



PROGETTO COMPLESSIVO AZIENDALE

2013

SOMMARIO

Distretto 1.....	3
Distretto 2.....	17
Distretto 3.....	41
Distretto 4.....	59
Dipartimento di Salute Mentale	78
Dipartimento delle Dipendenze.....	95
Dipartimento di Prevenzione.....	102
Centro Cardiovascolare.....	127
Centro Sociale Oncologico.....	137
Sistema 118.....	143
Affari Giuridici e delle Attività di Supporto Direzionale.....	145
Programmazione Strategica.....	157
Ufficio Relazioni con il Pubblico.....	160
Direzione Sanitaria.....	163
Direzione sanitaria: Ufficio Progetti Area Sanitaria.....	163
Direzione sanitaria: medico competente (risk manager).....	165
Servizio Infermieristico Aziendale.....	171
Servizio Riabilitativo Aziendale.....	175
Gestione Convenzioni Medicina Generale e Specialistica.....	177
Verifiche Strutture Pubbliche e Private.....	181
Assistenza Farmaceutica.....	182
Gestione Servizi Generali.....	187
Affari Generali.....	190
Gestione e Valorizzazione del Personale.....	196
Finanza e Controllo.....	206
Sistema Informativo.....	208
Immobili e Impianti.....	212
Programmazione Controllo Acquisti.....	214

Distretto 1

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Riorganizzazione dei percorsi di accoglienza, valutazione e presa in carico dei casi complessi della S.C.B.A.Do.F.</p>	<p>1.1 Individuazione delle criticità attraverso l'analisi di casi precedentemente presi in carico inviati dall'Autorità Giudiziaria (T.M. e T.O.) che hanno richiesto l'intervento congiunto di entrambe le S.S.</p> <p>1.2 Predisposizione di percorsi diagnostico – terapeutici assistenziale condivisi tra le due SS per presa in carico dei casi complessi</p> <p>1.3 Sperimentazione del percorso su almeno 5 casi complessi seguiti secondo la procedura individuata</p>	<p>Direttore f.f. del Distretto 1 e Responsabile della S.C. SCBADO F Dr. Cesarino Zago Responsabile della SSTSBA Dr.ssa Irene Fontanot Dirigente psicologo della S.S. Consultorio Familiare Dr.ssa Kinou Wolf Dirigente psicologo della SSTSBA Dr.ssa Vincenza Aiosa Dirigente psicologo in acquisizione nella S.S. Consultorio Familiare</p>	<p>1.1,2 Analisi delle criticità e documento di sintesi inviato al Direttore di distretto. Procedura predisposta entro il 30.09.2013 e inviata al direttore di distretto</p> <p>1.3 Procedura sperimentata su almeno 5 casi entro il 31.12.2013 con evidenza delle modalità procedurali adottati nel fascicolo sanitario</p>
<p>2. PAA Ambito 1.1 Ob. 11.2 Promuovere lo sviluppo di comunità attraverso il progetto Microarea/Solidarietà</p>	<p>2.1 Definire gli interventi integrati e partecipati, a partire dai protocolli in essere presso gli altri Enti locali. - Messa in comune dei principi, delle esperienze e della documentazione già realizzati nell'ambito dei progetti</p>	<p>SSD Servizio infermieristico Obiettivo del dirigente Barbara landerca</p>	<p>2.1.1 Entro il 31/07/13 realizzato almeno un incontro informativo/formativo per la messa in comune delle esperienze e della documentazione</p> <p>2.1.2 Entro il 31/12/2013 elaborato documento</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>“Microarea”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verifica delle procedure e delle modalità operative di presa in carico integrata - Mappatura delle risorse e delle attività - Analisi congiunta per l’individuazione delle frazioni/territori oggetto di intervento - Esame e individuazione di una definizione coerente del fenomeno “fragilità” e contestualizzazione nel territorio dell’Ambito <p>2.2 Elaborare congiuntamente uno strumento informatico per le persone fragili</p> <p>2.3 Progettazione sperimentale di alcuni interventi individuali e/o di comunità</p>		<p>di analisi e studio di fattibilità di una Microarea presso l’Ambito1.1 e inviato al Direttore di Distretto. Comunicato al Direttore di Distretto il referente D1 di Microarea individuato (se lo studio di fattibilità ha avuto esito positivo)</p> <p>2.2,3 Entro il 31/12/13 elaborata bozza di strumento informatico con istruzioni d’uso inviata al Direttore di Distretto. Almeno 2 casi segnalati ai servizi distrettuali e comunali per la presa in carico integrata secondo il processo sperimentale del case management</p>
<p>3. Promuovere lo sviluppo di comunità attraverso il programma Habitat-Microaree</p>	<p>Premessa (dal PdZ 2013-2015): Partecipazione al tavolo provinciale ASS1 – Ambiti per: 3.1 Verifica delle procedure e delle modalità operative: a) di presa in carico integrata; elaborazione congiunta di elenco di</p>	<p>SSD Servizio Infermieristico Michela Degrassi - Referente Microarea Gretta</p>	<p>Per la microarea del D1 documento condiviso di verifica dei punti a) e b) con evidenza delle criticità eventualmente riscontrate ed elaborazione linee di sviluppo, in particolare: a) elenco utenti fragili per ogni microarea</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>utenti fragili, tra gli utenti conosciuti dai servizi aziendali e/o comunali segnalati al referente di MA (uno per microarea), sulla base dei criteri che sostanziano la fragilità elaborati dal tavolo, di cui alla premessa.</p> <p>b) delle azioni di sostegno e di sviluppo del welfare di comunità.</p>		
<p>4. Progetto Passi d'Argento. Realizzare una nuova indagine PASSI d'Argento avendo come target la popolazione residente nelle microaree di Trieste e provincia, al fine di orientare e migliorare le azioni di prevenzione e di assistenza da programmare</p>	<p>Raccogliere informazioni sulla copertura e sulla qualità percepita degli interventi socio-sanitari di prevenzione e assistenziali sulla popolazione anziana (> = 65 anni), in particolare con disabilità, residente nelle microaree</p>	<p>SSD Servizio Infermieristico Microaree Michela Degrassi - Referente Microarea Gretta</p>	<p>Interviste alle persone con età > = 65 anni nel periodo marzo-luglio 2013</p> <p>Numero interviste: almeno 5 per ciascuna microarea</p>
<p>5. PAL Linea 1.2.3.2 Governo clinico e sicurezza delle cure PAL Linea 1.2.3.5 Cure palliative</p>	<p>5.1 Rilevazione del dolore a tutte le persone prese in carico Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) e Ambulatorio Infermieristico Distrettuale (AID) 5.2 Sensibilizzazione del personale di</p>	<p>SC Tutela Salute Adulti Anziani D1 Personale SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari D1</p>	<p>5.1 Evidenza della rilevazione del dolore nel 100% delle cartelle infermieristiche SID/AID aperte a far tempo dal 01/01/2013</p> <p>5.2. Consegna ed educazione alle persone</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Consolidamento e miglioramento dei programmi in essere.</p> <p>Monitoraggio di processo ed esito relativamente ad alcune patologie</p> <p>Implementazione di programmi specifici su formazione del personale su tematiche specifiche</p>	<p>struttura e dell'utenza SID/AID alla valutazione del sintomo dolore.</p> <p>Ampliamento e consolidamento dell'uso di scale di valutazione del dolore:</p> <p>1. Educazione all'autovalutazione del dolore mediante scala NRS: diffusione e divulgazione presso l'utenza del depliant esplicativo redatto nel 2012</p> <p>2. Implementazione presso il personale sanitario distrettuale, mediante occasioni formative ad hoc, della scheda di rilevazione del dolore Doloplus-2 (da utilizzare a beneficio di soggetti cui sia precluso l'impiego della scala NRS per limitazioni del linguaggio, cognitive o relazionali)</p> <p>5.3</p> <p>Monitoraggio e registrazione grafica del dolore a beneficio di tutti gli assistiti SID/AID in caso di dolore da moderato a grave (valori NRS >3 o Doloplus-2 >5 - adozione di scheda ad hoc)</p>		<p>prese in carico dal 01/04/2013 della scheda NRS per l'autovalutazione del dolore e del depliant esplicativo redatto nel 2012 alle persone con NRS >3 che acconsentono.</p> <p>Formazione all'uso della scheda DOLOPLUS-2 di almeno il 90% degli operatori entro il 30/06/2013</p> <p>5.3</p> <p>Presenza nel 90% delle cartelle infermieristiche aperte dal 01/01/2013 per persone con dolore NRS>3 della scheda aziendale di monitoraggio.</p> <p>Presenza nel 90% delle cartelle infermieristiche aperte dopo completamento dell'iter formativo, per persone con dolore Doloplus-2 >5 nelle cartelle infermieristiche degli utenti non</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	5.4 Segnalazione e raccordo con il medico di Medicina Generale e, se indicato, con il medico di distretto o con lo specialista di branca.		valutabili con NRS 5.4. Evidenza nella cartella infermieristica del raccordo e/o coinvolgimento MMG, medico di distretto dello specialista di branca nell'80% dei casi all'azione 3
6. PAI – Linea 1.2.4.1 Attuazione della pianificazione locale nelle area di integrazione socio PDZ: obiettivo locale 11.1., macroazioni 11.1.1 e 11.1.2	Applicazione dei PDTA per BPCO, Diabete, SCC e malattie neuromuscolari in modalità integrata con il SSC	Resp f.f SC Tutela Salute Anziani SS Cure Ambulatoriali e domiciliari Obiettivo del dirigente Dr.ssa Antonella Benedetti	Applicazione dei PDTA per almeno 5 casi presi in carico con modalità integrata sperimentale con SSC e relazione di valutazione delle modalità di integrazione adottate.
7. PAL Linea 1.2.3.1 Farmaceutica Contenimento della spesa territoriale con il mantenimento della distribuzione diretta del primo ciclo ambulatoriale distrettuale dei farmaci PHT e dei farmaci PHT non ricompresi negli accordi	Predisposizione di piano distrettuale orientato alla piena operatività della fornitura diretta: - del 1° ciclo ambulatoriale distrettuale dei farmaci PHT , - dei farmaci PHT non rientranti nella DPC con verifica dei piani terapeutici per le tre sedi (Stock, Opicina, Aurisina) per la fornitura diretta	SS Cure Ambulatoriali e domiciliari Obiettivo del dirigente dott.ssa Graziella Ceppi	Entro il 31/12/2013 il 90% dei PT dei farmaci individuati pervenuti in Distretto verificati per la fornitura diretta

