC) Obiettivo 2) Redazione di modelli e strumenti informativi semplici e di immediata lettura anche da parte delle altre SC aziendali che consentano di valutare il rispetto della programmazione, gli eventuali scostamenti e la condivisione dei possibili correttivi. L'orario aggiuntivo richiesto è così suddiviso: 100 ore per il responsabile e 180 per gli altri dirigenti Responsabile attività: ing. Elena Clio Pavan Valutatore di prima istanza: Direttore amministrativo	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
48	SC Logistica e Servizi Economali	Processi di riorganizzazione	<p>Obiettivo 1) Garantire la funzione di coordinamento già affidata (Responsabile SC)</p> <p>Obiettivo 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Logistica di Magazzino: attuazione di attività logistiche e operative propedeutiche complementari alla futura unificazione dei magazzini (da coordinare con l'inserimento dell'Area Triestina nel Magazzino Centralizzato EGAS)</li> <li>- nuovi assetti logistici e ricollocazioni nei presidi aziendali: la pianificazione 2017 prevede l'avvio del cantiere presso l'Ospedale di Cattinara e pertanto 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 economali e di magazzino</li> <li>- Ulteriore adeguamento di funzioni e processi nella Funzione Logistica e Servizi Economali in relazione alla costituzione della ASUI</li> <li>- Definizione comune di standard e procedure operative per l'intera Struttura</li> <li>- Aggiornamento parco macchine in uso alla ASUITS: nell'ambito delle risorse assegnate nel piano investimenti aziendale risulta necessario svolgere attività di ricognizione dei mezzi presenti e di programmazione degli acquisti da attivare. Al momento dell'attivazione dell'acquisto, risulta altresì necessario formulare una proposta di assegnazione Tale proposta operativa va sottoposta alla Direzione Strategica ai fini della sua validazione.</li> </ul> <p>L'orario aggiuntivo richiesto è così suddiviso: 100 ore per il responsabile e 90 per gli altri dirigenti</p> <p>Responsabile progetto Direttore SC Logistica e servizi economali</p> <p>Valutatore di prima istanza Direttore Amministrativo</p>	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
49	SC Informatica e Telecomunicazioni	Processi di riorganizzazione	<p>Obiettivo 1) Garantire la funzione di coordinamento già affidata (Responsabile SC)</p> <p>Obiettivo 2)</p> <p>Tutte le richieste di manutenzione sono raccolte ed erogate in modo uniforme da qualunque utente provengano.</p> <p>Tutte le richieste di manutenzione sono raccolte ed erogate in modo uniforme da qualunque utente provengano.</p> <p>Coordinamento e supervisione attività:</p> <p>Studio documentazione tecnica convenzione e confronto con i bisogni ASUITS. Analisi dell'assessment e tuning. Confronto con gli aggiudicatari, percorso di definizione tecnico-amministrativa previsto fino al contratto. Avvio nuova infrastruttura comune, help desk interno, ridefinizione code e flussi di distribuzione, redazione protocolli operativi e knowledge base. Pianificazione della realizzazione di richieste pregresse di cablaggio strutturato.</p> <p>L'orario aggiuntivo richiesto è così suddiviso: 100 ore per il responsabile e 90 per gli altri dirigenti</p> <p>Responsabile attività: Direttore SC IT</p> <p>Valutatore di prima istanza: Direttore SC IT</p>	100%
50	SC Ingegneria Clinica	Processi di riorganizzazione	<p>Partendo dalle gare effettuate da ASUITS e da EGAS è necessario ottenere l'inventario di tutte le attrezzature presenti in Azienda sotto forma di noleggio, comodato d'uso o service.</p> <p>Sulla base dello stesso verrà creato un database contenente le informazioni relative alla durata dei contratti, ai termini di inizio e fine attività, costi...</p> <p>Verrà, inoltre, definita una procedura per il recupero da parte dei reparti interessati dei dati relativi alle manutenzioni e verifiche effettuate dalle ditte fornitrici</p> <p>Responsabile : ing. Mauro Tommasini</p> <p>Valutatore I istanza : Direttore Amministrativo</p>	100%

## AREA DEL COMPARTO

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
1	SO Distretto 1	h) integrazione assistenziale h-t e sviluppo di percorsi assistenziali	<p>Revisione del protocollo di continuità assistenziale e dimissione protetta. Rafforzamento del percorso ad opera delle PO della SCTSAA e dei coordinatori del SID e del SIA, verso i coordinatori infermieristici di reparto:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. recepimento dei nuovi protocolli di continuità</li> <li>2. definizione del modello da adottare (incontri peer to peer - a gruppi, singoli)</li> <li>3. suddivisione in aree dipartimentali</li> <li>4. incontri di gruppo ristretti per aree omogenee</li> </ol> <p>Responsabile attività: P.O Distretto Valutatori di prima Istanza: Dirigente Infermieristico</p>	100%
2	SO Distretto 1	b) Assistenza domiciliare nell'ambito dell'assistenza primaria	<p>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.</p> <p>B) Attivare percorso di dimissione protetta da P.S. con infermiere dedicato al pronto soccorso 365 gg/*anno</p> <p>C) Continuità delle cure nelle persone in carico distrettuale che abbisognano di supporto infermieristico domiciliare a sostegno alle attività domiciliari del SID.</p> <p>Responsabile attività: coordinatori SCTSAA - SCTSBADF Valutatori prima istanza: Dirigente infermieristica</p>	100%
3	SO Distretto 1	c) interventi socio sanitari	<p>Obiettivo: Accessi integrati con altre strutture/Enti (scuola, ricreatorio, Comune...) per i bambini/adolescenti in carico alle strutture</p> <p>Responsabile: Coordinatore della Struttura Semplice Tutela salute Bambini e Adolescenti Distretto 1 Valutatore di prima Istanza: Direttore di SC TSBADoF</p>	100%
4	SO Distretto 1	Interventi sociosanitari	<p>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.</p> <p>Responsabile: Responsabile SS Consultorio Valutatore in prima istanza: Direttore SC</p>	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
5	SO Distretto 1	Processi di riorganizzazione	Garantire la corretta attuazione dei nuovi regolamenti e delle direttive mediante incontri specifici  Responsabili attività: PO Amministrativa di Distretto Valutatore prima istanza: Direttore di Distretto	0%
6	SO Distretto 1 - Personale di Riabilitazione Adulti e Minori	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 SS Dipartimentale Distrettuale Distretto 1  Valutatore di prima Istanza: Direttore Distretto	85,29%
7	SO Distretto 2	1.h) integrazione assistenziale h-t e sviluppo di percorsi assistenziale	Revisione del protocollo di continuità assistenziale e dimissione protetta. Rafforzamento del percorso ad opera della PO del Distretto e dei coordinatori del SID e del SIA, verso i coordinatori infermieristici di reparto: 1. recepimento del nuovo protocollo di continuità 2. definizione del modello da adottare (incontri peer to peer, a gruppi, singoli) 3. suddivisione in aree dipartimentali 4. incontri di gruppi ristretti per aree omogenee  Responsabile attività: P.O. Distretto Valutatore di prima Istanza: Dirigente Infermieristico	100%
8	SO Distretto 2	2.b) 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) Attivare percorso di dimissione protetta da P.S. con infermiere dedicato al pronto soccorso 365 gg/*anno  C) Continuità delle cure nelle persone in carico che abbisognano anche di supporto infermieristico domiciliare a sostegno alle attività domiciliari del SID.  Responsabile attività : coordinatori SCTSAA - SCTSBADF Responsabili attività: coordinatori delle strutture Valutatore di prima Istanza: Dirigente Infermieristico	100%



N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
9	SO Distretto 2	6. Processi di riorganizzazione	Garantire la corretta attuazione dei nuovi regolamenti e delle direttive mediante incontri specifici Responsabili attività: PO Amministrativa di Distretto Valutatore prima istanza: Direttore di Distretto	100%
10	SO Distretto 2	7.interventi socio sanitari	Accessi integrati con altre strutture/Enti (scuola, ricreatorio, Comune...) per i bambini/adolescenti in carico alle strutture Responsabile attività: Coordinatore della Struttura Semplice Tutela salute Bambini e Adolescenti anche di lingua slovena Valutatore in prima istanza: Direttore SC	100%
11	SO Distretto 2	8. Percorsi di Riabilitazione	Presenza in carico a domicilio delle persone valutate in continuità assistenziale/riabilitativa (protocollo di continuità riabilitativa) in Ospedale e nelle strutture private accreditate  Responsabile Attività: Coordinatore SS Dipartimentale Distrettuale Distretto 2 Valutatore in prima istanza: Direttore Distretto	100%
12	SO Distretto 2	9. Percorsi di Riabilitazione	Obiettivo: Effettuare degli accessi domiciliari delle persone valutate in continuità assistenziale/riabilitativa dalla RSA San Giusto verso il domicilio, al fine di favorire i processi di fornitura ausili, educazione caregiver e valutazione fisioterapia.  Responsabile: Coordinatore attività Riabilitative RSA S.Giusto - Gilberto Cherri Valutatore in prima istanza: Direttore Distretto	100%
13	SO Distretto 2	10. 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.  Valutatore in prima istanza: Responsabile del Consultorio	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
14	SO Distretto 3	h) integrazione assistenziale h-t e sviluppo di percorsi assistenza	<p>Revisione del protocollo di continuità assistenziale e dimissione protetta. Rafforzamento del percorso ad opera delle PO della SCTSAA e dei coordinatori del SID e del SIA, verso i coordinatori infermieristici di reparto:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. recepimento dei nuovi protocolli di continuità</li> <li>2. definizione del modello da adottare (incontri peer to peer -a gruppi, singoli)-; n. incontri</li> <li>3. suddivisione in aree dipartimentali</li> <li>4. incontri di gruppi ristretti per aree omogenei</li> </ol> <p>Responsabile attività: P.O Distretto Valutatore di prima Istanza: Resp. SSD Serv Inf.</p>	100%
15	SO Distretto 3	b) Assistenza domiciliare nell'ambito dell'assistenza primaria	<p>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.</p> <p>B) Attivare percorso di dimissione protetta da P.S. con infermiere dedicato al pronto soccorso 365 gg/*anno</p> <p>C) Continuità delle cure nelle persone in carico che abbisognano anche di supporto infermieristico domiciliare a sostegno alle attività domiciliari del SID.</p> <p>Responsabile attività : coordinatori SCTSAA - SCTSBADF Valutatori di prima Istanza: Resp. SSD Serv Inf.</p>	100%
16	SO Distretto 3	e) qualità delle cure c) interventi socio-sanitari	<p>Obiettivo: evitare accessi impropri in pronto soccorso di persone con problemi legati all' abuso di sostanze alcoliche</p> <p>Responsabile attività: P.O. Distretto Valutatori di prima Istanza: Resp. SSD Serv Inf.</p>	100%
17	SO Distretto 3	c) interventi socio sanitari	<p>Obiettivo: Accessi integrati con altre strutture/Enti (scuola, ricreatorio, Comune...) per i bambini/adolescenti in carico alle strutture</p> <p>Responsabile: Coordinatore della Struttura Semplice Tutela salute Bambini e Adolescenti Distretto 3 Valutatore di prima Istanza: Resp. SC BADOF</p>	100%
18	SO Distretto 3	Processi di riorganizzazione.	<p>Obiettivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- garantire la corretta attuazione dei nuovi regolamenti e delle direttive mediante:</li> <li>- 3 incontri sulle specifiche procedure</li> <li>- Produzione e applicazione di un documento che sintetizzi le procedure fornendo indicazioni</li> </ul> <p>Responsabile dell'attività: P.O. Attività amministrativa Lorian Vigini Valutatore prima istanza: dott.a Ofelia Altomare</p>	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
19	SO Distretto 3	h) integrazione assistenziale h-t e sviluppo di percorsi assistenza	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 SSDipartimentale Distrettuale Distretto 3 Valutatore in prima istanza: Direttore Distretto	100%
20	SO Distretto 4	h) Integrazione ospedale / territorio e sviluppo percorsi assistenziali	Revisione del protocollo di continuità assistenziale e dimissione protetta.Rafforzamento del percorso ad opera delle PO della SCTSAA e dei coordinatori del SID e del SIA verso i coordinatori infermieristici di reparto:1. recepimento dei nuovi protocolli di continuità assistenziale.2. definizione del modello da adottare (incontri peer to peer -a gruppi, singoli;- n. incontri)3. suddivisione in aree dipartimentali4. incontri di gruppi ristretti per aree omogenee Responsabile attività : Posizione OrganizzativaValutatori prima istanza : Dirigente Infermieristico	100%
21	SO Distretto 4 - SID	b)Assistenza domiciliare nell'ambito dell'assistenza primaria c) Interventi socio-sanitari	Obiettivo: 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 : dirigente infermieristico	100%
22	SO Distretto 4 - SID	Punto a) Processi di riorganizzazione. (turn over ) Punto e) qualità delle cure	Obiettivi: a) Garantire l'attività del CAP nella sede decentrata di Via Pietà con la rotazione di tutto il personale infermieristico del SIA e la collaborazione del personale OSS (non acquisite le risorse necessarie e malattia long term) b)Garantire accesso alle prestazioni ambulatoriali con programmazione congiunta di tutta la SS Cura Ambulatoriali e Domiciliari d4 Responsabile Coordinatori Infermieristici SSCAD Resp/valutatori di prima: Dirigente inf	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
23	SO Distretto 4 - SID	Punto b ) Assistenza Domiciliare nell'ambito dell'assistenza primaria	Accessi integrati con altre strutture /Enti (scuola, ricreatorio, Comune..) per i bambini adolescenti in carico alle strutture Responsabile attività : coordinatore SID Valutatore prima istanza : Dirigente infermieristico	100%
24	SO Distretto 4 - ass.soc. Fulvia Rossi	c)interventi socio-sanitari h) Integrazione ospedale / territorio e sviluppo percorsi assistenziali	Obiettivo : 1)Esaminare ed aggiornare la situazione familiare, sociale e ambientale delle persone sottoposte a trattamento sostitutivo di Dialisi Peritoneale . 2) Intervenire dove si presentino problematiche che ostacolano la possibilità di permanenza al proprio domicilio Responsabile:Responsabile SS Anziani e Residenze Valutatore prima istanza Direttore di Distretto	95%
25	SO Distretto 4 - riabilitazione	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 SSDipartimentale Distretto 4 Valutatore di I istanza Direttore di Distretto	100%
26	SO Distretto 4 - consultorio familiare - assistenti sociali	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. REsponsabile: Coord. Annarosa Orel Valutatore di I istanza: Direttore SC BADOF	100%
27	SO Distretto 4	Processi di riorganizzazione	Obiettivo: - garantire la corretta attuazione dei nuovi regolamenti e delle direttive mediante: - 3 incontri sulle specifiche procedure - Produzione e applicazione di un documento che sintetizzi le procedure fornendo indicazioni Responsabile REsponsabile amministrativo Valutatore di I istanza Direttore di distretto	0%
28	SS centro diabetologico	e) Qualità delle cure	Ampliare l'offerta di cura nei servizi diabetologici garantendo un'educazione specifica all'utenza sui nuovi sistemi di Flash Glucose Monitoring Responsabile attività: Nevia Daris  Valutatore prima istanza: Riccardo Candido	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
29	SO Dipartimento di Salute Mentale	a) Processi d riorganizzazione	Obiettivo: Redistribuire i carichi di lavoro di tipo amministrativo Responsabile: Paola Cecchini Valutatore di 1° istanza Roberto Mezzina	100%
30	SO Dipartimento di Salute Mentale	e) Qualità delle cure	Obiettivo: Garantire l'implementazione del lavoro in sotto équipe nei 4 CSM 24 ore. Responsabile: Daniela Speh Valutatore di 1° istanza Roberto Mezzina	100%
31	SO Dipartimento di Salute Mentale	e) Qualità delle cure	Obiettivo: Redistribuire i carichi di lavoro relativi alla gestione dell'habitat Responsabile: Roberta Accardo Valutatore di 1° istanza Mezzina Roberto	100%
32	SO Dipartimento di Salute Mentale	e) Qualità delle cure	Obiettivo: Miglioramento della qualità delle cure e della presa in carico nelle situazioni di crisi che hanno la necessità di sostegno anche a domicilio ad elevata intensità fino al superamento della crisi. Personale coinvolto: Personale del DSM, con rapporto di lavoro a tempo pieno indeterminato. Responsabile: Roberto Mezzina Valutatore di 1° istanza Direttore DAT	100%
33	SO Dipartimento di Salute Mentale	e) Qualità delle cure	Obiettivo: Miglioramento della qualità delle cure e della presa in carico nelle situazioni che presentano criticità nella continuità terapeutica e che hanno la necessità di continuità assistenziale e di monitoraggio nei luoghi di vita. Personale coinvolto: Personale del DSM, con rapporto di lavoro a tempo pieno indeterminato o determinato e non turnista sulle 24 ore. Responsabile: Roberto Mezzina Valutatore di 1° istanza Direttore DAT	100%
34	SO Dipartimento delle Dipendenze	Aziendale	Garantire la presenza di almeno 1 infermiere nei luoghi di divertimento e di aggregazione secondo la programmazione del progetto, concordata con i partners istituzionali.  Responsabili: Micaela Pinter e Sabine Del Gaiso Valutatore di 1° istanza Cristina Stanic	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
35	SO Dipartimento delle Dipendenze	Aziendale	Garantire le attività accertative di tipo medico-legale attribuite ex lege al DDD (es. idoneità alla guida, secondo livello lavoratori, programmi Prefettura, adozioni)  Responsabile: Micaela Pinter e Sabine Del Gaiso Valutatore di 1° istanza Cristina Stanic	100%
36	SO Dipartimento delle Dipendenze	Obiettivo regionale e) "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.  Responsabile: Sabine Del Gaiso Valutatore di 1° istanza Cristina Stanic	100%
37	SO Dipartimento delle Dipendenze	Obiettivo regionale c) "interventi socio-sanitari"	Garantire al target di utenti più svantaggiati e meno autonomi attività di informazione, supervisione, affiancamento ed accompagnamento agli uffici esterni (Patronato, Servizi sociali) per l'espletamento delle pratiche relative al bando ATER ed al censimento ATER  Responsabile: Michela Brizzi Valutatore di 1° istanza Roberta Balestra	100%
38	SO Dipartimento di Prevenzione	Prevenzione (con attenzione alle linee di gestione del SSR 2017)	Descrizione 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". Responsabile attività Riccardo Tominz Valutatore di I istanza Valentino Patussi	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
39	SO Dipartimento di Prevenzione	<p>Studio pilota di monitoraggio biologico umano per le popolazioni residenti in prossimità dell'impianto siderurgico Ferriera di Trieste e centrale termoelettrica A2A di Monfalcone</p> <p>Linee per la Gestione del Sistema Sanitario Regionale per il 2016 – approvate con DGR n. 2559/2015</p> <p>Finanziamento previsto dalla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia per l'espletamento dell'attività finalizzata o delegata per l'anno 2016.</p>	<p>Descrizione Acquisizione del consenso informato scritto dai soggetti arruolati, utilizzando le Informative ed i Consensi approvati dal Comitato Etico Unico Regionale FVG. Arruolamento del campione di soggetti maggiorenni stratificati per genere ed età, come da Protocollo, interviste, raccolta e stoccaggio dei campioni di urine.</p> <p>Responsabile attività Riccardo Tominz Valutatore di I istanza Valentino Patussi</p>	100%
40	SC Centro Cardiovascolare	R-F	<p>Obiettivo: Aumentare l'offerta di prestazioni di medicina dello sport al fine di ridurre i tempi di attesa. Responsabile: Coordinatore infermieristico Maria Rosaria Macchiarella Valutatore di prima istanza: PO</p>	100%
41	SC Centro Cardiovascolare	R-F	<p>Obiettivo: mantenimento entro 10 giorni, dalla segnalazione, la presa in carico e valutazione infermieristica degli assistiti dimessi e/o segnalati da AFT/CAP, con cardiopatia cronica ed organizzazione delle visite cardiologiche e strumentali necessarie in base al timing indicato. Responsabile: PO Donatella Radini Valutatore di prima istanza: Direttore SC</p>	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
42	SC Centro Sociale Oncologico	Qualità delle cure	Organizzare paracentesi a domicilio con l'uso dell'ecografo portatile garantendo la sicurezza del paziente, migliorando la qualità di vita ed evitando il trasporto presso la struttura ospedaliera. Responsabile del progetto: Lorena Castellani Responsabile dell'attività: Fausta Lorenzon Valutatore di prima istanza: Direzione SC	100%
43	SC Direzione Medica di Presidio	Qualità delle cure	Rispetto dei tempi di rilascio di copia della cartella clinica  Resp.le attività: Dott.ssa Lucia Pelusi  Valutatore di I istanza: Direttore Sanitario  Partecipanti: personale del comparto e dirigenti medici (vedi scheda dirigenza)	0%
44	SC Direzione Medica di Presidio	Qualità delle cure	Inserimento della SDO dei dimessi nel 2017 nel flusso informativo  Durata: 7 marzo – 30 aprile 2017  Resp.le attività: Dott.ssa Lucia Pelusi Valutatore di I istanza: Direttore Sanitario	100%
45	SC Direzione Medica di Presidio	Qualità delle Cure: La prevenzione delle Infezioni correlate all'assistenza OC OM	Ottimizzazione della gestione delle criticità tramite: Breve termine: - Corsi di formazione per i responsabili nei reparti: Co-partecipazione nella formazione Infezioni Correlate all'assistenza ARTA OM - "Formazione e aggiornamento del personale ASUITS In "Tema di controllo delle infezioni attraverso delle igiene delle mani. - Implementazione e revisioni dei documenti pre esistenti sul controllo e prevenzione infezioni CA. - Aggiornamenti dei protocolli per la standardizzazione dei comportamenti degli operatori e familiari dei pazienti - Dimostrazione diretta sul campo con box didattico igiene delle mani.  Medio-lungo termine: - Aggiornamenti protocolli sull'alta disinfezione. - Elaborazione documento e formazione dei caregiver. - Diffusione d'indicazioni sui comportamenti in caso d'infezioni  Resp.le attività: Dott.ssa Lucia Pelusi Valutatore di I istanza: Direttore Sanitario	100%