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
della DPC			
<p>8. PAI – Linea 1.2.4.1 Attuazione pianificazione locale nelle area di integrazione socio</p> <p>PDZ: obiettivo locale 11.1., macroazioni 11.1.1 e 11.1.2</p>	<p>Applicazione dei PDTA per persone con malattie in fase terminale in modalità integrata con il SSC</p>	<p>S.S. Anziani e residenze</p> <p>Obiettivo del dirigente Dr.ssa Maria Bartolini</p>	<p>Applicazione del PDTA per almeno 5 casi presi in carico con modalità integrata sperimentale con SSC e relazione di valutazione delle modalità di integrazione adottate</p>
<p>9. Linea 1.2.4.5 Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale</p>	<p>Creazione di Rete di presa in carico nel settore delle demenze tramite modifica (delibera) di PDTA sperimentale per le persone affette da disturbi cognitivi.</p>	<p>S.S. Anziani e residenze</p> <p>Obiettivo del dirigente Dr.ssa Luisa Besanzini</p>	<p>Presentazione di una proposta di revisione dell’assetto logistico e funzionale delle proprie Unità di Valutazione Alzheimer tramite modifica del PDTA per le persone affette da disturbi cognitivi entro 30/06/13.</p> <p>e</p> <p>Applicazione del PDTA modificato nell’80% dei nuovi casi che afferiscono al CDDD per Distretto, al fine di implementare la rete di presa in carico nel settore delle demenze.</p> <p>Dalla presentazione del PDTA al 31/12/13.</p>
<p>10. Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani</p>	<p>Promozione della qualità delle struttura. Individuazione del requisito “valutazione del dolore” con relativi strumenti di misurazione e standard da</p>	<p>S.S. Anziani e residenze</p> <p>Tutto il personale</p>	<p>10. Verifica della presenza della scheda “no self report” di monitoraggio del dolore ogni 2 mesi (agosto, ottobre, dicembre),</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
non autosufficienti (PAL linea 1.2.4.8)	monitorare in modo continuo in almeno una struttura residenziale per anziani afferente al territorio di ogni Distretto		a partire dal 1/7 sul 10% delle cartelle degli ospiti presenti in almeno una struttura
11. Linea 1.2.4.8 Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti	Monitorare, verificare ed eventualmente sollecitare, 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	S.S. Anziani e residenze Tutto il personale	Ogni distretto ha in evidenza la calendarizzazione ed il report riassuntivo delle verifiche effettuate, nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio con cadenza bimestrale, in merito a: la presenza nel sistema informativo e-GENeSys di una valutazione con strumento di VMD Vaf.Graf.-FVG aggiornata, a cura dei servizi stessi, per tutti gli utenti accolti nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati (in caso vengano riscontrate irregolarità presenza di documentazione che attesti le stesse ed il conseguente sollecito)
12. PAA OB. REGIONALE N. 4.2 Sviluppare e qualificare le Unità di valutazione multiprofessionale in tutte le aree di integrazione	Revisione d tutta la documentazione relativa agli accordi riportati nei protocolli d'intesa delle Unità multiprofessionali integrate (EMH) nell'area della disabilità ed elaborazione del regolamento delle EMH con particolare riguardo al verbale	SS Dipartimentale Riabilitazione Obiettivo del dirigente Dr.ssa Gasperi Sabrina	12. Documento con proposta di un nuovo regolamento e modulistica da usare nelle Unità multiprofessionali integrate (EMH) nell'area della disabilità presente al 31/12/13

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>sociosanitaria. OB. REGIONALE N.4.4 Programmare le risorse ritente appropriate e disponibili attraverso il dispositivo del progetto personalizzato di intervento o del piano di assistenza/intervento.</p>	<p>che dovrà sempre riportare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - case manager - tempistica delle attività concordate - modalità di monitoraggio delle azioni concordate - responsabile del monitoraggio (se differente dal case manager) - indicazione di tutti i servizi (sociali e sanitari) coinvolti nella presa in carico <p>data di revisione del progetto</p>		
<p>13. Linea 1.2.4.7 Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata</p>	<p>13.1 Utilizzo dello strumento ValGraf versione essenziale 2012 per la valutazione dei bisogni assistenziali dei pazienti adulti con PRI presi in carico in assistenza domiciliare</p> <p>13.2 Implementazione dei dati raccolti su sistema informativo</p>	<p>SS Dipartimentale Riabilitazione tutto il personale</p>	<p>Almeno il 90% dei nuovi pazienti over 18 anni presi in carico con PRI si dovranno essere valutati con la scheda di valutazione ValGraf versione essenziale 2012 e Almeno il 90% delle schede dovranno essere registrate nel sistema Genesys.</p>
<p>14. Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente 2013 7.2 controllo del rischio</p>	<p>14.1 Formazione del personale sulle modalità di prevenzione del rischio biologico, il corretto uso dei DPI, l'utilizzazione delle precauzioni</p>	<p>SSD Riabilitazione Tutto il personale</p>	<p>Entro 31/12/2013 tutti gli operatori formati con test finale.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
biologico e delle infezioni correlate	standard e specifiche per via di trasmissione delle infezioni		
<p>15. PAL - Linea 1.2.3.3 Accreditamento</p>	<p>1. Stesura di una iniziale bozza dei protocolli per l'accREDITamento di alcune delle attività svolte presso i Centri Diabetologici Distrettuali e condivisione dei protocolli tra i 4 Centri Diabetologici e il Sistema Gestione Ambiente Aziendale della Direzione Strategica.</p> <p>2. Presentazione dei protocolli definitivi per l'accREDITamento delle attività svolte presso i Centri Diabetologici Distrettuali con particolare riferimento a: - accogliimento delle prime visite diabetologiche - gestione delle visite di controllo - triage e presa in carico infermieristica - gestione ipoglicemia, terapia insulinica, dieta</p>	<p>1. Tutto il personale dei Centri Diabetologici Distrettuali 1.2 Direzione Strategica –Sistema Gestione Ambiente Aziendale e AccREDITamento</p> <p>2. Responsabile Centro Diabetologico Distrettuale</p>	<p>1. Entro 30/6/2013 definizione e stesura di una bozza dei protocolli, condivisa tra i 4 CDD e successivo primo incontro di verifica con Direzione strategica Sistema Gestione Ambiente Aziendale e AccREDITamento</p> <p>2. Al 31/12/2013 definizione e stesura dei protocolli definitivi per l'accREDITamento inviati al responsabile di Distretto</p>
<p>16. PAL - Linea n. 1.2.4.5 Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale. Monitoraggio e verifica degli</p>	<p>1. Creazione di una check list educativa infermieristica attraverso l'ausilio della cartella informatizzata diabetologica Eurotouch</p> <p>2.</p>	<p>1. Tutto il personale della S.S Centro Diabetologico Distrettuali</p>	<p>Entro il 30 aprile 2013 definizione, stesura e condivisione della check list educativa. Compilazione della ceck list per almeno il 90% dei pazienti neo accolti presso ciascuno dei 4 Centri Diabetologici</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
interventi educativi Educazione terapeutica strutturata all'interno di un PDTA condiviso fra le 4 SS Centri Diabetologici Distrettuali, rivolto ai nuovi utenti che accedono ai servizi diabetologici	A applicazione della check list educativa ad ogni nuovo utente che accede al servizio diabetologico , stampa e raccolta della stessa	2. Tutto il personale della S.S Centro Diabetologico Distrettuale	Distrettuali dal 30 aprile al 31 dicembre 2013. Fonte dati: n° cartelle nuove registrate nella cartella informatizzata diabetologica dal 30 aprile 2013 al 31 dicembre 2013
17. PAL - Linea n. 1.2.4.5 Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale. PAL - Linea 1.2.4.8 Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti	Elevare ed omogeneizzare il grado di gestione delle persone anziane con diabete ospiti presso le Residenze Protette attraverso la creazione di protocolli relativi a: <ul style="list-style-type: none"> • Gestione dell'ipoglicemia • Gestione della terapia insulinica • Gestione ed esecuzione dell'autocontrollo glicemico • Prevenzione e gestione del piede diabetico 	1. Tutto il personale della SS Diabetologia	Entro 31/12/2013 definizione, stesura, condivisione e distribuzione alle Residenze Protette dei protocolli relativi a: <ul style="list-style-type: none"> - Gestione dell'ipoglicemia - Gestione della terapia insulinica - Gestione ed esecuzione dell'autocontrollo glicemico
18. PAL - Linea n. 1.2.4.5 Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale.	Rafforzare la collaborazione tra l'Associazione di Volontariato Nuova Assodiabetici Trieste ed i Centri Diabetologici Distrettuali attraverso la promozione della formazione dei volontari con la finalità di migliorare l'assistenza alle persone con diabete afferenti ai Centri Diabetologici	1. Tutto il personale dei Centri Diabetologici Distrettuali.	Almeno 3 corsi di formazione per i Volontari dell'Associazione Nuova Assodiabetici su temi relativi all'autocontrollo glicemico, alla conoscenza degli ausili per il diabete (glucometri e penne per insulina), la terapia del diabete e la gestione della dieta.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Distrettuali.		
19. Individuare e ridurre le iscrizioni improprie al SSR per i cittadini comunitari con contratto di lavoro atipico (badanti) che se pure a tempo ind. per loro natura può essere soggetto a variazioni della sua durata (cessazione del rapporto di lavoro)	Controllo sulla sussistenza per l'anno 2013 dei requisiti per l'iscrivibilità al SSR a tempo indeterminato dei cittadini comunitari con contratto di lavoro atipico (ass. familiari) iscritti nel 2011	Gestione Servizi Amministrativi Tutto il personale	Individuazione entro 30.06.13 tutti gli iscritti nel 2011 con contratto di lavoro atipico. e al 31.12.13 controlli effettuati sul 90% degli iscritti
20. Monitorare, verificare ed eventualmente sollecitare, l'utilizzo sistematico dello strumento dei sistemi informativi SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio	Predisposto un report distrettuale che evidenzia le verifiche e le eventuali sollecitazioni ai servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio	Giulia Adamo	Creazione di un report trimestrale distrettuale inviato al referente Aziendale Area Anziani
21. Razionalizzare l'organizzazione del archivio	Creazione nuovo archivio pratiche amministrative di sportello suddiviso per tipologia di iscrizione (comunitari,	Gestione Servizi Amministrativi Tutto il personale	Il 90% degli iscritti al SSR (comunitari, stranieri e frontalieri) inseriti in archivio al 31.12.2013