N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
46	SC Cardiochirurgia	R-E	<p>Obiettivo: Prevenire l'insorgenza o il ritardo di comparsa delle complicanze maggiori del diabete mediante l'attuazione del disease management tramite la presa in carico della persona candidata ad intervento cardiocirurgico affetto da diabete. Gli utenti ricoverati in regime ordinario saranno sottoposti a un monitoraggio dell'Hb glicata e inseriti di un percorso educativo che verrà monitorato su specifica modulistica.</p> <p>Responsabile di Progetto Coordinatore inf. SC Cardiochirurgia-Deg. e RID del DAI Cardiovascolare</p> <p>Valutatore di prima istanza Direttore SC Direzione infermieristica</p>	100%
47	SC Cardiochirurgia Terapia Intensiva e Sala Operatoria	Consolidamento del ruolo di hub nel settore cardiovascolare	<p>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 le procedure rispetto ai livelli dello stesso periodo dell'anno precedente</p> <p><b>Linea A) Attività della CCH Ter. Intensiva e Sala Operatoria.</b> Copertura del servizio nella fascia oraria pomeridiana dopo le ore 14.00 a fine procedura. Sono previsti 2 giorni /settimana dedicati all'attività interventistica in Emodinamica con un impegno orario stimato per l'anno 2017 di 280 ore straordinarie erogate da personale infermieristico e tecnico perfusionista ( ove richiesto ) di sala operatoria e terapia intensiva</p> <p>Linea B) Attività della Cardiologia Sala Emodinamica Copertura del servizio con 2-3 operatori( infermieri e tecnici )della fascia oraria pomeridiana dopo le ore 15.12 a fine procedura.</p>	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
48	SC Cardiochirurgia Sala Emodinamica;	Consolidamento del ruolo di hub nel settore cardiovascolare	<p>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.</p> <p>Garantite le procedure rispetto ai livelli dello stesso periodo dell'anno precedente</p> <p>Linea A) Attività della CCH Ter. Intensiva e Sala Operatoria. Copertura del servizio nella fascia oraria pomeridiana dopo le ore 14.00 a fine procedura. Sono previsti 2 giorni /settimana dedicati all'attività interventistica in Emodinamica con un impegno orario stimato per l'anno 2017 di 280 ore straordinarie erogate da personale infermieristico e tecnico perfusionista ( ove richiesto ) di sala operatoria e terapia intensiva</p> <p><b>Linea B) Attività della Cardiologia Sala Emodinamica</b> Copertura del servizio con 2-3 operatori( infermieri e tecnici )della fascia oraria pomeridiana dopo le ore 15.12 a fine procedura.</p>	100%
49	SC Cardiochirurgia CCH Terapia Intensiva	Consolidamento del ruolo di hub nel settore cardiovascolare	<p>Obiettivo: 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 le procedure rispetto ai livelli dello stesso periodo dell'anno precedente</p> <p><b>Linea C) Attività della CCH Terapia Intensiva</b> Consolidamento dell'attività ECMO in cardiocirurgia, e a supporto di pazienti di altre strutture candidati al trattamento (stimate circa 15 +/- 20% procedure).</p>	100%
50	SC Cardiologia	Consolidamento del ruolo di hub nel settore cardiovascolare	<p>Obiettivo: 1) Revisione Protocollo 2) garantire l'esecuzione delle CVE in modo sicuro ed efficace, 3) snellire i percorsi dell' utente all' interno della Struttura, identificando le funzioni relative alle sezioni ambulatorio, degenza, uitc, sala elettrofisiologia</p> <p>Responsabile di Progetto Direttore SC Cardiologia Coordinatori inf. SC Cardiologia e RID del DAI Cardiovascolare</p> <p>Valutatore di prima istanza Direttore DAO</p>	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
51	SC Medicina D'urgenza	Processi di riorganizzazione (obiettivi declinati nell'accordo del 4/4/2016: favorire le aree e i settori critici coinvolti nei processi di riorganizzazione coerenti con le tematiche della programmazione regionale e dell'applicazione dell'Atto Aziendale. Inoltre per il 2017: armonizzare gli istituti contrattuali, migliorare i servizi a fronte dell'elevato turn over)	Integrare, favorire ed ottimizzare l'inserimento del personale neo assunto/inserito afferente alla s.c. med. d'urgenza attraverso un graduale e progressivo apprendimento mantenendo un adeguato rapporto tempo-apprendimento, favorire standard qualitativi delle prestazioni e unificare procedure e protocolli di interesse comuni e garantire autonomia professionale del personale di nuova assunzione. Responsabile: Coordinatore valutatore di I Istanza: Direzione Infermieristica	0%
52	SC Chirurgia Toracica	Integrazione ospedale/territorio e sviluppo percorsi assistenziali	Somministrare e produrre le schede PAM-PHE nel periodo post operatorio nei pazienti con criteri di inclusione (intervento chirurgico, patologie croniche multiple correlate ecc.), in provincia di Trieste. Lo scopo è rilevare il diverso livello di attivazione con una seconda valutazione nel primo periodo di domiciliarizzazione. Attivazione e formazione del personale di reparto sull'utilizzo degli strumenti PAM-PHE. Attivazione corso PAM PHE e mantenimento del 100% somministrazione schede PAM PHE, nei pazienti con i criteri di inclusione alla loro dimissione. Personale coinvolto Infermieri ed OSS della degenza. Responsabile: Coordinatore valutatore di I Istanza: RID	100%
53	SC (Uco)Chirurgia Generale - clinica chirurgica ambulatori	Processi di riorganizzazione - Contenimento tempi di attesa	Obiettivi: 1. Ridefinire i modi e i tempi di erogazione delle diverse prestazioni; 2. mantenere il numero delle prestazioni dell'ambulatorio di reparto; 3. modulare il numero delle prestazioni offerte dalla st. 38 in base alle nuove esigenze organizzative; 4. rispettare lo standard dei tempi d'attesa per le prime visite chirurgiche; 5. revisionare ed aggiornare le informative da consegnare agli Assistiti e la modulistica interna; 6. condividere e maturare il cambiamento, affrontare le difficoltà al loro presentarsi.  Periodo di svolgimento: dal 1/6/2017 al 31/12/2017.  Responsabili: RID Valutatore di prima istanza: Direttore dell'U.C.O. di Chirurgia Generale	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
54	SC (Uco)Chirurgia Generale - personale della degenza XV piano	Processi di Riorganizzazione	Riorganizzazione dell'assistenza con recepimento delle procedure di gestione dell'urgenza emergenza , riorganizzazione della turnistica e della degenza per settori e sperimentazione dell'inserimento sulle 24 ore di un OSS per favorire la gestione dei casi nella fascia oraria notturna.  Responsabile: Direttore della SC Per l'apporto individuale RID del DAI  Valutazione di I istanza : Direzione Infermieristica	100%
55	SC (UCO)Chirurgia Plastica	R-E	Obiettivo: Mantenimento del monitoraggio post operatorio di tipo semintensivo in Chirurgia Plastica negli interventi ricostruttivi con lembo/i libero/i microchirurgici esclusivamente nel turno notturno.  Responsabili del progetto Direttore Chirurgia Plastica Coordinatore Infermieristico S.C. Chirurgia Plastica per l'apporto individuale del comparto  Valutazione di I istanza : Direzione Infermieristica	100%
56	Clinica Odontostomatologica- Anestesia e Rianimazione HM	1.qualità delle cure2. contenimento delle liste d'attesa	Consolidare un percorso clinico assistenziale condiviso tra le strutture coinvolte (cl. Stomatologica- Anestesia Rianimazione HM) dedicato alle persone con gravi disabilità che necessitano di cure odontostomatologiche da effettuarsi in Sala Operatoria.Responsabile del progetto: Direttori di struttura.RIDValutazione di I istanza : Direzione Infermieristica	100%
57	DAI Medicina Interna	Qualità delle cure	Dal 1 agosto si sono introdotte due scale di valutazione per lo screening dello stato confusionale /cognitivo delle persone ricoverate  Responsabile: Dott.ssa Daniela De Matteis  Valutazione di I istanza : Direzione Infermieristica	100%
58	DAI Medicina Interna	Qualità delle cure	Questa nuova dotazione ha permesso di implementare l'uso di materassi ad aria nelle strutture del Dai e dimettere le persone con il materasso già in uso Per incrementare l'uso dei materassi senza accrescere i costi di ripristino verranno sanificati in Ospedale i sovramaterassi dei degenti che hanno avuto una degenza inferiore ai sette giorni, in assenza di patologie infettive e in assenza di evidenti tracce di residui biologici  Responsabile: Dott.ssa Daniela De Matteis  Valutazione di I istanza : Direzione Infermieristica	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
59	DAI Medicina Interna – DAI Chirurgie - Direzione Medica (Servizio di Dietetica) (Ufficio Qualità Accredитamento e Rischio Clinico); Direzione Sanitaria (ACCO)	Qualità delle cure	<p>ACCO continua a fare lo screening al 100% dei nuovi accolti nel DAI di Medicina Interna, Da Settembre 2017 si estende la medesima valutazione a tutti i degenti del DAI di Chirurgia generale e Ortopedia a cura del personale Infermieristico. Gli infermieri della chir gen e della clinica ortopedica, verranno formati entro fine ottobre sull' utilizzo/compilazione del modulo dello screening nutrizionale attualmente già usato nel DAI di Medicina (circa un' ora a fine turno) dal personale ACCO e dalla dottssa Di Pasquale Gli Infermieri della Medicina Clinica, formati dalle dietiste nel mese di ottobre , in via sperimentale evidenzieranno al Medico di reparto le persone con Screening positivo in modo da attivare la consulenza delle Dietiste in maniera tempestiva.. Briefing mensili con l' UFFICIO QUALITÀ ACCREDITAMENTO E RISCHIO CLINICO sullo stato dell'arte</p> <p>Responsabile: Dott.ssa Daniela De Matteis</p> <p>Valutazione di I istanza : Direzione Infermieristica</p>	0%
60	SC NEFROLOGIA E DIALISI – SEZIONE DIALISI	Processi di riorganizzazione	<p>Implementazione nell'utilizzo della cartella informatizzata per tutti gli utenti in trattamento emodialitico.</p> <p>Responsabile: dott.ssa Giulia Valle</p> <p>Valutatore di I istanza : direzione Infermieristica</p>	100%
61	SC PRONTO SOCCORSO	Qualità delle cure	<p>Obiettivo: Revisionare le cartelle infermieristiche e le schede utilizzate dal personale di supporto per incrementare la qualità e la completezza delle informazioni degli assistiti.</p> <p>Responsabili del progetto: Coordinatori Infermieristici</p> <p>Valutatore di I istanza: Direzione Infermieristica</p>	100%
62	SS Sistema 118	3.1.5. Urgenza emergenza	<p>Obiettivo: Implementazione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (D.M. 17dicembre 2008) Imputazione dell'arretrato risalente al mese di luglio 2017</p> <p>Responsabile attività: dott.ssa Barbara Brajnik Responsabile valutatore di I istanza: dott. Alberto Peratoner</p>	0%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
63	Complesso Operatorio _OC/ Breast Unit	E) Qualità delle cure	<p>Obiettivo: Garantire la presa in carico infermieristica delle donne nella fase perioperatoria, attraverso un percorso di accompagnamento all' intervento chirurgico senologico.</p> <p>Responsabili: Prof. U. Lucangelo Prof.ssa M. Bortul Dott.ssa V. Giurissevich AFD M. Cannarella</p> <p>Valutatore di la Istanza: SC Direzione Infermieristica</p>	0%
64	Day Surgery HM Sala Operatoria	Sviluppo percorsi assistenziali	<p>Si ritiene opportuno ottimizzare l'organizzazione mettendo a punto dettagliatamente la procedura organizzativa</p> <p>Responsabile: dr. Fulvio Stacul Valutatore di I istanza: Direttore Sanitario</p>	100%
65	Unità di Day Surgery – Cl.Oculistica – Sale Operatorie – Ospedale Maggiore	e) qualità delle cure	<p>Obiettivo: ottimizzare l'utilizzo delle sale operatorie dell'Ospedale Maggiore attraverso una gestione flessibile della disponibilità di sala.</p> <p>Responsabile del progetto: Coordinatore Infermieristico CO-OM.</p> <p>Valutatore di I istanza Direzione Infermieristica</p>	100%
66	SC (UCO)Anestesia e Rianimazione e Terapia Antalgica	Qualità delle cure	<p>Obiettivo:Promuovere l'apertura delle terapie intensive e dei servizi ambulatoriali (terapia antalgica e Acute Pain Service) ai care giver attraverso un percorso di sensibilizzazione e di cambiamento culturale sia per il personale che per i cittadini attraverso i seguenti interventi:- formazione del personale infermieristico e di supporto all'assistenza;- attivazione di gruppi di lavoro per la revisione della letteratura e per la creazione di una procedura interna, di un poster e delle brochure dedicati ai care giver e finalizzati ad educare le persone sui comportamenti attesi all'interno delle strutture in oggetto.Responsabile del Progetto:Coordinatore InfermieristicoValutatore di la Istanza:SC Direzione Infermieristica</p>	0%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
67	Dipartimento di Medicina Trasfusionale (DIMT)	Processi di riorganizzazione Qualità delle cure	<p>Obiettivo: Sostenere la raccolta di sangue intero e di plasma per mezzo della UMR contribuendo all'obiettivo regionale dell'autosufficienza del sangue intero e del plasma Garantire il trasporto delle unità raccolte al CUPRO a Palmanova nei tempi previsti per la lavorazione. Predisporre un piano con l'organizzazione del lavoro nel nuovo Centro presso l'Ospedale Maggiore.</p> <p>Responsabile: Direttore del DIMT. Per l'apporto individuale del comparto: Coordinatore infermieristico del Dipartimento di Medicina Trasfusionale Valutatore I istanza Direttore della SC Direzione infermieristica</p>	100%
68	Dipartimento di Medicina Trasfusionale (DIMT)	Processi di riorganizzazione Percorsi hub&spoke Qualità delle cure	<p>Obiettivi: Supporto al cambiamento organizzativo consistente nel trasferimento della sede di reperibilità del tecnico da Gorizia a Monfalcone.</p> <p>Organizzazione di una formazione specifica sulla crioconservazione delle cellule staminali.</p> <p>Partecipazione attiva dei tecnici nell'addestramento dei neoassunti.</p> <p>Responsabile: Direttore del DIMT. Per l'apporto individuale del comparto: Coordinatore tecnico del Dipartimento di Medicina Trasfusionale Valutatore I istanza Direttore della SC Direzione infermieristica</p>	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
69	SSCC Malattie Infettive – Clinica Dermatologica Degenza - Riabilitazione	Qualità delle cure	<p>Obiettivi:</p> <p>1) garantire l'assistenza intensiva e alle persone con stato confusionale acuto e agitazione psicomotoria conseguente a meningite; favorire outcomes positivi alla persona malata e alla sua famiglia, anche attraverso l'aiuto dei Volontari (Volontari Art. 13);</p> <p>2) garantire l'assistenza continua e il rispetto delle norme di isolamento alle persone ricoverate per infezioni trasmissibili per via aerea e al contempo affette da demenza e agitazione psicomotoria</p> <p>Obiettivo secondario: trasmettere i case report in sessione plenaria (Coordinatori, PO e Dirigenti), al fine di proporre modelli avanzati di assistenza</p> <p>Responsabile del progetto: dott.ssa Raffaella C. Rissolo</p> <p>Coordinatore delle attività: Coordinatore Infermieristico Alessandro Conzina Valutatore di I istanza: Direzione Infermieristica</p>	100%
70	SC Pneumologia	Contenimento dei tempi d'attesa	<p>Obiettivo: riduzione della lista d'attesa mediante chiamate telefoniche quotidiane e invito a presentarsi in reparto per il posizionamento del polisonnografo (2 persone/die per 5 giorni/7), contestualmente alla trasmissione delle indicazioni da seguire a domicilio per la corretta registrazione notturna.</p> <p>Responsabile: Coordinatore Infermieristico Annamaria Marsilli; Coordinatore delle Attività: TNF Mirco Bertossi. Valutatore di I istanza: Direzione Sanitaria</p>	100%
71	SC (UCO)Clinica Dermatologica	Qualità delle cure	<p>Obiettivi:</p> <p>1) contenere e mediare l'ansia e l'attesa dei bambini e dei loro genitori prima di un trattamento chirurgico con LASER, garantendo un clima relazionale finalizzato all'ascolto e all'informazione rassicurante;</p> <p>2) umanizzare le cure attraverso la creazione di spazi che consentano l'adozione di tecniche distrattive e di intrattenimento;</p> <p>3) valorizzare i professionisti attraverso l'aggiornamento e gli incontri mensili finalizzati alla pianificazione condivisa degli interventi assistenziali</p> <p>Responsabili: Coordinatore Infermieristico Raffaella Casalini RID Raffaella C. Rissolo</p> <p>Valutatore di I istanza: Direzione Infermieristica</p>	100%