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>delle pratiche amministrative di sportello Aurisina/Opicina relative all'iscrizione al SSR dei cittadini comunitari, stranieri e frontalieri, per consentire la loro rintracciabilità in relazione al turnover del personale di cooperativa.</p>	<p>stranieri e frontalieri)</p>		<p>e Predisposizione di un report al 31/12/2013 da consegnare al Direttore di Distretto</p>
<p>22. Promozione e sorveglianza dell'allattamento al seno (Prevenzione obesità- Linea n. 1.2.2.4)</p>	<p>Adottare modalità operative coerenti e condivise dalle SC BADoF/MMG/PLS secondo le indicazioni della Politica Aziendale e degli standard della BFCI UNICEF: 22.1 Utilizzo della check list post natale al momento dell'accesso della coppia Mamma Bambino ai servizi dedicati a partire dal 1 luglio 2013 22.2 formazione in tema di alimentazione 0- 3: MMG/PLS e operatori coinvolti (definiti secondo la Politica Aziendale) delle SCBADoF 22.3 Monitoraggio dei tassi di allattamento esclusivo alla 2a vaccinazione attraverso l'inserimento dei dati nel sistema regionale</p>	<p>S.C. SCBADoF Tutto il personale Tutto il personale</p>	<p>22.1 L'80% delle coppie Mamma Bambino che accedono ai servizi della SC BADoF nel post parto entro il 1° mese di vita hanno compilata la check list post natale (individuale/ di gruppo) (a partire dal 1/7/2013) 22.3 Inserimento di tutte delle schede sull'alimentazione al momento della 2a vaccinazione</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>23. Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente 2013</p> <p>controllo del rischio biologico e delle infezioni correlate</p>	<p>Formazione del personale sulle modalità di prevenzione del rischio biologico, il corretto uso dei DPI, l'utilizzazione delle precauzioni standard e specifiche per via di trasmissione delle infezioni.</p>	<p>PO SC TSAA SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari Personale Ambulatori</p>	<p>Entro 31/12/2013 70% degli operatori formati su:</p> <ul style="list-style-type: none"> - modalità di prevenzione del rischio biologico, - il corretto uso dei DPI, - l'utilizzazione delle precauzioni standard e specifiche per via di trasmissione delle infezioni.
<p>24. PAI – Linea 1.2.4.1</p> <p>Attuazione pianificazione locale nelle area di integrazione socio</p> <p>PDZ: obiettivo locale 11.1., macroazioni 11.1.1 e 11.1.2</p>	<p>Realizzazione della la presa in carico integrata (Sc Adulti ed anziani- Ambito 1.1. / Ambito 1.2 UOT 1) di persone con malattie croniche- degenerative o in fase terminale e con problematiche socio-assistenziali.</p>	<p>Daneu, Fonda , Giussi</p>	<p>Presenza in carico integrata (come da PAA), nel 2013, di almeno 10 soggetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stesura di un progetto congiunto con SSC per ciascun assistito preso in carico - se indicato applicazione dei PDTA 2012 nei casi in cui la diagnosi principale sia rappresentata da BPCO, diabete o SCC - presenza della documentazione adeguata che dimostri la presa in carico integrata
<p>25. Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata- Prosecuzione dello sviluppo</p>	<p>25.1 Applicazione della metodologia di valutazione e progettazione personalizzata basata su ICF: 1- Identificazione e valutazione di 5 casi di minori con certificazione di</p>	<p>Tutto il personale della S.S. Tutela Salute Bambini Adolescenti</p>	<p>25.1,2. 5 nuovi casi di minori con certificazione di handicap, per cui sono previsti o sono in atto percorsi di inclusione scolastica, sono valutati secondo metodologia. Inserimento dei casi nel "fascicolo</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
ed implementazione delle metodologie uniformi di valutazione e progettazione personalizzata basate su ICF (PAL2013- Linea n.1.2.4.7)	handicap per cui sono previsti o sono in atto percorsi di inclusione scolastica. 2- Inserimento dei casi nel “fascicolo biopsicosociale elettronico regionale” previo ottenimento del consenso informato 25.3 Formazione specifica degli operatori coordinata dal Centro Collaboratore OMS	Dott.ssa Fontanot	biopsicosociale elettronico regionale” previo ottenimento del consenso 25.3. partecipazione degli operatori identificati alla formazione specifica 31/12/2013

Distretto 2

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Direzione Distretto n. 2 – Servizi Amministrativi			
1. P.A.A. 2013 da PdZ 2013-2015 Obiettivo Locale 4.7 Modalità innovative di finanziamento dei Progetti personalizzati – Budget di Salute	Studio di fattibilità sotto il profilo procedurale (gestionale, tecnico, amministrativo) per consentire l'attivazione di uno strumento idoneo	Direttore Distretto 2 (M.G. Cogliati) In collaborazione con Pina Ridente DSM Cristina Stanic DdD	Studio effettuato 31.12.2013
2. PAL Linea 1.2.4.8 In continuità con le azioni avviate negli anni precedenti, implementare gli interventi e strumenti volti a migliorare/consolidare la capacità di governo e monitoraggio dell'assistenza nei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti, in particolare attraverso l'integrazione dei sistemi informativi a disposizione	Monitorare, verificare ed eventualmente sollecitare, l'utilizzo sistematico dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio, relativamente a: - la presenza nel sistema informativo SIRA-FVG, per ciascun trimestre, del report relativo al rendiconto del contributo regionale per l'abbattimento della retta di accoglienza prodotto	P.O. Gestione servizi amministrativi (P. Napoli)	Presenza di un report distrettuale trimestrale che evidenzi le verifiche e le eventuali sollecitazioni ai servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio 31.12.2013

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>trimestralmente a cura dei servizi semiresidenziali e residenziali convenzionati;</p> <ul style="list-style-type: none"> - la presenza nel sistema informativo SIRA-FVG, per ciascun trimestre, dei report relativi alla presenza, ai movimenti degli ospiti e alle liste d'attesa prodotti trimestralmente a cura delle strutture residenziali convenzionate; - la trasmissione da parte delle strutture residenziali per anziani del report annuale relativo all'"Offerta residenziale" prodotto dal sistema informativo SIRA-FVG a cura delle strutture residenziali per anziani convenzionate. 		
<p>3. In continuità con le azioni avviate negli anni precedenti, proseguire</p>	<p>3.1 Rilievo delle posizioni anagrafiche sanitarie errate e/o</p>	<p>Tutto il personale amministrativo</p>	<p>Presenza delle segnalazioni inviate all'ufficio S.I.A della S.C. Sistema Informativo (fonte: copia</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
nell'attività di riduzione del numero di posizioni anagrafiche sanitarie errate e/o delle registrazioni improprie	delle registrazioni improprie per gli utenti che si presentano agli sportelli del Distretto 2 e per tutti coloro per i quali vengono rilevati degli errori di registrazione. 3.2 Comunicazione all'ufficio S.I.A. della S.C. Sistema Informativo delle registrazioni scorrette riscontrate		segnalazioni inviate al SCSI) relative a tutte le registrazioni scorrette riscontrate 31.12.2013
4. Migliorare la comunicazione verso l'esterno attraverso l'aggiornamento delle informazioni all'interno delle strutture distrettuali su tematiche amministrative maggiormente soggette a richieste di interpretazione o illustrazione, con particolare riferimento alle ultime novità legislative che coinvolgono le P.A. Supporto e informazione all'utenza sulle stesse tematiche	4.1 Raccolta ed analisi delle tipologie di attività amministrative distrettuali maggiormente soggette a richieste di aggiornamento e interpretazione da parte di tutti gli operatori del distretto e dell'utenza 4.2. Creazione di un opuscolo informativo/documento di sintesi che riassume le tematiche emerse, dedicato a tutti gli operatori del distretto e all'utenza e sua successiva distribuzione	Tutto il personale amministrativo	Analisi dei dati raccolti presente al 30.09.2013 e Opuscolo informativo/documento di sintesi presente al 31.10.2013 Distribuzione dell'opuscolo informativo/documento di sintesi a tutte le strutture del Distretto 2 entro il 31.12.2013
S.S.D. Servizio Infermieristico			