N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
72	CLINICA ORTOPEDICA con coinvolgimento della degenza integrata con la Clinica Chirurgica del 14° piano	Qualità delle cure / contenimento tempi di attesa	Tutte le fratture che accedono in ricovero vengono preparate in urgenza per essere immediatamente sottoposte ad intervento chirurgico. ( la preparazione consta in esami urgenti, verifica e completamento degli esami strumentali e predisposizione/ preparazione di tutti i malati con diagnosi di frattura del femore over 65)  Responsabile: Direttore della SC Per l'apporto individuale RID del DAI  Valutatore di prima istanza: Direttore SC Direzione Infermieristica	100%
73	SC Medicina Riabilitativa	B: Percorsi di riabilitazione	Le persone operate di frattura di femore ricoverate presso la clinica ortopedica che non presentano controindicazioni vengono prese in carico dai fisioterapisti entro 48 dalla visita fisiatrica Responsabile: Referente di area riabilitativa ospedaliero Valutatore di prima istanza: Direzione SC	100%
74	SC Medicina Riabilitativa	Integrazione ospedale /territorio e sviluppo percorsi assistenziali	Obiettivo: Mantenimento del numero di "dimissioni protette", dei monitoraggi e degli attuali interventi favorenti la dimissione. Monitoraggio mediante questionari per predisporre al meglio la dimissione e l'autonomia della persona.  Responsabile: Referente ospedaliero di area riabilitativa  Valutatore di prima istanza: Direttore SC	100%
75	SC (Uco) Medicina Del Lavoro	A) Processi di riorganizzazione	Obiettivo: Riorganizzazione delle attività ambulatoriali, day-hospital e di Sorveglianza Sanitaria, lavoratori ASUITs e Università degli Studi di Trieste, presso la nuova sede al 1° piano di via Pietà 2/2 dell'Ospedale Maggiore, mantenendo i livelli qualitativi e quantitativi delle prestazioni.  Responsabile: RID Valutatore di prima istanza : Direttore di Struttura	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
76	SC (Uco) Anatomia e Istologia Patologica	Percorsi "hub & spoke"	<p>1. Mantenimento del regolare flusso lavorativo nel periodo di ristrutturazione e nella fase preparatoria, nel rispetto delle procedure previste e della sicurezza degli operatori.</p> <p>2. Riorganizzazione delle attività in conseguenza della logistica dei nuovi laboratori e dell'introduzione delle nuove attrezzature (stampigiatrici, istoprocessori, inclusori e cappe)</p> <p>Responsabile del Progetto:</p> <p>Responsabile Coord. Tec.. Dott.ssa Sandra Dudine Valutatore di I istanza Direttore di Struttura</p>	100%
77	Neurochirurgia – Servizio di Dietetica (Direzione Sanitaria)	Qualità delle cure	<p>Obiettivo: valutare il rischio nutrizionale, pianificare gli interventi nutrizionali e monitorare lo stato nutrizionale durante l'intera durata del ricovero, attraverso le diverse professionalità che interagiscono nella fase pre e post operatoria della persona sottoposta ad intervento di neurochirurgia</p> <p>Responsabile del progetto: Coordinatore Infermieristico: Lorena Lonzarich</p> <p>Durata: ottobre – dicembre 2017</p> <p>Valutatore I Istanza: Direzione Infermieristica</p>	100%
78	SC (Uco) Clinica Neurologica	Qualità delle cure	<p>Obiettivo: migliorare e innovare le cure del paziente in fase acuta post stroke, attraverso la produzione di evidenze sulla correlazione tra stato di idratazione e outcome del paziente</p> <p>Obiettivo secondario: contribuire allo sviluppo di linee guida specifiche</p> <p>Responsabili: Coordinatore Infermieristico Diego Stefi, Sig.ra Marina Gaio</p> <p>Valutatore di I istanza: Direzione Infermieristica</p>	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
79	SC Clinica Oculistica e Day Surgery	Processi di riorganizzazione	<p>Obiettivo: supportare i crescenti volumi di attività (in particolare interventi di cataratta e intravitreali), al fine di garantire il mantenimento degli standard assistenziali.</p> <p>Durata: 2017</p> <p>Responsabili del progetto: Prof. Daniele Tognetto (Dirigenza Medica); Coordinatore Infermieristico Kiss Elena (Comparto)</p> <p>Valutatore di I istanza: Direzione Infermieristica</p>	100%
80	MEDICINA DEI SERVIZI		<p>Obiettivo: 3.1.7; Elaborazione di protocolli operativi comuni per la progressiva integrazione del personale tecnico, delle risorse e dei processi organizzativi, con ampliamento dell'offerta della diagnostica a risposta rapida e il consolidamento della matrice organizzativa comune tra i laboratori hub/spoke di Cattinara e del Burlo (obiettivo strategico "g") accordo regionale RAR 25/5/2017)</p> <p>Responsabile: M. Canaletti</p> <p>Valutatore di I istanza Direttore Dipartimento</p>	100%
81	MEDICINA DEI SERVIZI		<p>Obiettivo: 3.1.7; Elaborazione di protocolli operativi comuni tra le due Strutture per lo sviluppo ed espansione delle attività delle due SSCC con la condivisione delle risorse e la realizzazione di nuovi percorsi diagnostici e di linee analitiche</p> <p>Responsabile: M. Canaletti</p> <p>Valutatore di I istanza Direttore Dipartimento</p>	100%
82	MEDICINA DEI SERVIZI		<p>Obiettivo: 3.1.7.-Realizzazione di una nuova area informatica DNLab per l'area vasta giuliano isontina, mediante la creazione di un nuovo contenitore informatico da collocare tra i sistemi gestionali di ASUITs e dell'AAS2, riscrivendo le nuove configurazioni in un nuovo DNLab dedicato all'area vasta. Responsabile: M. Canaletti</p> <p>Valutatore di I istanza Direttore Dipartimento</p>	100%
83	MEDICINA DEI SERVIZI		<p>Obiettivo: 3.4.8; Realizzazione di una nuova postazione PoCT spoke del Burlo per il P.S. e la Pediatria e piena integrazione della postazione del CAP Distretto 3 in conformità alle norme di riferimento e ai requisiti per la gestione del rischio clinico. Progressiva messa in sicurezza di tutte le altre postazioni PoCT spoke, con adeguamenti per la gestione del rischio come, l'identificazione dei pazienti, gestione/valutazione del CQ, autorizzazioni di utilizzo e introduzione dei codici personalizzati per l'accesso ai dispositivi</p> <p>Responsabile: M. Canaletti</p> <p>Valutatore di I istanza Direttore Dipartimento</p>	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
84	SC Microbiologia	Obiettivo g) "Percosi hub & spoke"	<p>Obiettivo: migliorare la gestione dei campioni microbiologici dal prelievo presso gli spoke alla consegna dei referti.</p> <p>Responsabile: M. Canaletti Valutatore di I istanza Direttore SC</p>	100%
85	UCO Igiene	Obiettivo g) "Percosi hub & spoke"	<p>Obiettivo: garantire la continuità operativa in caso di assenza programmata o imprevista, senza integrazione di risorse.</p> <p>Responsabile: M. Canaletti Valutatore di I istanza Direttore SC</p>	100%
86	SSCC Oncologia – Ematologia Clinica- Farmacia – Patologia Clinica – Anatomia e Istologia Patologica e SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile (attualmente CSO)	a) Processi di riorganizzazione	<p>Obiettivo :</p> <p>garantire il funzionamento dell'UFA e il graduale aumento dei volumi di attività attraverso:</p> <p>1) il completamento dei protocolli (Responsabile attività: Farmacista);</p> <p>2) l'implementazione del numero di infermieri e tecnici formati e addestrati (Responsabili di attività: Farmacia e Coordinatori);</p> <p>3) la flessibilità organizzativa del personale (Responsabili di attività: RID/RDT e Coordinatori);</p> <p>4) la pianificazione coordinata delle ferie degli infermieri e tecnici idonei alle attività dell'UFA (Responsabili di attività: Coordinatori);</p> <p>5) gli incontri settimanali di coordinamento tra i Coordinatori delle Strutture interessate, i Farmacisti e i Responsabili del progetto (responsabili di attività: RID/RDT)</p> <p>Responsabili del progetto:</p> <p>RID dott.ssa Rissolo Raffaella Cristina e RDT Canaletti Maurizio</p> <p>Responsabili delle attività:</p> <p>Coord Tecnico dott.ssa Sandra Dudine Coord. Inf. dott.ssa Sambo Lucia Inf. Monica Covaz Coord Inf. Castellani Lorena</p> <p>Coord. Coord Inf. Elena Calia dott. Riccardo Provasi</p> <p>Valutatore di I Istanza: Direzione Sanitaria</p>	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
87	SC Radioterapia e SC Radiologia Maggiore	Qualità delle cure	<p>Mettere in atto la tecnica VMAT Migliore pianificazione e gestione delle risorse onde evitare l'estemporaneità nella programmazione dei trattamenti e garantire che gli stessi vengano effettuati in tempi congrui. Eseguire gli esami di RM nei tempi e nei modi prestabiliti che per consentire un diretto confronto tra i medici delle due S.C. per l'individuazione del volume bersaglio durante la fase del contouring presso la postazione dedicata nel Reparto di Radioterapia.</p> <p>Responsabile Dott. Beorchia Valutatore di I istanza Direttore Dipartimento</p>	100%
88	Radiologia O.M.	Integrazione ospedale/territorio e sviluppo percorsi assistenziali	<p>A. Percorsi diagnostici dedicati a pazienti con elevato sospetto clinico di neoplasia o secondarismi B. Avvio dell'attività (Rx/eco/TC/RM) a favore della Casa Circondariale a far tempo dall'agosto 2017</p> <p>Responsabile: Direttore SC valutatore di I istanza: Direttore Dipartimento</p>	100%
89	Radiologia O.M.	Sviluppo percorsi assistenziali	<p>Si ritiene opportuno ottimizzare l'organizzazione mettendo a punto dettagliatamente la procedura organizzativa</p> <p>Responsabile: Direttore SC valutatore di I istanza: Direttore Dipartimento</p>	100%
90	UCO di Radiologia – Osp Cattinara	Tempi d'attesa Mantenimento/incremento dell'assistenza radiologica a garanzia dell'attività chirurgica ordinaria delle sale operatorie dell'Ospedale di Cattinara.	<p>Garantire, in base alla programmazione chirurgica condivisa tra le strutture coinvolte, la presenza della 4° unità tecnica per gli interventi nella fascia oraria della mattina per le giornate previste e una unità nella fascia oraria 14.30 – 17.30 al fine di mantenere le attività chirurgica di elezione e le attività radiologiche istituzionali.</p> <p>Responsabile del progetto: Coordinatore Tecnico: Tiziana Ban, Walter Medvescek</p> <p>Soggetto valutatore di I istanza: Direzione SC</p>	100%
91	UCO di Radiologia – Osp Cattinara	Tempi d'attesa Mantenimento del volume di attività in Risonanza Magnetica	<p>Garantire lo stesso volume di attività svolto nel pari periodo 2016/17</p> <p>Responsabile del progetto: Coordinatore Tecnico: Tiziana Ban &amp; Walter Medvescek Soggetto valutatore di I istanza: Direzione Sanitaria</p>	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
92	SC Affari Giuridici e delle Attività di Supporto Direzionale	Processi di riorganizzazione a)	<p>Obiettivo: Analisi del Protocollo d'Intesa ed elaborazione di una scheda sinottica per la rilevazione dello stato dell'arte dell'attuazione dei contenuti del Protocollo stesso.</p> <p>Implementazione della scheda sinottica, anche con la collaborazione delle strutture aziendali competenti per ciascun adempimento.</p> <p>Raccolta ed archiviazione della documentazione di supporto.</p> <p>Responsabile: dott.ssa Daniela Zaro Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo</p>	100%
93	SC Affari Giuridici e delle Attività di Supporto Direzionale	Processi di riorganizzazione a)	<p>Obiettivo: è necessaria una modalità di rilievo per la verifica di rispondenza della procedura per la corretta gestione dei rifiuti da cantiere.</p> <p>Responsabile attività: dott. Francesca Dragani</p> <p>Responsabile valutatore di prima istanza: direttore della SC di afferenza della "gestione ambientale".</p>	100%
94	SC Affari Giuridici e delle Attività di Supporto Direzionale	Processi di riorganizzazione a)	<p>Obiettivo: raccolta, selezione ed analisi della normativa in tema di potestà disciplinare delle amministrazioni pubbliche, con particolare attenzione al recente D.lgs. n. 75 dd. 25.05.2017 al fine di consentire l'aggiornamento del vademecum aziendale per l'esercizio della potestà disciplinare.</p> <p>Obiettivo correlato a quello dirigenziale SCAGeASD.</p> <p>Responsabile: dott.ssa Daniela Zaro</p> <p>Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo</p>	100%
95	SS Programmazione Strategica	Processi di riorganizzazione	<p>Obiettivo: introdurre un sistema di monitoraggio dinamico di indicatori sanitari nelle forme associative dei MMG</p> <p>Responsabile: Marco Braidà Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo</p>	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
96	Programmazione & Controllo, Affari Generali e Legali, Contabilità economico patrimoniale	a) Processi di riorganizzazione h) Integrazione ospedale/territorio e sviluppo percorsi assistenziali	<p>Obiettivo:</p> <p>1) concludere la rendicontazione del progetto SoStegno donna con WeWord (Milano)</p> <p>2) coordinare le attività amministrativo/contabili delle Unità Operative coinvolte nei Progetti di Ricerca Finalizzata del Ministero della Salute nonché concludere la rendicontazione di dei progetti a scadenza nel 2017</p> <p>3) coordinare l'avvio delle attività previste dai nuovi progetti 2017 approvati dal MS (Bando Giovani ricercatori 2016), dal Primo Bando PR-FESR e dall'AIFA</p> <p>Responsabile: Direttore S.C. Programmazione e Controllo Direttore S.C. Affari Generali e Legali Direttore S.C. Contabilità Economico/Patrimoniale</p> <p>Valutatore di prima istanza: Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario</p>	100%
97	Programmazione & Controllo	a) Processi di riorganizzazione (favorire le aree e i settori critici coinvolti nei processi di riorganizzazione coerenti con le tematiche della programmazione regionale e dell'applicazione dell'Atto Aziendale)	<p>Obiettivo: riorganizzare le attività pre-autorizzative alla conduzione degli studi clinici (e del loro monitoraggio) funzionali all'ottenimento dell'autorizzazione (o parere) del CEUR</p> <p>Responsabile: Dr. Sandro Centonze (SC P&amp;C)</p> <p>Valutatore di I Istanza: Direttore Sanitario</p>	100%
98	Programmazione & Controllo, SC Controllo di Gestione	Processo di riorganizzazione: Integrazione delle funzioni territoriali e ospedaliere	<p>Analisi delle procedure esistenti per la predisposizione e l'invio dei report di attività e ipotesi di utilizzo di procedure alternative alle esistenti</p> <p>Responsabili progettuali: dott. Centonze e dott.ssa Rozzini</p> <p>Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo</p>	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
99	SSD Aggiornamento e Formazione	Processo di riorganizzazione (obiettivi declinati nell'accordo del 4/4/2016: favorire le aree e i settori critici coinvolti nei processi di riorganizzazione coerenti con le tematiche della programmazione regionale e dell'applicazione dell'Atto Aziendale. Inoltre per il 2017: armonizzare gli istituti contrattuali, migliorare i servizi a fronte dell'elevato turn over)	Riorganizzare la rete dei referenti della formazione nell'ottica del nuovo assetto organizzativo aziendaleAzioni:1) Effettuazione degli studio e susseguente reportistica inerente la formazione pregressa delle due aziende2) Effettuazione dell'indagine di Customer Satisfaction rivolta ai referenti/coordinatori degli eventi e Responsabili Scientifici degli eventi ECM 3) Elaborazione dei dati4) Riattivazione della rete dei referenti della formazione5) Progettazione dei percorsi formativi per lo sviluppo delle competenze dei referenti della formazione in un'ottica di miglioramento continuoResponsabile Dott.ssa Antonella BolognaValutatore di I istanza: Direttore Amministrativo	100%
100	URP (ex AAS1)	Processi di riorganizzazione	Analisi delle richieste dei cittadini attraverso il numero verde, e tutti gli sportelli Front-office- compresi i servizi territoriali- centralino. Pubblicazione sui siti aziendali dei percorsi richiesti dal cittadino- miglioramento della comunicazione interna- e precisa comunicazione esterna per favorire l'accesso e appropriatezza  Responsabile: dott.ssa Sara Sanson Valutatore di prima istanza: Direttore Sanitario	100%
101	URP (ex AOUTS)	Processi di riorganizzazione	Attività progettuale finalizzata alla creazione, nell'ambito dei complessi ed articolati interventi di riqualificazione/ristrutturazione dell'Ospedale di Cattinara ( prossima apertura cantieri ), di una rete informativa e di comunicazione tra le Strutture e gli Uffici allo scopo di agevolare l'accesso e la fruizione dei servizi ospedalieri da parte dell'utenza  Responsabile:dott.ssa Loredana Braico  Valutatore di prima istanza: Direttore Sanitario	100%



N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
102	Gestione dell'Offerta Ambulatoriale	Contenimento dei Tempi di attesa	<p>Riorganizzazione dei servizi dedicati al monitoraggio dell'offerta della specialistica ambulatoriale al fine di permettere un governo dell'offerta centralizzato che garantisca l'offerta delle prestazioni nei tempi di attesa previsti dalla normativa vigente ed un'offerta equilibrata su tutta la provincia di Trieste.</p> <p>Analizzare i servizi, le prestazioni offerte e le modalità organizzative presenti sul territorio triestino rilevando le criticità anche sulle modalità di prenotazione di alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale.</p> <p>Consentire la prenotazione delle prestazioni di controllo su agende dedicate così da garantire la prestazione di controllo nei tempi previsti dallo specialista ed evitare che i posti stimati e dedicati alle agende di prenotazione per le prime visite siano utilizzati impropriamente per visite specialistiche di controllo.</p> <p>Responsabile Dott.ssa C. Zappetti Valutatore di I istanza Direttore DAT</p>	100%
103	Direzione infermieristica	R-C	<p>1) Rimodulare la dotazione di personale di assistenza in rapporto ai traslochi e agli accorpamenti attraverso i seguenti interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) realizzare la mobilità interna (volontaria o su proposta) del personale di assistenza;</li> <li>b) sostenere la programmazione degli accorpamenti delle strutture e dei servizi attraverso un'analisi della complessità assistenziale e la redistribuzione del personale di assistenza, fornendo dati e proposte.</li> <li>c) governare l'acquisizione del personale in relazione al sensibile esodo degli infermieri e OSS per mobilità extraregionale e riassegnare gli operatori tenendo conto delle expertise curriculari, delle attitudini e del percorso di formazione del neoinserto;</li> <li>c) avviare e sostenere la selezione di circa 400 infermieri a tempo determinato per assicurare la copertura del turnover e la sostenibilità delle progettualità aziendali;</li> <li>d) proporre l'avvio di una selezione di OSS per l'assunzione a tempo determinato e assicurare la copertura del turnover.</li> <li>e) accoglienza e formazione dei neoassunti</li> </ul> <p>2) Coordinare la Ditta in appalto per la gestione dei trasporti intraospedalieri in relazione ai traslochi, agli accorpamenti e eventi straordinari.</p> <p>3) Verificare, monitorare, registrare le prestazioni aggiuntive aziendali per il mantenimento dei livelli assistenziali e di attività nel periodo estivo</p> <p>Responsabile: Direttore Infermieristico Valutatore di I istanza: Direttore Sanitario</p>	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
104	Direzione infermieristica	R-C	Fornire - per il corretto trattamento dei casi di lesioni da pressione- attività di valutazione, consulenza e impostazione del PAI in collaborazione con il personale dei servizi realizzando così la formazione sul campo per l'utilizzo corretto (e non spreco) delle medicazioni avanzate. Responsabile: Direttore Infermieristico Valutatore di I Istanza: Direttore Sanitario	100%
105	SSD Servizio Riabilitativo Aziendale	d) Percorsi di riabilitazione	Obiettivo: valutazione di tutti i pazienti, residenti nella provincia di Trieste, ricoverati presso la Casa di Cura Pineta del Carso in esiti di intervento chirurgico di protesica di elezione effettuato presso strutture fuori provincia.  Responsabile: Referente Riabilitazione Aziendale Valutatore di I Istanza: Direttore Sanitario	100%
106	SSD Servizio Riabilitativo Aziendale	c) Interventi socio-sanitari	Obiettivo: visto il nuovo assetto organizzativo di ASUITs e l'attuazione delle UTI predisporre un nuovo regolamento, condiviso tra tutti gli attori socio-sanitari, dell'Equipe Multidisciplinare dell'Handicap ( EMH) Responsabile: Referente Riabilitazione Aziendale Valutatore di I Istanza: Direttore Sanitario	100%
107	Assistenza Farmaceutica	h) integrazione ospedale/territorio e sviluppo percorsi assistenziali	Assolvere al potenziamento della distribuzione diretta di farmaci che vede coinvolta sempre un numero maggiori di molecole erogabili per legge in esclusiva soltanto attraverso questo sistema di erogazione. Responsabile: Direttore SC Valutatore di I Istanza: Direttore Sanitario	100%
108	SC Assistenza Farmaceutica	a) Processi di riorganizzazione (favorire le aree e i settori critici coinvolti nei processi di riorganizzazione coerenti con le tematiche della programmazione regionale e dell'applicazione dell'Atto Aziendale)	Obiettivo:  Predisposizione della procedura relativa all'addebito alle Farmacie dei costi farmaci DPC non più utilizzabili  Inoltro delle comunicazioni di addebito alle Farmacie  Responsabile: Direttore SC Valutatore di I Istanza: Direttore Sanitario	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
109	SC Prevenzione e Protezione Aziendale	Integrazione ospedale/territorio	<p>Linea A: aggiornamento/armonizzazione/integrazione procedure operative di sicurezza (POS)</p> <p>Linea B: sopralluoghi gruppi sedi territoriali</p> <p>Linea C: sperimentazione dei facility tour sedi territoriali sulla base dello schema impostato nel 2016</p> <p>Linea D: redazione circolare esplicativa; predisposizione corso di formazione per i soggetti accertatori; verifica della situazione in essere e aggiornamento degli elenchi dei soggetti accertatori; verifica e aggiornamento della segnaletica specifica; predisposizione dei punti blu.</p> <p>Linea E: creazione di un elenco aggiornato dei reagenti chimici utilizzati in ASUItS in conformità con il regolamento CLP</p> <p>Responsabile attività: Direttore SC SPPA Valutatore di prima istanza: Direzione Sanitaria</p>	100%
110	SS Verifiche Strutture Pubbliche e Private	A) riorganizzazione servizio ai fini applicazione DGR 1321/14 per controllo prestazioni sanitarie	<p>Obiettivo: rispetto procedura e tempistica DGR 1321/14 per controllo erogato semestrale Strutture private accreditate (entro 30 aprile ed entro ottobre).</p> <p>Percorsi per recupero ticket non corrisposti da pazienti per errori prescrittori</p> <p>Responsabile: Dr.Maddalena Grella</p> <p>Valutatore di I istanza: Direttore DAT</p>	100%
111	UFF. SERVIZIO CIVILE e RAPPORTI CON IL III SETTORE: Sari Massiotta DIREZIONE DEI SERVIZI SOCIOSANITARI: Fabiola Caputo	c) Interventi sociosanitari	<p>- Rilevazione/mappatura dei soggetti e delle tipologie di rapporti in essere (E165 ovvero derivanti da "prassi" non formalizzate) da parte delle strutture territoriali ed ospedaliere con i soggetti del c.d. "terzo settore" (art. 14, c. 2, L.R. 6/2006 e D.Lgs. 03.07.2017, n. 117, "Codice del Terzo settore");</p> <p>- valutazione delle eventuali necessità di regolamentazione e/o formalizzazione;</p> <p>- progressiva armonizzazione di modalità e procedure di rapporto e raccordo con i soggetti del terzo settore, che ricomprendano fabbisogni e peculiarità delle due ex aziende</p> <p>Responsabile e valutatore di I istanza: Paoletti Flavio</p>	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
112	DIREZIONE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI: Ferluga Donatella (20 ore) SSD Aggiornamento e Formazione: Glavina Sandro (15 ore); Guanin Paolo(15 ore); Minasi Francesco (15 ore)	c) Interventi socio-sanitari	<p>1. Gestione amministrativa</p> <p>a) Individuazione degli aventi diritto</p> <p>b) Creazione di una lista di nominativi che poi verranno distribuiti nelle varie sessioni informative.</p> <p>c) Verifica delle scadenze degli accessi</p> <p>d) Suddivisione dei nominativi tra i corsi FAD e quelli in aula</p> <p>e) trasmissione alle strutture coinvolte dei nominativi e relative schede</p> <p>f) archiviazione degli attestati nei fascicoli</p> <p>2. Gestione del percorso-evento</p> <p>a) Inserire la progettazione del percorso-evento residenziale non ecm in GFOR;</p> <p>b) Validare il progetto;</p> <p>c) Aggiornare il progetto con l'inserimento delle edizioni;</p> <p>d) Predisporre i documenti di registrazione: registro docente, registro partecipante, schede di iscrizione;</p> <p>e) Predisporre i documenti per la valutazione del gradimento da parte dei partecipanti;</p> <p>f) Predisporre i documenti informativi per i partecipanti;</p> <p>g) Predisporre gli attestati di partecipazione</p> <p>h) Riprodurre ed assemblare il kit dei partecipanti comprendente anche la prova di verifica</p> <p>Responsabile e valutatore di I istanza: Paoletti Flavio</p>	100%
113	Distretto 4 Micoree	c) Interventi socio-sanitari	<p>a) Individuazione delle scuole interessate</p> <p>b) Creazione di una lista nominale interessata ad aderire al progetto</p> <p>c) preparazione del pacchetto formativo da presentare alle scuole</p> <p>d) lezioni frontali in aula o in azienda</p> <p>e) accompagnamento dei studenti nelle strutture che sono in prima linea nella materia di riferimento (GOAP, Stella Polare, Questura di Trieste ecc.)</p> <p>Responsabile e valutatore di I istanza: Paoletti Flavio</p>	100%
114	GEVAP	c) Interventi socio-sanitari	<p>Erogazione dell'incentivo e dei rimborsi</p> <p>Responsabile e valutatore di I istanza: Paoletti Flavio</p>	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
115	DSM	c) Interventi sociosanitari	<p>Gestione della fase operativa mediante:  Individuazione soggetti disabili in carico a DDD/DSM per cui effettuare il percorso di inserimento lavorativo,  Individuazione enti ospitanti in cui inserire i tirocinanti in raccordo con il collocamento mirato,  Compilazione moduli di segnalazione e disponibilità in raccordo con il collocamento mirato,  Compilazione dei progetti formativi in raccordo con la Direzione Sociosanitaria,  Monitoraggio continuo dei tirocinanti.</p> <p>Responsabile e valutatore di I istanza: Paoletti Flavio</p>	100%
116	SC Affari Generali e Legali	H) integrazione ospedale/territorio	<p>In considerazione dell' istituzione dell' Asuits e della prossima unificazione degli uffici che trattano il recupero crediti dell' ex Aou e ex Ass 1, si è voluto sperimentare un percorso con procedure unificate per questa particolare e nuova tipologia di recupero.  Questa attività è stata prevista dal decreto del MEF ( Decreto 11 dicembre 2009 – verifica esenzioni in base al reddito dalla compartecipazione alla spesa sanitaria tramite supporto del Sistema tessera sanitaria ) a non era ancora operativa nella nuova azienda</p> <p>Responsabile del progetto :  Direttore Scagl  Valutatore di I istanza:  Direttore Amministrativo</p>	100%
117	S.C. AFFARI GENERALI	R-A	<p>OBIETTIVO: In attuazione delle disposizioni di cui alla L. n. 191/2009 e s.m.e.i., entro il 31 ottobre 2017 (salvo proroghe), verranno inseriti sul Portale Tesoro <a href="https://portaletesoro.mef.gov.it">https://portaletesoro.mef.gov.it</a> tutti i dati relativi ai beni immobili di proprietà dell'A.S.U.I.Ts, con indicazione di quelli strumentali e di quelli in godimento a terzi con riferimento all'anno 2016, a seguito della preventiva ricerca della documentazione agli atti della S.C. Affari Generali ovvero agli atti di altre Strutture dell'ex A.O.U.Ts, contenenti i dati medesimi.</p> <p>RESPONSABILE ATTIVITA': S.C. AFFARI GENERALI.  Valutatore di I istanza:  Direttore Amministrativo</p>	100%
118	S.C. AFFARI GENERALI	R-A	<p>Obiettivo: approfondimento dello studio della normativa d'interesse e predisposizione dello schema tipo convenzionale per i rapporti con il mondo dell'Associazionismo no profit (Associazioni di volontariato e di promozione sociale, Associazioni civili, ecc.) con evidenza dei documenti/dichiarazioni necessari ai fini della stipula.</p> <p>Responsabile:  Direttore della SC Affari Generali  Valutatore di prima istanza  Direttore Amministrativo</p>	100%