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Distrettuale			
<p>5. PAL 2013 PIANO ANNUALE DI PROMOZIONE DELLA SICUREZZA DEL PAZIENTE Applicazione dei protocolli per la corretta identificazione del malato in RSA</p>	<p>5.1 Contributo alla realizzazione di 2 audit di formazione del personale della RSA San Giusto sul tema della identificazione corretta del paziente ospite della struttura 5.2 2 osservazioni in struttura (una a semestre) 5.3 Report semestrale</p>	<p>Dirigente infermieristico del Distretto 2 In collaborazione con la SCSIA e referente aziendale su risk management</p>	<p>2 reports semestrali con evidenza di: 5.1 n. di assistiti presenti all'osservazione con metodo di identificazione certa degli assistiti presenti al momento dell'osservazione standard = 80% 5.2 n. di corrette identificazioni dell'assistito/n. totale delle procedure che richiedono identificazione nel periodo indice standard = 75%</p>
<p>6. P.A.A. 2013 da P.d.Z 2013-2015 Obiettivo locale n. 11.2 Promuovere lo sviluppo di comunità attraverso il programma Habitat-Microaree</p>	<p>Partecipazione al tavolo provinciale ASS1 – Ambiti per: Verifica delle procedure e delle modalità operative: 6.1 di presa in carico integrata; elaborazione congiunta di elenco di utenti fragili, tra gli utenti conosciuti dai servizi</p>	<p>Maria Grazia Cogliati Dezza (<i>partecipa al tavolo provinciale in qualità di membro di cabina di regia</i>) Claudia Rusgnach – Dirigente Infermieristico Federica Sardiello - Referente Microarea Cittavecchia</p>	<p>Per le 3 microaree del D2 documento condiviso di verifica dei punti 7.1,7.2 con evidenza delle criticità eventualmente riscontrate ed elaborazione linee di sviluppo, in particolare: elenco utenti fragili per ogni microarea</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	aziendali e/o comunali segnalati al referente di MA (uno per microarea), sulla base dei criteri che sostanziano la fragilità elaborati dal tavolo, di cui alla premessa. 6.2 delle azioni di sostegno e di sviluppo del welfare di comunità.	Claudia Fantuzzi - Referente Microarea Vaticano Monica Ghiretti - Referente Microarea Ponziana	
7. Progetto Passi d'Argento. Realizzare una nuova indagine PASSI d'Argento avendo come target la popolazione residente nelle microaree di Trieste e provincia, al fine di orientare e migliorare le azioni di prevenzione e di assistenza da programmare	Raccogliere informazioni sulla copertura e sulla qualità percepita degli interventi socio-sanitari di prevenzione e assistenziali sulla popolazione anziana (> = 65 anni), in particolare con disabilità, residente nelle microaree	Microaree Sardiello Federica Ghiretti Monica Fantuzzi Claudia	Interviste alle persone con età > = 65 anni nel periodo marzo-luglio 2013 Numero interviste: almeno 5 per ciascuna microarea
S.C. Adulti e Anziani (1,2,3)			
1. S.S. Anziani e Residenze – RSA San Giusto			
8.	Creazione di Rete di presa in	Dirigenti S.S. Anziani e	Presentazione di una proposta di

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>PAL Linea 1.2.4.5 Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale</p>	<p>carico nel settore delle demenze e revisione dell'assetto logistico e funzionale della propria Unità di Valutazione Alzheimer, tramite modifica (delibera) del PDTA per le persone affette da disturbi cognitivi.</p>	<p>Residenze (dott Giacomo Benedetti dott. ssa Filomena Vella)</p>	<p>revisione dell'assetto logistico e funzionale delle proprie Unità di Valutazione Alzheimer tramite modifica del PDTA per le persone affette da disturbi cognitivi entro 30/06/13. e Applicazione del PDTA modificato nell'80% dei nuovi casi che afferiscono al CDDD per Distretto, al fine di implementare la rete di presa in carico nel settore delle demenze. Dalla presentazione del PDTA al 31/12/13.</p>
<p>9. PAL linea 1.2.4.8 Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti</p>	<p>Promozione della qualità delle strutture. Individuazione del requisito "valutazione del dolore" con relativi strumenti di misurazione e standard da monitorare in modo continuo in almeno una struttura residenziale per anziani afferente al territorio di ogni Distretto</p>	<p>S.S. Anziani e residenze</p>	<p>Verifica della presenza della scheda "no self report" di monitoraggio del dolore ogni 2 mesi (agosto, ottobre, dicembre), a partire dal 1/7 sul 10% delle cartelle degli ospiti presenti in almeno una struttura</p>
<p>10. Linea 1.2.4.8 Governo e riqualificazione del sistema</p>	<p>Monitorare, verificare ed eventualmente sollecitare, l'utilizzo sistematico dello</p>	<p>S.S. Anziani e residenze Tutto il personale</p>	<p>Ogni distretto ha in evidenza la calendarizzazione ed il report riassuntivo delle verifiche</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti	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		effettuate, nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio con cadenza bimestrale, in merito a: la presenza nel sistema informativo e-GENeSys di una valutazione con strumento di VMD Vaf.Graf.-FVG aggiornata, a cura dei servizi stessi, per tutti gli utenti accolti nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati (in caso vengano riscontrate irregolarità presenza di documentazione che attesti le stesse ed il conseguente sollecito)
11. PAL Linea n.1.2.3.2 Revisione e standardizzazione della cartella clinica di RSA	11.1 Revisione e standardizzazione delle cartelle cliniche: presenza e completezza dei seguenti documenti: a. consenso informato	RSA SAN GIUSTO Infermieri Fisioterapisti Referente ft Coordinatore Infermieristico Medici	11.1 Al 31/12 95% delle cartelle chiuse sono complete

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	b. scala di valutazione delle lesioni da decubito c. valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e rivalutazione quotidiana durante il periodo di degenza d. foglio unico di terapia e. presenza di raccordo farmacologico f. valutazione di possibili allergie 11.2 Partecipazione agli audit organizzati dal S.C. SIA in RSA		11.2. Al 31/12 il 50% degli infermieri e fisioterapisti dell'RSA ha partecipato agli audit indetti dal S.C. SIA in RSA
12. PAL- Linea 1.2.3.2 Applicazione dei protocolli per la corretta identificazione del paziente in RSA	12.1 Introduzione di un metodo idoneo di identificazione certa del paziente in RSA 12.2 Partecipazione agli Audit di formazione realizzati dal S.C. SIA per il personale della RSA San	RSA SAN GIUSTO 12.1 Coordinatore infermieristico Referente ft Infermieri Fisioterapisti Medici OSS 12.2 infermieri	12.1 Al 31/12 il 100% dei pazienti sono identificati tramite metodo idoneo di identificazione certa (firma del dissenso in cartella) 12.2 Al 31/12 tutto il personale infermieristico ha partecipato ad