<b>N.</b>	<b>STRUTTURA</b>	<b>Obiettivo Strategico regionale</b>	<b>Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)</b>	<b>% ragg. obiettivo</b>
119	S.C. Gestione e Valorizzazione del Personale - SS Acquisizione del Personale		Obiettivo: Realizzazione di un nuovo assetto degli incarichi, in base all'organigramma di cui alla proposta di Atto Aziendale dell'A.S.U.I.  Responsabile: Direttore SC Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo	100%
120	S.C. Gestione e valorizzazione del personale		Obiettivo: uniformare i procedimenti inerenti la materia della medicina convenzionata in conformità all'organizzazione della SC gestione e valorizzazione del personale.  Responsabile: dott. ssa Cristina Turco Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo	100%
121	Ufficio del Personale TEAM OPERATIVO DI PROGETTO	Progressioni Economiche Orizzontali 2017	Obiettivo: applicazione degli accordi relativi alle progressioni economiche orizzontali per il 2017 per ex AAS1 ed ex AOUTs;  Costituzione del gruppo di lavoro; elaborazione delle schede dei punteggi delle carriere per gli aventi diritto; elaborazione del file valutazioni; formulazione della graduatoria provvisoria e definitiva; produzione dei due decreti finali.  Responsabile: dott. ssa Cristina Turco Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo	100%
122	SS.Trattamento Giuridico	Progressioni Economiche Orizzontali 2017	Supporto al Team di progetto, mediante controlli sui servizi pregressi; e supporto ai responsabili di progetto nel controllo dei punteggi e nell'inserimento nei file;  Responsabile: dott. ssa Cristina Turco Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo	100%
123	Gestioni Trattamento Economico e Contributi	Progressioni Economiche Orizzontali 2017	Obiettivo: attività di supporto/consulenza ed erogazione fasce retributive al personale avente diritto in base alle graduatorie ed alle risorse disponibili e conseguenti adempimenti contributivi e fiscali  Responsabile: dott. ssa Cristina Turco Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo	100%
124	SC GEVAP - SS Relazioni Sindacali	Processi di riorganizzazione	Obiettivo: definizione dell'impianto di finalizzazione delle risorse del fondo di produttività dell'ASUI TS 2017. Responsabile: dott. ssa Cristina Turco Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
125	Contabilità Economico Patrimoniale e Finanza e Controllo	<b>Processo di riorganizzazione: Integrazione delle funzioni territoriali e ospedaliere</b>	Attuazione delle procedure uniformi, trasferimento delle unità di personale per le funzioni trasferite ad altre Strutture, redistribuzione e ripartizione dei carichi di lavoro  Responsabili progettuali: dott.ssa Contento e dott.ssa Rozzini Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo	100%
126	SC Gestione Stabilimenti	Processo di riorganizzazione	Redazione di un documento di ricognizione relativo alle principali strutture e impianti dei presidi ospedalieri Responsabile attività: ing. Elena Clio Pavan Valutatore di prima istanza: Direttore Amministrativo	100%
127	SC Gestione Stabilimenti	Processo di riorganizzazione	Redazione di un documento di ricognizione relativo alle principali strutture e impianti degli immobili (esclusi presidi ospedalieri) in manutenzione  Responsabile attività: ing. Elena Clio Pavan Valutatore di prima istanza: Direttore Amministrativo	100%
128	SC Gestione Stabilimenti	Processo di riorganizzazione	Redazione delle bozze e poi della versione definitiva delle JD in relazione alla redistribuzione delle attività tra i diversi collaboratori indicati Responsabile attività: ing. Elena Clio Pavan Valutatore di prima istanza: Direttore Amministrativo	100%
129	SC Gestione Stabilimenti	Processo di riorganizzazione	Redazione delle JD in relazione alla redistribuzione delle attività tra diversi uffici  Responsabile attività: ing. Elena Clio Pavan Valutatore di prima istanza: Direttore Amministrativo	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
130	SC Logistica e Servizi Economali	R-A	<p>Obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Logistica di Magazzino: attuazione di attività logistiche e operative propedeutiche complementari alla futura unificazione dei magazzini (da coordinare con l'inserimento dell'Area Triestina nel Magazzino Centralizzato EGAS)</li> <li>- nuovi assetti logistici e ricollocazioni nei presidi aziendali: la pianificazione 2017 prevede l'avvio del cantiere presso l'Ospedale di Cattinara e pertanto 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 economali e di magazzino</li> <li>- Ulteriore adeguamento di funzioni e processi nella Funzione Logistica e Servizi Economali in relazione alla costituzione della ASUI</li> <li>- Definizione comune di standard e procedure operative per l'intera Struttura</li> <li>- Aggiornamento parco macchine in uso alla ASUITS: nell'ambito delle risorse assegnate nel piano investimenti aziendale risulta necessario svolgere attività di ricognizione dei mezzi presenti e di programmazione degli acquisti da attivare. Al momento dell'attivazione dell'acquisto, risulta altresì necessario formulare una proposta di assegnazione. Tale proposta operativa va sottoposta alla Direzione Strategica ai fini della sua validazione.</li> </ul> <p>Responsabile progetto Direttore SC Logistica e servizi economali Valutatore di prima istanza Direttore Amministrativo</p>	100%
131	SC Informatica e Telecomunicazioni	a) Processi di riorganizzazione	<p>Tutte le richieste di manutenzione sono raccolte ed erogate in modo uniforme da qualunque utente provengano. Studio documentazione tecnica convenzione e confronto con i bisogni ASUITS. Analisi dell'assessment e tuning. Confronto con gli aggiudicatari, percorso di definizione tecnico-amministrativa previsto fino al contratto. Avvio nuova infrastruttura comune, help desk interno, ridefinizione code e flussi di distribuzione, redazione protocolli operativi e knowledge base.</p> <p>Responsabile attività: Direttore SC IT Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo</p>	100%



N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
132	SC Informatica e Telecomunicazioni	Odontostomatologia sociale	<p>In considerazione dell' istituzione dell' Asuits e della prossima unificazione degli uffici che trattano il recupero crediti dell' ex Aou e ex Ass 1, si è voluto sperimentare un percorso con procedure unificate per questa particolare e nuova tipologia di recupero.</p> <p>Questa attività è stata prevista dal decreto del MEF ( Decreto 11 dicembre 2009 – verifica esenzioni in base al reddito dalla compartecipazione alla spesa sanitaria tramite supporto del Sistema tessera sanitaria ) a non era ancora operativa nella nuova azienda</p> <p>Responsabile del progetto : Direttore SC Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo</p>	100%
133	SC Ingegneria Clinica	Processi di riorganizzazione	<p>Partendo dalle gare effettuate da ASUITS e da EGAS è necessario ottenere l'inventario di tutte le attrezzature presenti in Azienda sotto forma di noleggio, comodato d'uso o service.</p> <p>Sulla base dello stesso verrà creato un database contenete le informazioni relative alla durata dei contratti, ai termini di inizio e fine attività, costi...</p> <p>Verrà, inoltre, definita una procedura per il recupero da parte dei reparti interessati dei dati relativi alle manutenzioni e verifiche effettuate dalle ditte fornitrici</p> <p>Responsabile : ing. Mauro Tommasini Valutatore I istanza : Direttore Amministrativo</p>	100%
a	SO Distretto 1	RAR piano vaccinale 2017 DISTRETTI	<p>A) Predisporre la riorganizzazione delle attività amministrative vaccinali per garantire l'applicazione della ex L. 119 d.d. 31/07/17 e delle successive circolari.</p> <p>B) Incrementare le sedute vaccinali rivolte ai bambini 0-6 anni come previsto dal nuovo calendario vaccinale della Regione FVG e dalla normativa</p> <p>Responsabile attività: coordinatori SCTSBAFDF Valutatori prima istanza: Dirigente infermieristica</p>	100%
b	SO Distretto 2	RAR piano vaccinale 2017 DISTRETTI	<p>A) Predisporre la riorganizzazione delle attività amministrative vaccinali per garantire l'applicazione della ex L. 119 d.d. 31/07/17 e delle successive circolari.</p> <p>B) Incrementare le sedute vaccinali rivolte ai bambini 0-6 anni come previsto dal nuovo calendario vaccinale della Regione FVG e dalla normativa</p> <p>Responsabile attività: coordinatori SCTSBAFDF Valutatori prima istanza: Dirigente infermieristica</p>	100%

N.	STRUTTURA	Obiettivo Strategico regionale	Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza)	% ragg. obiettivo
c	SO Distretto 3	RAR piano vaccinale 2017 DISTRETTI	A) Predisporre la riorganizzazione delle attività amministrative vaccinali per garantire l'applicazione della ex L. 119 d.d. 31/07/17 e delle successive circolari. B) Incrementare le sedute vaccinali rivolte ai bambini 0-6 anni come previsto dal nuovo calendario vaccinale della Regione FVG e dalla normativa	100%
d	SO Distretto 4 - SID	RAR piano vaccinale 2017 DISTRETTI	A) Predisporre la riorganizzazione delle attività amministrative vaccinali per garantire l'applicazione della ex L. 119 d.d. 31/07/17 e delle successive circolari. B) Incrementare le sedute vaccinali rivolte ai bambini 0-6 anni come previsto dal nuovo calendario vaccinale della Regione FVG e dalla normativa	100%
e	SO Dipartimento di Prevenzione	RAR piano vaccinale 2017 DISTRETTI	<p>Descrizione Recupero prima dose o successive vaccinazioni obbligatorie non effettuate relative a bambini e adolescenti nati nel periodo 2001-2011 (stima 1600 nati/coorte) pari all' 75% di 2640 appuntamenti riservati sulla base della stima del 15% di insolvenza degli appartenenti a 11 coorti di nascita.</p> <p>Responsabile attività Daniela Bais</p> <p>Referente di Struttura Valentino Patussi</p>	85%

## 6 La performance individuale

La valutazione delle performance individuali chiude sostanzialmente il ciclo delle performance. Tale valutazione avviene secondo regolamenti e modalità, ancora differenziati per l'anno 2017, per l'area ex Ospedaliera e per l'area ex Territoriale e diversificata per le aree del Comparto e della Dirigenza, definito nell'ambito della contrattazione integrativa aziendale dei due precedenti enti.

### **per il personale ex AAS 1**

Area della Dirigenza - Regolamento approvato con Delibera DG n. 775 del 23/11/2009;

Area del Comparto - Regolamento approvato con Decreto CS n° 217 del 29/05/2015

### **per il personale ex AOUTs**

Area della Dirigenza Medica e Sanitaria non medica - Regolamento approvato con Delibera DG n. 118 del 05/05/2014

Area della Dirigenza Professionale-tecnica-Amministrativa - Regolamento approvato con Delibera DG n. 257 del 23/09/2014

Area del Comparto - Regolamento approvato con Deliberazione DG n. 629 dd 26/10/2006, aggiornato per quanto attiene le sole graduazioni (da 5 a 4 livelli) e per i "punteggi soglia" per una valutazione positiva, in conseguenza del contratto collettivo integrativo aziendale tra l'AOUTs, la RSU e le OOSS del Comparto del 28/04/2016.

Nella prassi prevista dalle due aziende la differenziazione fondamentale è stata la possibilità per il valutato, in caso di valutazione negativa o che si discostasse per più del 25% dalla valutazione del valutatore, di ricorrere in prima battuta, solamente per il personale dell'area ex Ospedaliera, alla Commissione di I istanza, allo scopo di effettuare un tentativo di conciliazione, ed in seconda battuta all'OIV. Per l'area ex Territoriale è previsto il solo ricorso all'OIV.

La valutazione è avvenuta 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

valutazione viene di norma effettuata dal superiore gerarchico che ha diretta conoscenza dell'operato del valutato.

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.

## **6.1 Sintesi dei risultati per l'area del Comparto (area ex AOUTs)**

Si riportano di seguito i risultati medi rilevati, **per l'area del Comparto**, a conclusione del processo di valutazione 2017, nelle diverse aree ed articolazioni organizzative aziendali. I risultati, per omogeneità, vengono esposti in termini di punteggio medio percentuale riportato dai dipendenti, normalizzato rispetto alla rispettiva scala di valutazione della categoria e della posizione di appartenenza.

Le scale, e gli item di valutazione sono infatti in base:

- alla categoria (da A a C, D, Ds)
- alla posizione (presenza o meno di funzioni di coordinamento)

A seguito di quanto definito del Contratto Integrativo Aziendale dd. 28/4/2016, relativo ai criteri per la progressione economica orizzontale, il range del punteggio attribuibile per ciascun item della scheda di valutazione risulta definito da 1 a 4 (precedentemente da 1 a 5).

Il punteggio percentuale è quindi dato dal rapporto:

$$\frac{100 * [(Punteggio assegnato) - (Punteggio minimo)]}{[(Punteggio massimo) - (Punteggio minimo)]}$$

Si riportano di seguito alcune tabelle riportanti l'analisi dei dati rilevati per l'anno 2017:

<b>Risultati delle valutazioni 2017 per area di afferenza</b>			
<b>Strutture dell'Area</b>	<b>Dipendenti Valutati</b>	<b>Punteggio Medio %</b>	<b>Dev. Standard</b>
Sanitaria	2382	79,76	21,23
Tecnico Amministrativa	337	76,27	20,59
Totale complessivo	2719	79,33	21,18

Anche se non risulta semplice il confronto con gli anni precedenti, essendo il 2017 il primo anno completo di unificazione delle due Aziende ed essendo parte del personale transitato tra strutture con differenti provenienze, si rileva un aumento della media generale delle valutazioni che è passata dal 71,40 al 79,30, mentre rimane sostanzialmente invariata la deviazione standard.

<b>Area Tecnica Risultati delle valutazioni 2017 per ruolo</b>			
<b>Ruolo</b>	<b>Dipendenti Valutati</b>	<b>Punteggio Medio %</b>	<b>Dev. Standard</b>
Amministrativi	109	81,35	22,22
Assistenti sanitari	2	89,06	15,47
Infermieri	14	76,56	18,48
Infermieri generici	8	67,71	20,98

<b>Area Tecnica Risultati delle valutazioni 2017 per ruolo</b>			
<b>Ruolo</b>	<b>Dipendenti Valutati</b>	<b>Punteggio Medio %</b>	<b>Dev. Standard</b>
OTA/OSS	17	57,35	20,01
Tecnici non Sanitari	187	75,23	18,68
<b>Totale complessivo</b>	<b>337</b>	<b>76,27</b>	<b>20,59</b>

Si evidenzia, rispetto l'anno precedente, una leggera flessione della media dei punteggi attribuiti, per l'area tecnica (80,46 rilevato nel 2016).

<b>Area Tecnica Risultati delle valutazioni 2017 per struttura di afferenza</b>			
<b>Struttura</b>	<b>Dipendenti Valutati</b>	<b>Punteggio Medio %</b>	<b>Dev. Standard</b>
Affari Generali e Legali	17	85,11	15,89
Aggiornamento e Formazione	12	79,64	17,94
Centralino	13	77,88	13,11
Centro Servizi Interni	33	57,70	16,18
Contabilita Econom. Patrim.	17	80,31	18,14
Controllo di Gestione	3	89,93	10,43
Coord. Relazioni Aziendali	3	100,00	0,00

Struttura	Area Tecnica Risultati delle valutazioni 2017 per struttura di afferenza		
	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard
Distribuzione Corrispondenza	12	72,22	26,85
Gestione Risorse Umane	1	50,00	
Gestione Stabilimenti	24	79,61	15,33
Guardiafuochi	20	74,58	10,97
Informatica Telecomunicazioni	16	92,53	9,18
Ingegneria Clinica	27	95,49	7,51
Logistica e Servizi Economici	22	92,71	15,44
Magazzino Scorte Varie	13	71,79	15,88
Personale Concorsi	6	88,02	8,27
PERSONALE OUT	6	65,63	14,25
Personale Tratt. Economico	8	92,19	7,20
Personale Tratt. Giuridico	18	61,99	30,36
Portierati 12H	8	42,19	15,50
Portierati 24H	39	62,18	14,97
Progetti Speciali e Comunicaz.	2	80,00	28,28
Programmazione e Controllo	4	90,63	6,75
Trasporti Esterni	13	79,81	12,01
<b>Totale complessivo</b>	<b>337</b>	<b>76,27</b>	<b>20,59</b>

<b>Area Sanitaria</b>			
<b>Risultati delle valutazioni 2017 per ruolo</b>			
<b>Ruolo</b>	<b>Dipendenti Valutati</b>	<b>Punteggio Medio %</b>	<b>Dev. Standard</b>
Amministrativi	94	79,58	24,00
assistenti sanitari	10	98,75	3,95
dietisti	6	90,10	16,11
infermieri	1239	81,50	20,41
infermieri generici	76	84,92	17,04
ota/oss	492	77,56	23,10
Pers. Riabilitazione	71	80,65	16,26
Tecnici non Sanitari	122	77,91	23,75
Tecnici Sanitari	272	74,11	20,16
<b>Totale complessivo</b>	<b>2382</b>	<b>79,76</b>	<b>21,23</b>

Per l'area sanitaria, si evidenzia un sensibile incremento della media dei punteggi, superiore a 9 punti.



Struttura	Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2017 per struttura di afferenza		
	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard
Accoglimento Condiviso	55	88,67	15,13
Ambulatorio Ortopedia	6	79,17	16,71
Archivio Cartelle Cliniche	9	56,48	26,93
Assistenti Sala - Pronto Socco	17	72,84	27,98
Biblioteca	4	100,00	0,00
Centro Unico Prenotazioni	4	96,25	7,50
Clinica Ortopedica Degenza 2	44	64,82	21,71
Clinica Ortopedica Degenza 3	37	82,71	22,26
DAI CARDIOV SC.CARDIOCHIRURGIA	68	79,16	20,03
DAI CARDIOV. - EMODINAMICA	16	99,84	0,63
DAI CARDIOV. - UTIC	33	86,02	15,85
DAI CARDIOV. CARDIOL.AMBULATOR	34	94,39	15,69
DAI CARDIOV. SC CHIR.VASCOLARE	18	89,76	14,29
DAI CARDIOV. SC. CARDIOLOGIA	35	82,34	20,97
DAI CARDIOV.CARDIOCHIR. S. OP.	23	67,14	18,70
DAI CARDIOV.SC MED. D'URGENZA	55	100,00	0,00
DAI CHIRGEN SC CHIR. GENERALE	101	74,36	15,45
DAI CHIRGEN. SC CHIR.TORACICA	15	84,39	25,70
DAI CHIRSPEC SC.CHIR PLASTICA	32	93,30	6,57
DAI CHIRSPEC. SC.CLIN.STOMATOL	33	96,05	7,40
DAI CHIRSPEC.SC.CLIN UROLOGICA	44	69,01	12,06
DAI DIAGN.x IMM. RADIOD. CATT.	75	71,62	15,10
DAI DIAGN.x IMM. RADIOD. MAGG.	35	68,97	13,19
DAI DIAGNx IMM.SC FISICA SANIT	9	68,38	25,15
DAI DIAGNx IMM.SC MED NUCLEARE	17	59,68	25,11
DAI MED PERIOP C.le Sterilizz	9	70,95	19,84
DAI MED PERIOP COMPL.OPER CATT	101	78,98	32,94
DAI MED PERIOP RECOVERY ROOM	13	85,66	28,30
DAI MED PERIOP SC. AN.RIAN.MAG	27	95,23	12,18
DAI MED PERIOP SC.ARTA CATT.	76	80,90	17,51
DAI MED. INT. I MEDICA BIC	30	81,47	22,97

Struttura	Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2017 per struttura di afferenza		
	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard
DAI MED. INTERNA SC III MEDICA	45	70,63	18,78
DAI MED. INTERNA SC. I MEDICA	47	80,58	24,40
DAI MED.INTERNA SC CL.P.FEGATO	11	86,53	8,11
DAI MED.INTERNA SC.CLIN MEDICA	49	69,64	17,03
DAI MED.INTERNA SC.MED.CLINICA	47	77,74	23,15
DAI MED.INTERNA SC.NEFROL/DIAL	70	80,18	22,00
DAI MED.INTERNA SERV.NEFROLOG	19	91,46	11,71
DAI MED.LABORATORIO LAB MAGG.	39	68,69	20,08
DAI MED.LABORATORIO LAB. CATT.	46	72,11	16,18
DAI MED.SPEC. SC.GERIATRIA	38	67,45	20,28
DAI MEDSPEC SC. GASTROENTEROLO	23	82,82	10,63
DAI MEDSPEC. SC. MAL.INFETTIVE	26	74,23	15,72
DAI MEDSPEC. SC. PNEUMOLOGIA	50	85,29	15,24
DAI MEDSPEC.SC CLINICA DERMAT	26	75,30	12,49
DAI ONCOL. S.C. RADIOTERAPIA	20	74,64	16,81
DAI ONCOL. SC. ONCOLOGIA	34	87,10	11,40
DAI ONCOL.SC.EMATOLOGIA CLINIC	34	88,13	16,44
DAI ORT RIAB.M.L.SC.RIABILITAZ	3	76,04	33,41
DAI ORT RIAB.ML SC.CL.ORTOPED	3	90,28	16,84
DAI ORT.RIAB.ML SC.MED LAVORO	1	81,25	
DAI PAT MEDLEG SC ANAT.IST PAT	31	87,97	11,06
DAI PAT.MED.LEG SC.MED. LEGALE	1	100,00	
DAI T.COLLO CL. NEUROL.AMBULAT	2	100,00	0,00
DAI T.COLLO SC CLIN.OCULISTICA	41	98,01	8,91
DAI T.COLLO SC.CL.OTORINO COMP	35	85,80	13,13
DAI T.COLLO SC.CLIN.NEUROLOGIC	47	84,95	17,08
DAI T.COLLO SC.NEUROCHIRURGIA	35	77,36	16,79
DIP.INT.P.S.PRIME CURE P.S.CAT	130	72,30	26,85
DIP.INT.P.S.PRIME CURE P.S.MAG	17	86,46	20,17
DIP.MED.TRASF. SC. IMMUNOTRASF	63	63,89	25,54
Direzione Infermieristica	3	34,58	22,23

Struttura	Area Sanitaria Risultati delle valutazioni 2017 per struttura di afferenza		
	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard
Direzione Sanitaria	1	82,50	
Direzione Sanitaria - Comparto	12	88,80	20,45
DIRSAN -DAY SURGERY SALE OPER	20	86,41	15,48
DIRSAN-UNITA' DAY SURGERY DEG	12	100,00	0,00
Farmacia Cattinara	18	78,89	29,80
Farmacia Maggiore	5	92,50	14,55
Gestione Amm. Degenti	7	93,45	17,32
Gestione degli Sportelli	28	75,78	18,53
Gestione Offerta Ambulatoriale	3	100,00	0,00
Igiene e Sanita Pubblica	2	79,69	2,21
Medicina del Lavoro Comparto	14	71,06	23,88
Prevenzione e Prot. Aziendale	7	100,00	0,00
Pulizie Cattinara	4	50,00	50,80
Rapporti con il Pubblico	3	100,00	0,00
Riabilitazione Degenza	28	83,89	13,84
Riabilitazione FKT Cattinara	14	79,42	15,31
Riabilitazione FKT Maggiore	38	76,48	17,43
Sala Gessi	16	82,53	13,14
SC CO.RA-UFF.GEST.CORSI LAUREA	19	86,10	22,12
Serv. Sorveglianza e Protez.	20	95,80	10,63
<b>Totale complessivo</b>	<b>2382</b>	<b>79,76</b>	<b>21,23</b>

Anche per l'anno 2017 si possono apprezzare medie e deviazioni standard differenziate per le varie strutture evidenziando una crescita continua del sistema di valutazione.

## 6.2 Sintesi dei risultati per l'area del Comparto (area ex AAS1)

Si riportano di seguito i risultati medi rilevati, **per l'area del Comparto**, a conclusione del processo di valutazione 2017, nelle diverse aree ed articolazioni organizzative aziendali. I risultati, per omogeneità, vengono esposti in termini di punteggio medio percentuale riportato dai dipendenti, normalizzato rispetto alla rispettiva scala di valutazione della categoria e della posizione di afferenza.

A seguito di quanto definito nel regolamento sulla valutazione del personale del comparto approvato con decreto n. 217 dd. 29/5/2015, le schede sono sostanzialmente uguali negli item e nei punteggi, a prescindere dalla categoria o dalla posizione.

Il range del punteggio attribuibile per ciascun item della scheda di valutazione risulta definito da 1 a 3. Gli item sono complessivamente 7.

Il punteggio della scheda si intende sufficiente quando è maggiore o uguale a 8 punti. Il punteggio massimo ottenibile è 21/21.