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Giusto		almeno 1 audit
<p>13. PAL- Linea 1.2.3.2 Governo clinico e sicurezza delle cure Prevenzione delle lesioni da decubito in RSA</p>	<p>13. 1 valutazione corretta del rischio con scheda accreditata</p> <p>13.2 Identificazione e applicazione un Piano di prevenzione delle LdD nei pazienti a rischio</p> <p>13.3 Identificazione e corretto utilizzo di uno strumento di prescrizione e registrazione delle medicazioni</p> <p>13.4 Adeguamento della gestione del magazzino al corretto utilizzo delle medicazioni avanzate</p>	<p>RSA SAN GIUSTO Coordinatore infermieristico Referente ft Infermieri Fisioterapisti OSS</p>	<p>13.1 Al 31/12 il 95% delle cartelle chiuse contengono la scheda di valutazione del rischio</p> <p>13.2 Al 31/12 presenza del Piano di prevenzione delle LdD nelle cartelle dei pazienti a rischio</p> <p>13.3 Al 31/12 utilizzo dello strumento nel 90% delle cartelle chiuse di pazienti con LdD</p> <p>13.4 Al 31/12: Presente <i>Check List</i> con tipologia e fabbisogno medio mensile dei materiali per medicazioni avanzate Presenza a magazzino di almeno il 90% dei materiali per medicazioni avanzate secondo <i>Check List</i> (raggiungibile in base alla disponibilità del magazzino centrale ASS1)</p>
<p>14. PAL- Linea 1.2.3.2</p>	<p>14.1 Progettazione e attuazione di 8</p>	<p>RSA SAN GIUSTO 14.1</p>	<p>14.1 Al 31/12 tutti gli incontri formativi</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	formativi		risposte positive alla valutazione di apprendimento)
2. S.S. Cure Ambulatoriali e Domiciliari			
<p>15. PAL Linea 1.2.3.2 Governo clinico e sicurezza delle cure PAL Linea 1.2.3.5 Cure palliative Consolidamento e miglioramento dei programmi in essere. Monitoraggio di processo ed esito relativamente ad alcune patologie Implementazione di programmi specifici su formazione del personale su tematiche specifiche</p>	<p>15.1. Rilevazione del dolore a tutte le persone prese in carico Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) e Ambulatorio Infermieristico Distrettuale (AID) 15.2. Sensibilizzazione del personale di struttura e dell'utenza SID/AID alla valutazione del sintomo dolore Ampliamento e consolidamento dell'uso di scale di valutazione del dolore: 15.2.1 Educazione all'autovalutazione del dolore mediante scala NRS: diffusione e divulgazione presso l'utenza del depliant esplicativo redatto nel 2012 16.2.2 Implementazione presso il personale sanitario distrettuale, mediante occasioni formative ad</p>	<p>SS Cure Ambulatoriali e domiciliari</p>	<p>15.1. Evidenza della rilevazione del dolore nel 100% delle cartelle infermieristiche SID/AID aperte a far tempo dal 01/01/2013 15.2. Consegna ed educazione alle persone prese in carico dal 01/04/2013 della scheda NRS per l'autovalutazione del dolore e del depliant esplicativo redatto nel 2012 alle persone con NRS >3 che acconsentono. Formazione all'uso della scheda DOLOPLUS-2 di almeno il 90% degli operatori entro il 30/06/2013</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>hoc, della scheda di rilevazione del dolore Doloplus-2 (da utilizzare a beneficio di soggetti cui sia precluso l'impiego della scala NRS per limitazioni del linguaggio, cognitive o relazionali)</p> <p>15.3. Monitoraggio e registrazione grafica del dolore a beneficio di tutti gli assistiti SID/AID in caso di dolore da moderato a grave (valori NRS >3 o Doloplus-2 >5 - adozione di scheda ad hoc)</p> <p>15.4. Segnalazione e raccordo con il Medico di Medicina Generale e, se indicato, coinvolgimento dello specialista competente per tipologia di dolore riferito (fisiatra, ortopedico, medico di distretto, reumatologo,</p>		<p>15.3. Presenza nel 90% delle cartelle infermieristiche aperte dal 01/01/2013 per persone con dolore NRS>3 della scheda aziendale di monitoraggio. Presenza nel 90% delle cartelle infermieristiche aperte dopo completamento dell'iter formativo, per persone con dolore Doloplus-2 >5 nelle cartelle infermieristiche degli utenti non valutabili con NRS</p> <p>15.4 Evidenza nella cartella infermieristica SID/AID del raccordo e/o coinvolgimento MMG, medico di distretto, specialista di branca, 80% dei casi con scarso controllo della sintomatologia dolorosa</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	anestesista/algologo, ecc.) nei casi di scarso controllo della sintomatologia dolorosa (valori NRS >3 o Doloplus-2 >5)		
<p>16. PAL: Linea 1.2.4.1 Attuazione pianificazione locale nelle aree di integrazione sociosanitaria</p> <p>PDZ: Obiettivo Locale 11.1, Macroazioni 11.1.1 e 11.1.2</p>	<p>16.1 Realizzazione della presa in carico sperimentale integrata (SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari – Personale e UOT 2) di persone con malattie cronico-degenerativa o in fase terminale e con problematiche socio-assistenziali.</p> <p>16.2 Impiego e applicazione dei PDTA 2012 già approvati e validati (BPCO, diabete mellito e scompenso cardiaco), se indicato</p> <p>16.3 Produzione di report conclusivo sintetico</p>	<p>16.1,2 Responsabile medico e Coordinatore infermieristico SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari Carlo Rotelli Bianca Lenardoni</p> <p>16.3 Carlo Rotelli</p>	<p>16.1,2 Presa in carico congiunta di almeno 10 soggetti affetti da patologia di durata o in fase terminale: Per ciascun assistito preso in carico, presenza in cartella SID di documentazione attestante gestione congiunta SID/UOT del caso Se indicato: applicazione dei PDTA 2012 in tutti i casi presi in carico in cui la diagnosi principale sia rappresentata da BPCO, diabete mellito o scompenso cardiaco</p> <p>16.3 Report conclusivo sintetico</p>
<p>17. PAL Linea 1.2.3.2 Governo clinico e sicurezza delle cure Prevenzione delle lesioni da</p>	<p>Realizzare data base per monitoraggio insorgenza LDD utenti presi in carico al SID</p>	<p>Coordinatore SID Comparto SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari distretto 2 SID (in collaborazione con la S.C.</p>	<p>Inserimento del 100% delle schede relative a casi in carico con presenza di LDD</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
decubito nel SID		SIA)	
18. PAL Linea 1.2.3.2 Governo clinico e sicurezza delle cure Verifica della qualità della documentazione clinica del SID	Verifica con check list della qualità di 30 cartelle infermieristiche chiuse del SID/anno -prese random –	Coordinatore SID Comparto SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari distretto 2 SID (in collaborazione con la S.C. SIA)	Corrispondenza tra check list e documentazione nelle cartelle infermieristiche chiuse selezionate a random (30 cartelle/anno)
19. PAL- Linea 1.2.3.3 Accreditamento	19.1 Proseguire le attività propedeutiche all'accREDITamento istituzionale regionale, come da linee guida 19.1.1 Audit di verifica 19.1.2 Redazione di linee guida/procedure per ogni attività infermieristica e di supporto all'attività specialistica 19.1.3	19.1 P.O. S.C. Adulti e Anziani 19.1.1 Coordinatore infermieristico Medicina Specialistica Infermieri e OSS/IG della Medicina Specialistica dott. Rotelli Carlo dott.ssa Oliverio Tiziana 19.1.2 Coordinatore infermieristico Medicina Specialistica Infermieri e OSS/IG della Medicina Specialistica 19.1.3 Coordinatore infermieristico Medicina Specialistica	19.1 Conformità rispetto agli indicatori regionali applicabili 19.1.1 Effettuazione di almeno 2 audit di verifica (uno entro il 30/6 e uno entro il 30/11) 19.1.2 Al 31/12 presenza di almeno 1 linea guida/procedura per ogni attività infermieristica e di supporto all'attività specialistica 19.1.3 Al 31/12 effettuazione di almeno 2 incontri con esperti

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Effettuazione delle verifiche attraverso incontri con esperti	dott. Rotelli Carlo dott.ssa Oliverio Tiziana	
<p>20. PAL- Linea 1.2.4.5 Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità</p>	<p>20.1 Istituzione di un gruppo di lavoro per il miglioramento dell'offerta e l'omogeneizzazione dei percorsi di presa in carico delle persone con malattie cronico degenerative</p> <p>20.2 Incontri collegiali</p> <p>20.3 Produzione di un documento condiviso sui percorsi e sulla presa in carico</p> <p>20.4 Ridefinizione degli ambiti di attività infermieristica</p> <p>20.5 Realizzare un report conclusivo</p>	<p>Coordinatore infermieristico Medicina Specialistica Infermieri e OSS/IG della Medicina Specialistica dott. Rotelli Carlo</p>	<p>Gruppo di lavoro operativo al 30/04 e presenza di documento su modalità e tempistica della presa in carico al 31/12/13 e Entro il 31/12 sono ridefiniti gli ambiti di attività infermieristica ed è presente il report conclusivo</p>
<p>21. PAL LINEA 1.2.3.1 ASSISTENZA FARMACEUTICA Contenimento e governo della spesa farmaceutica territoriale, appropriatezza prescrittiva e assistenza integrativa</p>	<p>21.1. Compilazione di almeno il 70% di autorizzazioni/ricette per prodotti destinati ad un'alimentazione particolare per pazienti affetti da morbo celiaco prima della data di scadenza del contratto dell'anno precedente</p>	<p>Dott.ssa Tiziana Oliverio</p>	<p>Al 31.12.2013 le impegnative per prodotti destinati a pazienti affetti da morbo celiaco, che richiedono tale presidio presso il nostro Distretto, sono compilate prima della data di scadenza dell'autorizzazione precedente. Report sintetico di attività.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Ottimizzazione/ razionalizzazione del percorso per il rilascio delle autorizzazioni/ricette per prodotti alimentari in persone affette da morbo celiaco	21.2 Stesura di report sintetico di attività		
3. S.S. Centro Diabetologico			
22. PAL 2013: Linea 1.2.3.3 Accreditamento	22.1. Stesura di una iniziale bozza dei protocolli per l'accreditamento di alcune delle attività svolte presso i Centri Diabetologici Distrettuali e condivisione dei protocolli tra i 4 Centri Diabetologici e il Sistema Gestione Ambiente Aziendale della Direzione Strategica. 22.2. Presentazione protocollo per accreditamento delle attività svolte presso i Centri Diabetologici Distrettuali con particolare riferimento a: - accoglimento delle prime visite diabetologiche - gestione delle visite di controllo - triage e presa in carico infermieristici - gestione ipoglicemia, terapia	Resp. Centro Diabetologico Distretto 2 (Dott.ssa E. Manca) In collaborazione con Direzione Strategica- Sistema Gestione Ambiente Aziendale e Accreditamento	22.1 Entro 30/6/2013 definizione e stesura di una bozza dei protocolli, condivisa tra i 4 CDD e successivo primo incontro di verifica con Direzione strategica Sistema Gestione Ambiente Aziendale e Accreditamento 22.2 Al 31/12/2013 protocollo definitivo per l'accreditamento presentato alla Direzione Strategica Sistema Gestione Ambiente Aziendale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	insulinica, dieta		
<p>23. PAL Linea n. 1.2.4.5 Il paziente con malattie cronicodegenerative: continuità assistenziale. Monitoraggio e verifica degli interventi educativi Educazione terapeutica strutturata all'interno di un PDTA condiviso fra le 4 SS Centri Diabetologici Distrettuali, rivolto ai nuovi utenti che accedono ai servizi diabetologici</p>	<p>23.1. Creazione di una check list educativa infermieristica attraverso l'ausilio della cartella informatizzata diabetologica Eurotouch 23.2. Applicazione della check list educativa ad ogni nuovo utente che accede al servizio diabetologico, a seconda delle necessità educative, stampa e raccolta della stessa</p>	<p>S.S Centro Diabetologico Distrettuale</p>	<p>Entro il 30 aprile 2013 check list educativa redatta e condivisa e Check list applicata ad almeno il 90% dei pazienti neo accolti dal 30 aprile al 31 dicembre 2013. Fonte dati: n° cartelle nuove registrate nella cartella informatizzata diabetologica dal 30 aprile 2013 al 31 dicembre 2013</p>
<p>24. PAL Linea n. 1.2.4.5 Il paziente con malattie cronicodegenerative: continuità assistenziale.</p>	<p>Rafforzare la collaborazione tra l'Associazione di Volontariato Nuova Assodiabetici Trieste ed i Centri Diabetologici Distrettuali attraverso la promozione della formazione dei volontari, con la finalità di migliorare l'assistenza alle persone con diabete afferenti ai Centri Diabetologici Distrettuali.</p>	<p>Centri Diabetologici Distrettuali.</p>	<p>Organizzati e realizzati almeno 3 corsi di formazione per i Volontari dell'Associazione Nuova Assodiabetici su temi relativi all'autocontrollo glicemico, alla conoscenza degli ausili per il diabete (glucometri e penne per insulina), alla terapia del diabete e alla gestione della dieta.</p>
S.S.D. Riabilitazione Adulti			
<p>25. PAL Linea 1.2.4.7</p>	<p>25.1. Utilizzo dello strumento ValGraf</p>	<p>SSD di Riabilitazione tutto il personale</p>	<p>100% dei nuovi pazienti over 18 anni presi in carico con PRI SI</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata	versione essenziale 2012 per la valutazione dei bisogni assistenziali dei pazienti adulti con PRI presi in carico in assistenza domiciliare 25.2. Implementazione dei dati raccolti su sistema informativo		valutati con la scheda di valutazione ValGraf versione essenziale 2012 e 100% delle schede registrate nel sistema Genesys.
26. Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente 2013 Controllo del rischio biologico e delle infezioni correlate	Formazione del personale sulle modalità di prevenzione del rischio biologico, il corretto uso dei DPI, l'utilizzazione delle precauzioni standard e specifiche per via di trasmissione delle infezioni	SSD di Riabilitazione Tutto il personale	Al 31/12/2013 tutti gli operatori formati con test
27. PAA Ob. Regionale 4.2 Sviluppare e qualificare le Unità di valutazione multiprofessionale in tutte le aree di integrazione sociosanitaria.	Revisione di tutta la documentazione relativa agli accordi riportati nei protocolli d'intesa delle Unità multiprofessionali integrate (EMH) nell'area della disabilità ed elaborazione del regolamento delle EMH con particolare riguardo al verbale che dovrà sempre riportare: - case manager - tempistica delle attività	SS Dipartimentale Riabilitazione (personale dirigente)	Documento con proposta di un nuovo regolamento e modulistica da usare nelle Unità multiprofessionali integrate (EMH) nell'area della disabilità presente al 31/12/13