Il punteggio percentuale è quindi dato dal rapporto:

$$\frac{100 * [(Punteggio assegnato) - (Punteggio minimo)]}{[(Punteggio massimo) - (Punteggio minimo)]}$$

Ruolo	Risultati delle valutazioni 2017 per ruolo		
	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard
Amministrativi	185	94,18	10,88
Assistenti Sanitari	42	95,24	7,78
Assistenti Sociali	31	96,03	6,55
Dietisti	3	100,00	0,00
Inf. Generico/Psichiatrico	23	94,98	7,90

<b>Risultati delle valutazioni 2017 per ruolo</b>			
<b>Ruolo</b>	<b>Dipendenti Valutati</b>	<b>Punteggio Medio %</b>	<b>Dev. Standard</b>
Infermieri	520	94,98	10,31
OTA/OSS	145	88,59	14,42
Pers. Riabilitazione	80	98,37	4,69
Tecnici non sanitari	88	90,82	12,34
Tecnici Sanitari	52	96,01	7,54
<b>Totale complessivo</b>	<b>1169</b>	<b>94,08</b>	<b>10,85</b>

<b>Risultati delle valutazioni 2017 per Struttura di afferenza</b>			
<b>Struttura</b>	<b>Dipendenti Valutati</b>	<b>Punteggio Medio %</b>	<b>Dev. Standard</b>
Accertam Clin Medicina Legale (T) (SEZ)	9	93,16	20,51
Affari Generali (T) (SEZ)	13	96,45	5,08
Affari Giur Att. Supp. Direz. (T) (SEZ)	20	99,23	3,44
Assistenza Farmaceutica (T) (SEZ)	9	94,02	17,95
Attività Sanitarie Convenz (T) (SEZ)	3	100,00	0,00
Centrale emergenza 118 (T) (SEZ)	109	89,06	12,92

Struttura	Risultati delle valutazioni 2017 per Struttura di afferenza		
	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard
Centro Cardiovascolare (T) (SEZ)	22	94,76	10,98
Centro Sociale Oncologico (T) (SEZ)	12	98,72	2,99
COMANDATI OUT ALTRE AZ (T) (SEZ)	1	100,00	
COMANDATI OUT DIPL UNIV (T) (SEZ)	6	97,44	3,97
CSM 1 Barcola (T) (SEZ)	33	94,64	10,62
CSM 2 Maddalena (T) (SEZ)	36	96,58	5,02
CSM 3 Domio (T) (SEZ)	33	94,17	10,54
CSM 4 Gambini (T) (SEZ)	36	95,30	7,86
Dipartimento delle Dipendenze (T) (SEZ)	11	92,31	7,69
Dipartimento di Prevenzione (T) (SEZ)	15	97,44	4,75
Dipartimento di Salute Mentale (T) (SEZ)	25	99,08	2,55
Dipendenza Sostanze Illegali (T) (SEZ)	28	96,43	4,90
Dipendenza Sostanze Legali (T) (SEZ)	18	95,30	7,53
Distretto D1 (T) (SEZ)	20	97,31	7,60
Distretto D2 (T) (SEZ)	23	93,65	10,54
Distretto D3 (T) (SEZ)	25	92,00	15,62
Distretto D4 (T) (SEZ)	26	99,70	1,51

Struttura	Risultati delle valutazioni 2017 per Struttura di afferenza		
	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard
Finanza e Controllo (T) (SEZ)	15	97,44	5,57
Gestione Valorizzazione Pers (T) (SEZ)	32	89,18	12,64
Igiene Alimenti e Nutrizione (T) (SEZ)	11	100,00	0,00
Igiene Sanita Pub Prevenz Amb (T) (SEZ)	30	92,05	8,68
Immobili e Impianti (T) (SEZ)	11	90,21	8,49
Laborat Tossicologia Forense (T) (SEZ)	1	76,92	
Medicina del Lavoro (T) (SEZ)	4	82,69	34,62
Prevenz Sicurezza Amb Lavoro (T) (SEZ)	14	100,00	0,00
Progr Controllo Acquisti (T) (SEZ)	35	96,26	6,56
Sanita Pubbl Veterinaria (T) (SEZ)	12	93,59	9,75
Serv Abilitazione e Residenze (T) (SEZ)	13	99,41	2,13
Serv Psichiatric Diagnosi Cura (T) (SEZ)	21	94,51	6,50
Servizio Infermieristico Azien (T) (SEZ)	6	89,74	11,58
Servizio Riabilitativo Aziend (T) (SEZ)	2	92,31	0,00
Servizio Sicurezza Impiantist (T) (SEZ)	3	89,74	4,44
Sistema Informativo (T) (SEZ)	14	79,12	17,96
Staff Programmazione (T) (SEZ)	4	100,00	0,00

Struttura	Risultati delle valutazioni 2017 per Struttura di afferenza		
	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard
Staff Uff Direzione Strateg. (T) (SEZ)	13	100,00	0,00
Tut Sal Bamb Adol Donne Fam D1 (T) (SEZ)	19	94,33	9,19
Tut Sal Bamb Adol Donne Fam D2 (T) (SEZ)	24	92,31	10,88
Tut Sal Bamb Adol Donne Fam D3 (T) (SEZ)	18	97,86	5,15
Tut Sal Bamb Adol Donne Fam D4 (T) (SEZ)	19	100,00	0,00
Tut Salute Adulti Anziani D1 (T) (SEZ)	66	98,60	4,85
Tut Salute Adulti Anziani D2 (T) (SEZ)	106	85,78	16,78
Tut Salute Adulti Anziani D3 (T) (SEZ)	65	95,74	7,20
Tut Salute Adulti Anziani D4 (T) (SEZ)	59	97,78	5,35
Ufficio Coord Socio Sanit (T) (SEZ)	6	93,59	10,22
Ufficio Direzione Sanitaria (T) (SEZ)	13	93,49	13,99
<b>Totale complessivo</b>	<b>1169</b>	<b>94,07</b>	<b>10,86</b>

La media si risulta piuttosto alta e si evidenzia la presenza di deviazione standard pari a zero per alcune strutture.



### 6.3 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 2017.

Anche in questo contesto i risultati, per omogeneità, vengono esposti in termini di punteggio medio percentuale riportato dai dipendenti, normalizzato rispetto alla scala di valutazione che prevede un punteggio minimo pari a 41 ed un punteggio massimo pari a 100.

Come per il personale del Comparto il punteggio percentuale è dato dal rapporto:

$$\frac{100 * [(Punteggio assegnato) - (Punteggio minimo)]}{[(Punteggio massimo) - (Punteggio minimo)]}$$

Per quanto attiene le valutazioni della Dirigenza PTA (area numericamente meno significativa di quella Medica e Sanitaria), si riportano di seguito i risultati rilevati, per struttura di appartenenza:

Struttura	Dirigenti PTA Risultati delle Valutazioni 2017 per Struttura di appartenenza		
	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard
SC Affari Generali e Legali	1	100,00	
SC Contabilità Econ Patr	1	100,00	
SC Controllo di Gestione	1	100,00	
SC Gestione Risorse Umane	2	86,50	19,09
SC Gestione stabilimenti	5	95,80	3,83
SC Informatica e telecom	3	95,33	4,04
SC Ingegneria Clin	3	100,00	0,00
SC Logistica e servizi economici	3	100,00	0,00
<b>Totale complessivo</b>	<b>19</b>	<b>96,74</b>	<b>6,55</b>

Per la Dirigenza Medica e Sanitaria si riportano di seguito la tabella con l'evidenza dei risultati delle valutazioni sempre per Struttura di afferenza.

Struttura	Dirigenti Medici e Sanitari Risultati delle Valutazioni 2017 per Struttura di afferenza		
	Dipendenti Valutati	Punteggio Medio %	Dev. Standard
SC Anat ed Istol Pat (UCO)	11	83,20	16,92
SC Anestesia e rian HM	12	99,01	3,42
SC ARTA (UCO)	49	90,11	4,96
SC CardioChir	16	85,81	18,19
SC Cardiologia	31	80,59	15,43
SC Centro Immunotrasf (cessato)	17	83,95	20,18
SC Chir Generale (UCO)	29	88,08	17,86
SC Chir Plastica (UCO)	7	98,55	3,84
SC Chir Toracica	7	100,00	0,00
SC Chir Vascolare (UCO)	9	96,23	11,30
SC Clin Derma (UCO)	10	87,80	18,29
SC Clin Medica (UCO)	11	82,43	5,48
SC Clin Neurol (UCO)	16	99,26	2,97
SC Clin Ocul (UCO)	12	73,87	18,94
SC Clin Odont e Stom (UCO)	15	93,33	10,34
SC Clin ORL (UCO)	10	67,12	20,44
SC Clin Ortop e traumat (UCO)	19	98,84	3,49
SC Clin Pat del Fegato (UCO)	5	79,32	18,89
SC Clin Urologica (UCO)	15	88,47	15,56
SC Dir Med di Presidio	8	81,78	17,09
SC Direzione infermieristica	1	100,00	
SC Ematologia Clin	10	84,24	13,30
SC Farmacia	8	94,07	8,97
SC Fisica Sanitaria	7	96,85	8,33
SC Gastroenterologia	11	70,26	23,87

<b>Dirigenti Medici e Sanitari Risultati delle Valutazioni 2017 per Struttura di afferenza</b>			
<b>Struttura</b>	<b>Dipendenti Valutati</b>	<b>Punteggio Medio %</b>	<b>Dev. Standard</b>
SC Geriatria	10	81,86	18,01
SC Igiene e Sanità pubblica	2	100,00	0,00
SC I Medica	12	94,35	5,93
SC III Medica	9	84,93	13,91
SC Malattie Infettive	9	83,43	12,93
SC Med Clin (UCO)	12	91,24	6,25
SC Med del Lavoro (UCO)	7	96,61	5,79
SC Med Legale (UCO)	2	100,00	0,00
SC Med Nucleare	7	59,56	22,11
SC Med Riab	12	96,19	10,07
SC Med urgenza	14	89,59	4,69
SC microbiologia	2	100,00	0,00
SC Nefrol e Dialisi	14	85,96	15,14
SC Neurochirurgia	11	75,35	21,28
SC Oncologia	9	79,47	9,22
SC Patologia Clin	19	88,76	14,53
SC Pneumologia	17	83,65	15,34
SC Prev e Prot Aziendale	1	100,00	
SC Progr Contr	1	88,14	
SC Pronto Soccorso	48	97,78	5,97
SC Radiologia HC (UCO)	26	82,99	7,09
SC Radiologia HM	14	71,07	7,36
SC Radioterapia	6	96,05	9,69
<b>Totale complessivo</b>	<b>610</b>	<b>87,69</b>	<b>15,00</b>

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.

## 6.4 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% di giudizi negativi = 100% della retribuzione
- 16-25% di giudizi negativi = 80% della retribuzione
- 26-50% di giudizi negativi = 60% della retribuzione
- 51-70% di giudizi negativi = 40% della retribuzione
- oltre 70% di giudizi negativi = 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 2017**

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 Infettologia (Medicine Specialistiche)	LUZZATI ROBERTO	positivo
DAI Emergenza, Urgenza, Accettaz (Medicina Perioperatoria e t.i.)	LUCANGELO UMBERTO	positivo
Dipartimento di Medicina Trasmfusionale	MASCARETTI LUCA GIOVANNI	positivo
DAI Diagnostica per immagini	COVA MARIA ASSUNTA	positivo
DAI Medicina dei Servizi (Medicina di Laboratorio)	RUSCIO MAURIZIO	positivo

**TABELLA RIASSUNTIVA DELLE VALUTAZIONI DI DEI DIRETTORI DI STRUTTURA  
COMPLESSA E DI STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE – ANNO  
2017**

SC/SSD	DIPARTIMENTO	NOMINATIVO	QUALIFICA	Esito Valutazione
SC CENTRO CARDIOVASCOLARE	CENTRI INTERDISTRETTUALI	Andrea DI LENARDA	Dirigente Medico	positivo
SC CENTRO SOCIALE ONCOLOGICO	CENTRI INTERDISTRETTUALI	Rita CECCHERINI	Dirigente Medico	positivo
SC Chir Toracica	DAI	CORTALE MAURIZIO	Dirigente Medico	positivo

SC/SSD	DIPARTIMENTO	NOMINATIVO	QUALIFICA	Esito Valutazione
	Cardioracovascolare			
SC Pneumologia	DAI Cardioracovascolare	CONFALONIERI MARCO	Dirigente Medico	positivo
SC CardioChir	DAI Cardioracovascolare (Cardiovascolare)	PAPPALARDO ANIELLO	Dirigente Medico	positivo
SC Cardiologia	DAI Cardioracovascolare (Cardiovascolare)	SINAGRA GIANFRANCO	Dirigente Medico	positivo
SC Chir Vascolare (UCO)	DAI Cardioracovascolare (Cardiovascolare)	ADOVASIO ROBERTO	Dirigente Medico	positivo
SC Chir Vascolare (UCO)	DAI Cardioracovascolare (Cardiovascolare)	CHIARANDINI STEFANO	Dirigente Medico	positivo
SC Med urgenza	DAI Cardiovascolare	STABILE LAURA	Dirigente Medico	positivo
SC Chir Toracica	DAI Chir Generale Toracica	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 Clin Urologica (UCO)	DAI Chirurgia Specialistica	TROMBETTA CARLO	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
SSD Radiologia Interventistica Endovascolare	DAI di Diagnostica per immagini	POZZI MUCELLI FABIO	Dirigente Medico	positivo
SC Gastroenterologia	DAI di Medicine Specialistiche	MONICA FABIO	Dirigente Medico	positivo
SC Geriatria	DAI di Medicine Specialistiche	CESCHIA GIULIANO	Dirigente Medico	positivo

SC/SSD	DIPARTIMENTO	NOMINATIVO	QUALIFICA	Esito Valutazione
SC Malattie Infettive	DAI di Medicine Specialistiche	LUZZATI ROBERTO	Dirigente Medico	positivo
SC Pneumologia	DAI di Medicine Specialistiche	CONFALONIERI MARCO	Dirigente Medico	positivo
SC Ematologia Clin	DAI Ematologia, Oncologia, Infettivi	FESTINI GIANLUCA	Dirigente Medico	positivo
SC Oncologia	DAI Ematologia, Oncologia, Infettivi	GUGLIELMI ALESSANDRA	Dirigente Medico	positivo
SC Radioterapia	DAI Ematologia, Oncologia, Infettivi	BEORCHIA AULO	Dirigente Medico	positivo
SC Clin Derma (UCO)	DAI Ematologia, Oncologia, Infettologia (Med.Specialistiche)	TREVISAN GIUSTO	Dirigente Medico	positivo
SC Clin Derma (UCO)	DAI Ematologia, Oncologia, Infettologia (Med.Specialistiche)	TREVISAN GIUSTO	Dirigente Medico	positivo
SC Clin Derma (UCO)	DAI Ematologia, Oncologia, Infettologia (Med.Specialistiche)	ZALAUDEK IRIS	Dirigente Medico	positivo
SC Med urgenza	DAI Emergenza, Urgenza, Accettaz	STABILE LAURA	Dirigente Medico	positivo
SC Pronto Soccorso	DAI Emergenza, Urgenza, Accettaz	COPETTI ROBERTO	Dirigente Medico	positivo
SC Anestesia e rian HM	DAI Emergenza, Urgenza, Accettaz (Med. Perioperatoria e T.I.)	LUCANGELO UMBERTO	Dirigente Medico	positivo
SC ARTA (UCO)	DAI Emergenza, Urgenza, Accettaz (Med. Perioperatoria e T.I.)	BERLOT GIORGIO	Dirigente Medico	positivo
SSD Anestesia e Rianimazione in ambito Cardiovascolare	DAI Emergenza, Urgenza, Accettazione	MEZGEC DIEGO	Dirigente Medico	positivo
SC Clin Medica (UCO)	DAI Medicina	BIOLO GIANNI	Dirigente Medico	positivo
SC Clin Pat del Fegato (UCO)	DAI Medicina	CROCE' SAVERIA	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 Med Clin (UCO)	DAI Medicina	CARRETTA RENZO	Dirigente Medico	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/SSD	DIPARTIMENTO	NOMINATIVO	QUALIFICA	Esito Valutazione
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)	BORTOLIN MARIA TERESA	Dirigente Biologo	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 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 Ematologia Clin	DAI Oncologico	FESTINI GIANLUCA	Dirigente Medico	positivo
SC Oncologia	DAI Oncologico	GUGLIELMI ALESSANDRA	Dirigente Medico	positivo
SC Radioterapia	DAI Oncologico	BEORCHIA AULO	Dirigente Medico	positivo
SC Anat ed Istol Pat (UCO)	DAI Patologia e Medicina Legale	ZANCONATI FABRIZIO	Dirigente Medico	positivo
SC Med Legale (UCO)	DAI Patologia e Medicina Legale	SCORRETTI CARLO	Dirigente Medico	positivo
SC Clin Neurol (UCO)	DAI Testa Collo	MANGANOTTI PAOLO	Dirigente Medico	positivo
SC Clin Ocul (UCO)	DAI Testa Collo	TOGNETTO DANIELE	Dirigente Medico	positivo
SC Clin ORL (UCO)	DAI Testa Collo	TIRELLI GIANCARLO	Dirigente Medico	positivo
SC Neurochirurgia	DAI Testa Collo	TACCONI LEONELLO	Dirigente Medico	positivo
DAT	DAT	Emanuela FRAGIACOMO	Dirigente Medico	positivo