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	concordate - modalità di monitoraggio delle azioni concordate - responsabile del monitoraggio (se differente dal case manager) - indicazione di tutti i servizi (sociali e sanitari) coinvolti nella presa in carico data di revisione del progetto		
S.C. Bambini, Adolescenti, Donne e Famiglie (BADoF)			
28. PAL Linea 1.2.2.4 Prevenzione dell'obesità Promozione e sorveglianza dell'allattamento al seno	28.1. Adottare modalità operative coerenti e condivise dalle SC BADoF/MMG secondo le indicazioni degli standard della BFCI UNICEF: 1. Utilizzo della check list post natale al momento dell'accesso della coppia MB ai servizi dedicati a partire dal 1 luglio 2013 2. formazione in tema di alimentazione 0-3: partecipazione da parte del personale ad 1 corso di formazione per MMG e per operatori coinvolti (definiti	Personale della SC BADoF	28.1. L'80% delle coppie mb che accedono ai servizi della SC BADoF nel post parto entro il 1° mese di vita hanno compilata la check list post natale (in gruppo post partum/ individuale) - a partire dal 1/7/2013) <i>n.check list compilate/n.coppie mb; atteso=80%</i>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	secondo la Politica Aziendale) della SC BADoF 28.2. Monitoraggio dei tassi di allattamento esclusivo alla 2a vaccinazione attraverso l'inserimento dei dati nel sistema regionale		28.2. Inserimento di tutte le schede sull'alimentazione al momento della 2a vaccinazione 31/12/13
29. PAL Linea 1.2.4.3 Salute mentale Prosecuzione e consolidamento del percorso di Omogeneizzazione dei PDTA attraverso la presa in carico di adolescenti e giovani adulti con stati mentali a rischio o esordio psicotico con consolidamento dei processi di integrazione tra Dipartimento di Salute Mentale (DSM), Distretti, Neuro psichiatria infantile (NPI) dell'IRCCSS Burlo Garofalo	29.1. Identificare e valutare, tra tutti i nuovi casi del 2013 della fascia d'età 15-18 i soggetti con stati mentali a rischio o esordio psicotico secondo le modalità previste dal protocollo aziendale per "la presa in carico di adolescenti e giovani con stato mentale a rischio o all'esordio di un disturbo mentale severo" (revisione 2011) 29.2. Prendere in carico congiuntamente (Centro di salute mentale -CSM- SC BADoF) tutti i soggetti di cui al punto 1, se consenzienti 29.3.	Responsabile di SC BADoF Responsabile di SS Tutela Salute Bambini e Adolescenti (TSBA) Personale della SC BADoF	29.1,2,3 Tutti i nuovi casi nella fascia d'età 15-18 che accedono alla SC BADoF per problemi psichici vengono valutati secondo il protocollo aziendale <i>n. casi valutati /n .nuovi casi</i> 100% 31/12/13

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>Proseguire l'utilizzo di procedure integrate intra-aziendali per il riconoscimento precoce e la presa in carico dei casi a rischio o conclamati applicando la scheda di presa in carico congiunta elaborata dal gruppo funzionale a tutti i casi presi in carico</p> <p>29.4.</p> <p>Partecipare agli incontri del gruppo funzionale di progetto</p>		
<p>30. PAL Linea 1.2.4.7 Prosecuzione dello sviluppo ed implementazione delle metodologie uniformi di valutazione e progettazione personalizzata basate su ICF</p>	<p>30.1. Individuazione di 5 casi di minori con certificazione di handicap per cui sono previsti o sono in atto percorsi di inclusione scolastica</p> <p>30.2 Valutazione dei 5 casi secondo la metodologia di valutazione e progettazione personalizzata basata su ICF</p> <p>30.3 Inserimento dei dati nel "fascicolo biopsicosociale elettronico" dei casi nello specifico sistema informativo prototipale sviluppato</p>	<p>Dott.ssa Genoveffa Corvino Dott.ssa Antonella Celea</p>	<p>5 casi valutati secondo le indicazioni date e inserimento nel fascicolo biopsicosociale elettronico previa acquisizione del consenso al trattamento dei dati sensibili entro il 31.12.2013</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>31. Miglioramento della documentazione sanitaria di struttura</p>	<p>dal Centro Collaboratore OMS.</p> <p>31.1. Consolidare l'implementazione di compilazione e conservazione della documentazione sanitaria delle SS TSBA E SS TSBA di lingua slovena come da indicazioni date (vedi documento maggio 2012)</p> <p>31.2. Archiviare tutte le cartelle cliniche dei soggetti dimessi da almeno 5 anni (SS TSBA e SS TSBA di</p>	<p>31.1.1 Tutto il personale SSTSBA e SSTSBA di lingua slovena</p> <p>32.1.2 Tutto il personale della SS Consultorio Familiare</p> <p>31.2. Coordinatore delle 2 SS TSBA</p>	<p>31.1.1 Almeno l'80 % della documentazione sanitaria dei soggetti che accedono alle 2 SS per la prima volta nel 2013 osservano le indicazioni date rispetto ai contenuti di base <i>n.nuovi utenti/n. cartelle con contenuti di base</i></p> <p>31.1.2 Almeno l'80 % delle cartelle personali dei soggetti con problematiche psicosociali che accedono al CF per la prima volta nel 2013 osservano le indicazioni date rispetto ai contenuti di base e specifici per area psicosociale <i>n.nuovi utenti con problematiche psico sociali/n. cartelle con contenuti di base e specifici per l'area</i></p> <p>31.2,3 Tutte le cartelle dei soggetti dimessi da almeno 5 anni sono inviate all'archivio generale entro</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	lingua slovena) 31.3. Archiviare tutte le cartelle cliniche dei soggetti non più in carico da almeno 5 anni.	31.3. Coordinatore SS CF	il 31/12/2013
32. PDZ 2013.2015 PAA 2013 Macroazione 10.1.1 Migliorare l'efficacia degli interventi per le coppie con figli minori, in fase di separazione, con alto grado di conflittualità	32.1. Trattare la popolazione target con le modalità di valutazione e presa in carico delle coppie con figli minori, in fase di separazione, con alto grado di conflittualità (vedi protocollo operativo 2012) 32.2. Promuovere ed attivare interventi complementari di gruppo e di auto mutuo aiuto valorizzando le risorse associative di volontariato della comunità	Responsabile Consultorio Familiare	32.1. Tutti i nuovi casi di coppie in fase di separazione con alto grado di conflittualità con figli minori sono valutati e presi in carico secondo il protocollo operativo a partire dal 01.01.2013. <i>n.nuovi casi/n. casi trattati</i> <i>atteso 100%</i> 32.2. Proposta di 1 atto formale, alla S.C. PCA, di collaborazione (delibera di convenzione) con associazione di volontariato individuata 31.12.13
33. Valorizzare gli interventi di gruppo e l'integrazione con le risorse della comunità	33.1. Promuovere momenti di incontro e scambio tra il distretto e le associazioni afferenti 33.2.	Dott.ssa Francesca Ravalico Dott.ssa Laura Zancola Dott.ssa Barbara Fazi	33.1,2 Almeno 2 progetti condivisi con una o più associazioni