SC/SSD	DIPARTIMENTO	NOMINATIVO	QUALIFICA	Esito Valutazione
DISTRETTO 1	DAT	Cesarino ZAGO	Dirigente Psicologo	positivo
SSD Attività di supporto direzionale	DAT	Daniela ZARO	Dirigente Amministrativo	positivo
SC Centro Immunotrasf	Dipartimento di MedicinaTrasfusionale	MASCARETTI LUCA GIOVANNI	Dirigente Medico	positivo
SSD Immunoematologia e Distribuzione del Sangue	Dipartimento di MedicinaTrasfusionale	BARCOBELLO MONICA	Dirigente Medico	positivo
SSD Immunotrasfusionale BURLO	Dipartimento di MedicinaTrasfusionale	BET NICOLA	Dirigente Medico	positivo
SSD Immunotrasfusionale Gorizia - Monfalcone	Dipartimento di MedicinaTrasfusionale	GIAVITTO MARIA	Dirigente Medico	positivo
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Valentino PATUSSI	Dirigente Medico	positivo
SANITA' PUBBLICA VETERINARIA	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Corrado ABATANGELO	Dirigente Veterinario	positivo
SC ACCERTAMENTI CLINICI E LEGALI PER LE FINALITA' PUBBLICHE	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Paolo GOLIANI	Dirigente Medico	positivo
SC DIPENDENZA DA SOSTANZE ILLEGALI	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Roberta BALESTRA	Dirigente Medico	positivo
SC DIPENDENZA DA SOSTANZE LEGALI	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Rosanna PURICH CIARFEO	Dirigente Medico	positivo
SC IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Tiziana DEL PIO LUONGO	Dirigente Medico	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/SSD	DIPARTIMENTO	NOMINATIVO	QUALIFICA	Esito Valutazione
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	positivo
SC CENTRO DI SALUTE MENTALE 4	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	Elisabetta PASCOLO FABRICI	Dirigente Medico	positivo
SC CLINICA PSICHIATRICA	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	Elisabetta PASCOLO FABRICI	Dirigente Medico	positivo
SC SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA	DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	Alessandra ORETTI	Dirigente Medico	positivo
SC Affari Generali	Direzione Amministrativa	CROCENZI ALESSANDRA	Dirigente Amministrativo	positivo
SC Affari Generali e Legali	Direzione Amministrativa	BERNI FEDERICA	Dirigente Amministrativo	positivo
SC Finanza e Controllo	Direzione Amministrativa	CONTENTO CINZIA	Dirigente Amministrativo	positivo
SC Contabilità Economico Patrimoniale	Direzione Amministrativa	ROZZINI LUCIANA	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
Direzione dei Servizi Socio Sanitari	Direzione Generale	PAOLETTI FLAVIO	Dirigente Infermieristico	positivo
SC Controllo di Gestione	Direzione Generale	ROZZINI LUCIANA	Dirigente Amministrativo	positivo
SC Ricerca, Innovazione Clinica Assistenziale, qualità, accreditamento e rischio clinico	Direzione Generale	CENTONZE SANDRO	Dirigente Medico	positivo
SC Staff, Innovazione, Sviluppo Organizzativo e Formazione	Direzione Generale	ROSSETTI MICHELE	Dirigente Amministrativo	positivo
SSD Prevenzione e protezione ambienti di lavoro	Direzione Generale	EDALUCCI ELISABETTA	Dirigente Biologo	positivo
SC Dir Med di Presidio	Direzione Sanitaria	PELUSI LUCIA	Dirigente Medico	positivo
SC Dir Med di Presidio	Direzione Sanitaria	STROILI MANUELA	Dirigente Medico	positivo
SC Farmacia	Direzione Sanitaria	SCHINCARIOL PAOLO	Dirigente Farmacista	positivo

SC/SSD	DIPARTIMENTO	NOMINATIVO	QUALIFICA	Esito Valutazione
SC Prev e Prot Aziendale	Direzione Sanitaria	D'ADAMO MATTEO	Dirigente Medico	positivo
SC Pronto Soccorso	Direzione Sanitaria	BERNOBICH ELENA	Dirigente Medico	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
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
SSD SERVIZIO INFERMIERISTICO DISTRETTUALE	DISTRETTO 4	Flavio PAOLETTI	Dirigente Infermieristico	positivo

## **7 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” congiuntamente per gli anni 2016 e 2017 predisposta dall’Organismo indipendente di valutazione delle prestazioni dell’ASUITS e pubblicata sul sito nell’apposita sezione dell’Amministrazione Trasparente denominata “Controlli e rilievi sull’amministrazione”.

Nel corso del 2017 è proseguito il percorso di consolidamento e rafforzamento del sistema di prevenzione del rischio corruzione/illegalità adottato dall’Azienda rispondendo all’esigenza di consolidamento dell’esistente anche in considerazione delle modifiche organizzative iniziate nel 2016 e consolidate nel 2017 con l’adozione del nuovo Atto Aziendale di cui al decreto n. 843 del 6/12/2017 che ha trovato poi attuazione nei primi mesi del 2018. Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2017 – 2019 è stato adottato, previo espletamento della procedura di consultazione pubblica degli stakeholder interni ed esterni, con decreto n. 52 del 31/1/2017. Al Piano è stata data ampia diffusione mediante pubblicazione sul sito istituzionale, sulla rete intranet aziendale e con comunicazione al personale operante in azienda mediante mail all’indirizzo di posta elettronica nominativo.

Anche nel PTPCT 2017-2019, come nei Piani che lo hanno preceduto, sono state individuate delle aree a rischio e delle misure di prevenzione ulteriori rispetto a quelle obbligatorie ai sensi del PNA, che riflettono le peculiarità delle attività svolte nel settore sanitario.

Per quanto riguarda la gestione del rischio, il PTPCT 2017-2019 prevedeva un nuovo monitoraggio in subordine all’adozione del nuovo Atto Aziendale e di una nuova scheda per la rilevazione di tale rischio. Dal momento che l’Atto Aziendale è stato definitivamente approvato in data 6/12/2017 e ha trovato attuazione soltanto nell’anno 2018, i monitoraggi sono stati effettuati in base alle indicazioni presenti sui precedenti PTPC. Per l’ex AAS 1 sono stati mappati tutti i processi, mentre per l’ex AOU si è proceduto con la mappatura dell’area amministrativa e tecnica.

Sono quindi stati stabiliti indicatori e target specifici per le strutture coinvolte nell'anno 2017 che sono entrati a far parte degli obiettivi del budget 2017. I risultati di tale obiettivo sono stati completamente positivi grazie anche all'attiva partecipazione di tutte le Strutture coinvolte. La gestione del rischio è buona. La quasi totalità delle attività a rischio risulta:

- disciplinata direttamente da norme nazionali o regionali
- codificata in specifici percorsi approvati mediante regolamenti aziendali ovvero procedure formalizzate.

In particolare, sono stati adottati dalla nuova Azienda i seguenti atti a maggior regolamentazione dei processi:

- Decreto DG 8/2017 "Regolamento per la partecipazione del personale aziendale ad eventi finalizzati all'aggiornamento e alla formazione con spese a carico di soggetti terzi" ed è stata prevista una commissione apposita per la concessione delle autorizzazioni alla partecipazioni ad eventi sponsorizzati

- Decreto DG 211 dd. 5/4/2017 col quale è stato adottato il Regolamento per l'affidamento di lavori e per l'acquisizione di beni e servizi sotto soglia ed è stato previsto un apposito monitoraggio da inviare al RPC

Decreto DG 556 dd. 21/8/2017 "Regolamento aziendale per la disciplina del conferimento degli incarichi dirigenziali dell'Azienda Sanitaria Universtira Integrata di Trieste"

Durante l'anno 2017, inoltre, è stata redatta una bozza del Regolamento sulla libera professione unico per entrambe le Aziende fuse, adottato poi successivamente nell'anno 2018.

Per ulteriori informazioni 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" congiuntamente per gli anni 2016 e 2017 predisposta dall'Organismo indipendente di valutazione delle prestazioni dell'ASUITS e pubblicata sul sito nell'apposita sezione dell'Amministrazione Trasparente denominata "Controlli e rilievi sull'amministrazione".

Per quanto riguarda il settore della trasparenza, durante l'anno 2017 è stata predisposta la bozza di Regolamento sull'accesso civico, successivamente adottato nel mese di gennaio 2018 e pubblicato nell'apposita sezione dell'Amministrazione Trasparente.

Da ultimo, ai fini del monitoraggio sull'attuazione del Codice di comportamento, l'Ufficio per i procedimenti disciplinari ha provveduto a trasmettere al RPC il report annuale contenente i dati sulle violazioni disciplinari contestate al personale dipendente. Le evidenze di riepilogo di queste segnalazioni sono riportate nella Relazione annuale del Responsabile della Prevenzione della Corruzione della Trasparenza pubblicata nell'apposita sezione (Amministrazione Trasparente – Altri contenuti – Prevenzione della Corruzione).

## 8 Il processo di redazione della relazione sulle performance

La presente relazione è adottata con decreto del Direttore Generale dell'Azienda ed è stata redatta dalla S.C. Controllo di Gestione, che ha curato l'esposizione organica dei contributi tratti dalla Relazione di accompagnamento al Bilancio Consuntivo 2017, adottato con decreto n. 376 dd. 16/5/2018, sulle caratteristiche aziendali (capitolo 2), sulle performance aziendali, sia progettuali che economiche (capitoli 3 e 4) e ha alimentato la relazione con le tabelle di raggiungimento degli obiettivi, sia di struttura che individuali (capitoli 5 e 6) e con la parte relativa al capitolo 7 sul collegamento del ciclo della performance con i piani per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza.

I punti di forza del ciclo di gestione delle performance sono stati sicuramente:

- 1) La completezza del sistema: il Sistema di misurazione e valutazione della performance di ASUITS risponde pienamente a quanto stabilito dal comma 2 dell'art. 3 del DLgs 150/2009 poiché copre tutte le aree prevedendo la performance organizzativa riferita all'Azienda nel suo complesso, la performance delle singole unità organizzative (Dipartimenti e Strutture) e quella individuale di tutti i dirigenti e di tutto il personale del comparto
- 2) Miglioramento e crescita professionale: l'attività di valutazione è volta al miglioramento continuo della performance secondo il ciclo di Deming e, nel caso della valutazione individuale, il suo scopo è quello di valorizzare l'apporto del singolo al processo produttivo e la definizione di azioni di miglioramento per una crescita professionale continua e per l'efficacia del Sistema nel suo insieme
- 3) Trasparenza: l'esplicitazione degli obiettivi, delle finalità ed il raffronto tra i risultati conseguiti e quelli attesi consente una più coordinata ed efficace azione organizzativa in cui gioca un ruolo determinante la partecipazione attiva di tutto il personale.

I punti di debolezza del ciclo di gestione delle performance sono stati, invece:

- 1) Mancata pianificazione di obiettivi per le pari opportunità: per quanto attiene le pari opportunità, nel 2017 non sono stati esplicitati particolari indicatori ad esse collegati
- 2) Margini di miglioramento della definizione degli indicatori e target degli obiettivi. Lo stesso OIV nelle diverse sedute in cui sono stati valutati gli obiettivi di Struttura ha

evidenziato alcune criticità relativamente al tema. Si rimanda per questo all'ultimo paragrafo del capitolo 5.1

- 3) Difficoltosa integrazione delle informazioni: per la misurazione degli indicatori di performance è necessario ottimizzare l'acquisizione dei dati dai molteplici sistemi informativi interni esistenti; occorre, cioè, implementare l'interoperabilità tra i sistemi per semplificare il processo di misurazione e aumentarne l'affidabilità e l'efficacia.



# Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: FULVIO FRANZA

CODICE FISCALE: FRNFLV53E15L424U

DATA FIRMA: 05/12/2018 13:18:18

IMPRONTA: 94B44A79215F109DC8008FB96F8BAF5C5751AD90667C72CFAFCF10ADBFE8BDAF  
5751AD90667C72CFAFCF10ADBFE8BDAFC93A97CD2D3A0FD15CC4F4F569A4A82E  
C93A97CD2D3A0FD15CC4F4F569A4A82EE45E1AEA31615D806DF0D0DFD3EF79D7  
E45E1AEA31615D806DF0D0DFD3EF79D78CB8DE2F005683EBFC273A503CAA2A11

NOME: ADRIANO MARCOLONGO

CODICE FISCALE: MRCDRN56D10B345N

DATA FIRMA: 05/12/2018 14:23:39

IMPRONTA: 5472D1C094CFC88D82A6A4BCC5B6CFEEAC56E7403A60E3C83D92CDD97DAB3D00  
AC56E7403A60E3C83D92CDD97DAB3D000D7B987D44DEEC7CED7B04251F35B2F7  
0D7B987D44DEEC7CED7B04251F35B2F7C2B5A0FE312C11DB861B1CC4AA1F9129  
C2B5A0FE312C11DB861B1CC4AA1F91299F93929273FE96448F64D1876A229E74

NOME: FLAVIO PAOLETTI

CODICE FISCALE: PLTFLV65E05L424B

DATA FIRMA: 05/12/2018 14:55:43

IMPRONTA: 6753471E80D27FC7CDF643332BF28045197C91CD7FC6844FB359E878FBBF198A1  
197C91CD7FC6844FB359E878FBBF198A19AC174D035428F4ACECEA32707BD1324  
9AC174D035428F4ACECEA32707BD13241F7E623406EA4CE2479DAC83DFD4335D  
1F7E623406EA4CE2479DAC83DFD4335DBA30081A5A55243BA47FAE9A0E48B9EE

NOME: ALDO MARIOTTO

CODICE FISCALE: MRTLDA58P06L736W

DATA FIRMA: 06/12/2018 09:43:11

IMPRONTA: 18912AEFD061C2B20AFDD9A2E115CD9EB46699E08F6A7DAB3E83C3111AD9D236  
B46699E08F6A7DAB3E83C3111AD9D2369D61CA237EB603E85DBEA983DAD46EB9  
9D61CA237EB603E85DBEA983DAD46EB9A8E384F7958C5ED314D0EF3440CB561E  
A8E384F7958C5ED314D0EF3440CB561E1E611CB19DA0823B7BA99C0F4CC42105