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>Realizzazione con le associazioni di volontariato di progetti relativi ad attività complementari all'attività istituzionale del Consultorio familiare</p> <p>33.3.</p> <p>Proseguire attività di gruppo rivolti all'utenza</p>		<p>33.3.</p> <p>Gruppi attivi:</p> <p>1 gruppo di donne con problematiche legate al ciclo di vita</p> <p>2 gruppi (di cui 1 nuovo) di donne con tematiche legate alla maternità</p> <p>1 gruppo di genitori di adolescenti</p> <p>1 gruppo di donne con figli minori</p> <p>31/12/13</p>

Distretto 3

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. PAL: Linea 1.2.4.1 Attuazione pianificazione locale nelle aree di integrazione socio-sanitaria</p> <p>PDZ: Obiettivo Locale 11.1, Macroazioni 11.1.1 e 11.1.2</p>	<p>1.1 Realizzazione della presa in carico integrata (SC Adulti Anziani – UOT 4) di persone con malattie cronico-degenerativa o in fase terminale e con problematiche socio-assistenziali.</p> <p>1.2 Impiego e applicazione dei PDTA 2012 già approvati e validati (BPCO, diabete mellito e scompenso cardiaco), se indicato</p>	<p>SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari D3</p> <p>Responsabile SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari Drssa Montesi Cristina Resp.Infer. SS Cure Amb. Dom Brajnik Barbara</p> <p>Drssa Mazzoleni Barbara</p>	<p>Entro il 31.12.2013</p> <p>Presa in carico integrata di 10 soggetti affetti da patologia di durata o in fase terminale e con problematiche socio-assistenziali:</p> <p>Stesura di progetto integrata per ciascun assistito preso in carico</p> <p>Se indicato: applicazione dei PDTA 2012 nei casi presi in carico in cui la diagnosi principale sia rappresentata da BPCO, diabete mellito o scompenso cardiaco</p> <p>Presenza di documentazione adeguata che dimostri la presa in carico integrata (e l'applicazione del relativo PDTA, se indicato) di 10 casi di assistiti affetti da malattia cronico-degenerativa o terminalità e con problematiche socio-assistenziali</p>
<p>2. PAL Linea 1.2.3.2 Governare clinico e sicurezza delle cure PAL Linea 1.2.3.5 Cure palliative Consolidamento e miglioramento dei</p>	<p>1. Rilevazione del dolore a tutte le persone prese in carico Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) e Ambulatorio Infermieristico Distrettuale (AID)</p> <p>2. Sensibilizzazione del personale di struttura e dell'utenza SID/AID alla valutazione del sin-</p>	<p>Personale SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari D3</p> <p>Resp. Infer. SC Adulti e Anziani D'Ambrosi Gabriella Resp.Infer., S.S Cure</p>	<p>1. Evidenza della rilevazione del dolore nel 100% delle cartelle infermieristiche SID/AID aperte a far tempo dal 01/01/2013</p> <p>2. Consegna ed educazione alle persone prese in carico dal 01/04/2013 della sche-</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>programmi in essere.</p> <p>Monitoraggio di processo ed esito relativamente ad alcune patologie</p> <p>Implementazione di programmi specifici su formazione del personale su tematiche specifiche</p>	<p>tomo dolore. Ampliamento e consolidamento dell'uso di scale di valutazione del dolore:</p> <p>2.1 Educazione all'autovalutazione del dolore mediante scala NRS: diffusione e divulgazione presso l'utenza del depliant esplicativo redatto nel 2012</p> <p>2.2 Implementazione presso il personale sanitario distrettuale, mediante occasioni formative ad hoc, della scheda di rilevazione del dolore Doloplus-2 (da utilizzare a beneficio di soggetti cui sia precluso l'impiego della scala NRS per limitazioni del linguaggio, cognitive o relazionali)</p> <p>3. Monitoraggio e registrazione grafica del dolore a beneficio di tutti gli assistiti SID/AID in caso di dolore da moderato a grave (valori NRS >3 o Doloplus-2 >5 - adozione di scheda ad hoc)</p> <p>4. Segnalazione e raccordo con il Medico di</p>	<p>Amb. Dom.: Brajnik Barbara Stemberger Vanessa</p>	<p>da NRS per l'autovalutazione del dolore e del depliant esplicativo redatto nel 2012 alle persone con NRS >3 che acconsentono.</p> <p>Formazione all'uso della scheda DOLOPLUS-2 di almeno il 90% degli operatori entro il 30/06/2013</p> <p>3. Presenza nel 90% delle cartelle infermieristiche aperte dal 01/01/2013 per persone con dolore NRS>3 della scheda aziendale di monitoraggio.</p> <p>Presenza nel 90% delle cartelle infermieristiche aperte dopo completamento dell'iter formativo, per persone con dolore Doloplus-2 >5 nelle cartelle infermieristiche degli utenti non valutabili con NRS</p> <p>4.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Medicina Generale e, se indicato, coinvolgimento dello specialista competente per tipologia di dolore riferito (fisiatra, ortopedico, reumatologo, anestesista/algologo, ecc.) nei casi di scarso controllo della sintomatologia dolorosa (valori NRS >3 o Doloplus-2 >5)		Evidenza nella cartella infermieristica del raccordo e/o coinvolgimento MMG, medico di distretto dello ,specialista di branca nell'80% dei casi all'azione 3
3. PAL risk management Prevenzione delle lesioni da decubito nel SID	Implementazione del database per monitoraggio per insorgenza LDD di persone prese in carico al SID D3	Personale SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari D3	Inserimento del 100% delle schede nei casi in carico con presenza di ldd
4. PAL - Linea 1.2.3.3 Accreditamento	<p>1. Stesura di una iniziale bozza dei protocolli per l'accREDITamento di alcune delle attività svolte presso i Centri Diabetologici Distrettuali e condivisione dei protocolli tra i 4 Centri Diabetologici e il Sistema Gestione Ambiente Aziendale della Direzione Strategica.</p> <p>2. Presentazione protocollo per accREDITamento delle attività svolte presso i Centri Diabetologici Distrettuali con particolare riferimento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - accoglimento delle prime visite diabetologiche 	<p>1. Tutto il personale del Centro Diabetologico Distretto 3</p> <p>1. PO Sistema Gestione Ambiente Aziendale e PO AccREDITamento</p> <p>2. Responsabile Centro Diabetologico Distretto 3 (Dott. Riccardo Candido)</p>	<p>Entro 30/6/2013 definizione e stesura di una bozza dei protocolli, condivisa tra i 4 CDD e successivo primo incontro di verifica con Direzione strategica Sistema Gestione Ambiente Aziendale e AccREDITamento</p> <p>Al 31/12/2013 stesura del protocollo definitivo per l'accREDITamento da presentare alla Direzione Strategica Sistema Gestione Ambiente Aziendale</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<ul style="list-style-type: none"> - gestione delle visite di controllo - triage e presa in carico infermieristici - gestione ipoglicemia, terapia insulinica, dieta 		
<p>5. PAL - Linea 1.2.3.3 Accreditamento</p>	<p>1. Stesura di una iniziale bozza del protocollo per l'accREDITamento delle attività svolte presso l'Ambulatorio Chirurgico Sovradistrettuale del piede diabetico</p> <p>2. Condivisione del protocollo i Centri Diabetologici Distrettuali e il Sistema Gestione Ambiente Aziendale della Direzione Strategica</p> <p>3. Presentazione del protocollo definitivo per l'accREDITamento alla Direzione Strategica</p>	<p>1.1 dott. Maurizio Ceschin</p> <p>2.1 Dott. Maurizio Ceschin</p> <p>2.2 Resp. dei Centri Diabetologico Distrettuali (dott.ssa Caroli, dott. Candido, dott.ssa Manca, dott.ssa Petrucco)</p> <p>2.3 Direzione Strategica- Sistema Gestione Ambiente Aziendale (dott.ssa Dragani,) e AccredITamento</p> <p>3. Dott. Maurizio Ceschin</p>	<p>Al 31/12/2013 stesura del protocollo definitivo per l'accREDITamento da presentare alla Direzione Strategica Sistema Gestione Ambiente Aziendale</p>
<p>6. PAL - Linea n. 1.2.4.5 Il paziente</p>	<p>1. Creazione di una check list educativa infermieristica attraverso l'ausilio della cartella in-</p>	<p>1. Infermieri del Centro Diabetologico Distretto</p>	<p>1. Entro il 30 aprile 2013 definizione, stesura e condivisione della check list educativa.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>con malattie cronicodegenerative: continuità assistenziale. Monitoraggio e verifica degli interventi educativi Educazione terapeutica strutturata all'interno di un PDTA condiviso fra le 4 SS Centri Diabetologici Distrettuali, rivolto ai nuovi utenti che accedono ai servizi diabetologici</p>	<p>formatizzata diabetologica Eurotouch 2. A applicazione della check list educativa ad ogni nuovo utente che accede al servizio diabetologico , stampa e raccolta della stessa</p>	<p>3 2. Infermieri del Centro Diabetologico Distretto 3</p>	<p>Compilazione della ceck list per almeno il 90% dei pazienti neo accolti presso ciascuno dei 4 Centri Diabetologici Distrettuali dal 30 aprile al 31 dicembre 2013. Fonte dati: n° cartelle nuove registrate nella cartella informatizzata diabetologica dal 30 aprile 2013 al 31 dicembre 2013</p>
<p>7. PAL - Linea n. 1.2.4.5 Il paziente con malattie cronicodegenerative: continuità assistenziale. Creazione di un PDTA tra S.S. Centro Diabetologico</p>	<p>1. Creare nell'anno 2013 percorsi facilitati tra S.C. Centro Sociale Oncologico e Centri Diabetologici Distrettuali per la presa in carico dei pazienti oncologici con diabete mellito. 2. Prendere in carico i pazienti inviati dalla S.C. Centro Sociale Oncologico e non ancora in carico alla Diabetologia con diabete mellito</p>	<p>1. Responsabile Centro Diabetologico Distretto 3 (Dott. Riccardo Candido) e Dott. Beniamino Ciochi 2. Tutto il personale del Centro Diabetologico Distretto 3</p>	<p>1. Entro 30.06.2012 definizione e stesura del protocollo operativo concordato tra S.S. Centri Diabetologici e S.S. Oncologia 2. Presa in carico ai Centri Diabetologici Distrettuali del 100% dei pazienti selezionati secondo percorsi facilitati e condivisi.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
e S.C. Centro Sociale. Oncologico per la continuità assistenziale dei pazienti oncologici con diabete	non controllato (Hb1AC >7.5%) o a rischio di scompenso nel corso del trattamento chemioterapico per la presa in carico congiunta.	In collaborazione con S.C. C.S.O.	Al 31.12.2012
8. PAL - Linea n. 1.2.4.5 Il paziente con malattie cronicodegenerative: continuità assistenziale. PAL - Linea 1.2.4.8 Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti	Elevare ed omogeneizzare il grado di gestione delle persone anziane con diabete ospiti presso le Residenze Protette attraverso la creazione di protocolli relativi a: <ul style="list-style-type: none"> - Gestione dell'ipoglicemia - Gestione della terapia insulinica - Gestione ed esecuzione dell'autocontrollo glicemico 	Tutto il personale del Centro Diabetologico Distretto 3	Entro 31/12/2013 definizione, stesura, condivisione e distribuzione alle Residenze Protette dei protocolli relativi a: <ul style="list-style-type: none"> • Gestione dell'ipoglicemia • Gestione della terapia insulinica • Gestione ed esecuzione dell'autocontrollo glicemico
9. PAL - Linea n. 1.2.4.5 Il paziente con malattie cronicodegenerative: continuità assistenziale.	Rafforzare la collaborazione tra l'Associazione di Volontariato Nuova Assodiabetici Trieste ed i Centri Diabetologici Distrettuali attraverso la promozione della formazione dei volontari con la finalità di migliorare l'assistenza alle persone con diabete afferenti ai Centri Diabetologici Distrettuali.	Tutto il personale del Centro Diabetologico Distretto 3	Organizzazione e realizzazione nell'anno 2013 di almeno 3 Corsi di formazione per i Volontari dell'Associazione Nuova Assodiabetici su temi relativi all'autocontrollo glicemico, alla conoscenza degli ausili per il diabete (glucometri e penne per insulina), la terapia del diabete e

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			la gestione della dieta. Al 31.12.2012
<p>10. PAL - Linea n 1.2.2.6 Altre attività di prevenzione. Elevare il grado di collaborazione ed integrazione con il Servizio di Continuità Assistenziale per la continuità assistenziale nei pazienti con diabete</p>	<p>Consolidare attività nei CDD, al fine di mantenere un'offerta di elevata qualità di prestazioni e servizi per i residenti del Distretto e di ridurre gli accessi in PS attraverso la formazione dei Medici del Servizio di Continuità Assistenziale</p>	<p>Responsabile Centro Diabetologico Distretto 3 (Dott. Riccardo Candido)</p>	<p>Organizzare almeno 2 incontri con accreditamento ECM (formazione sul campo) per l'anno 2013 con i Medici del Servizio di Continuità Assistenziale per la gestione delle urgenze in diabetologia con discussione di casi clinici. Al 31.12.2012</p>
<p>11. PAL - Linea n. 1.2.4.5 Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale. Promozione del self-care e dell'autonomia nella gestione della malattia nelle persone affette da diabete tipo 1 e 2 in</p>	<p>Verifica del mantenimento delle conoscenze nei pazienti che hanno partecipato al Corso Regionale Residenziale di Educazione Terapeutica negli ultimi 3 anni.</p> <p>1. Contattare i pazienti che hanno partecipato ai corsi residenziali anni 2009-2010-2011 e raccogliere le adesioni a partecipare al progetto.</p> <p>2. Somministrazione del questionario iniziale ai pazienti che accettano di aderire Al progetto.</p>	<p>Dietiste dei Centri Diabetologici: Elisa Del Forno e Silvana Cum</p> <p>S.S. Centri Diabetologici Distrettuali</p> <p>dietiste S.S. Centri Diabetologici Distrettuali</p>	<p>Progettazione e realizzazione di un corso per i pazienti dei 4 Centri Diabetologici Distrettuali che hanno partecipato ai corsi regionali residenziali dal 2009 al 2011 e che hanno aderito al progetto Al 31.12.2012</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
terapia insulinica.	3. Corso di educazione terapeutica strutturata per pazienti con diabete tipo 1 e 2 in terapia isulinica finalizzato al rinforzo delle conoscenze e abilità acquisite durante i Corsi Regionali Residenziali con questionario finale somministrato ai pazienti che hanno aderito al corso		
12. PAL - Linea n. 1.2.4.5 Il paziente con malattie cronicodegenerative: continuità assistenziale. Promozione del self-care e dell'autonomia nella gestione della malattia nelle persone affette da diabete mellito tipo 1	1. Selezione dei pazienti dei 4 centri distrettuali che parteciperanno al corso 2. Corso di educazione terapeutica strutturata di approfondimento della pratica della Conta dei Carboidrati in relazione alla terapia insulinica nei pazienti in trattamento intensivo	Dietiste dei Centri Diabetologici	Progettazione e realizzazione di un corso che si svolge in 4 incontri per i pazienti dei Centri Diabetologici Distrettuali e raccolta dei questionari di ingresso e di uscita. 31/12/13
13. Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti	Promozione della qualità delle struttura. Individuazione del requisito "valutazione del dolore" con relativi strumenti di misurazione e standard da monitorare in modo continuo in almeno una struttura residenziale per anziani afferente al territorio di ogni Distretto (CdR	S.S. Anziani e residenze S.S. cure ambulatoriali e domiciliari	Somministrazione della scheda "no self report" e verifica della correttezza della stessa ogni 2 mesi (31/8, 31/10 31/12), a partire dal 1/7 sul 10% delle cartelle degli ospiti presenti in struttura (S.S.CAD) 31/12/2013.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
(PAL linea 1.2.4.8)	Comune di Muggia).		Report di sintesi dell'attività (S.S. CAD) al 31/12/2013
14. Linea 1.2.4.8 Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti	Monitorare, verificare ed eventualmente sollecitare, 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	S.S. Anziani e residenze Tutto il personale	Ogni distretto ha in evidenza la calendarizzazione ed il report riassuntivo delle verifiche effettuate, nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio con cadenza bimestrale, in merito a: la presenza nel sistema informativo e-GENeSys di una valutazione con strumento di VMD Val.Graf.-FVG aggiornata, a cura dei servizi stessi, per tutti gli utenti accolti nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati (in caso vengano riscontrate irregolarità presenza di documentazione che attesti le stesse ed il conseguente sollecito).
15. Linea 1.2.4.5 Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale	Creazione di Rete di presa in carico nel settore delle demenze tramite modifica (delibera) di PDTA sperimentale per le persone affette da disturbi cognitivi.	S.S. Anziani e Residenze Dott. V. Selmo Dott.ssa D. Gheretti	Presentazione di una proposta di revisione dell'assetto logistico e funzionale delle proprie Unità di Valutazione Alzheimer tramite modifica del PDTA per le persone affette da disturbi cognitivi entro 30/06/13. Applicazione del PDTA modificato nell'80 % dei nuovi casi che afferiscono al CDD

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			per Distretto, al fine di implementare la rete di presa in carico nel settore delle demenze. Dalla presentazione del PDTA al 31/12/13.
16. Linea 1.2.4.7 Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata	1. Utilizzo dello strumento ValGraf versione essenziale 2012 per la valutazione dei bisogni assistenziali dei pazienti adulti con PRI presi in carico in assistenza domiciliare 2. Implementazione dei dati raccolti su sistema informativo	SS Dipartimentale Riabilitazione Distretto 3 tutto il personale	1. Tutti i nuovi pazienti over 18 anni presi in carico con PRI dovranno essere valutati con la scheda di valutazione ValGraf versione essenziale 2012 2. Tutte le schede dovranno essere registrate nel sistema Genesys entro il 31/12/13
17. Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente 2013 7.2 controllo del rischio biologico e delle infezioni correlate	Formazione del personale sulle modalità di prevenzione del rischio biologico, il corretto uso dei DPI, l'utilizzazione delle precauzioni standard e specifiche per via di trasmissione delle infezioni	SS Dipartimentale Riabilitazione Distretto3 tutto il personale	Tutti gli operatori presenti al 31/12/2013 sono formati.
18. PAA OB. REGIONALE N. 4.2 Sviluppare e qualificare le Unità di valutazione	Revisione di tutta la documentazione relativa agli accordi riportati nei protocolli d'intesa delle Unità multiprofessionali integrate (EMH) nell'area della disabilità ed elaborazione del regolamento delle EMH con particolare riguardo al verbale che dovrà sempre riportare:	SS Dipartimentale Riabilitazione Distretto 3 -personale medico dirigente D.ssa Roberta Oretti dr.ssa Sabrina Pellicini	Documento con proposta di un nuovo regolamento e modulistica da usare nelle Unità multiprofessionali integrate (EMH) nell'area della disabilità presente al 31/12/13

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>multiprofessionale in tutte le aree di integrazione sociosanitaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - case manager - tempistica delle attività concordate - modalità di monitoraggio delle azioni concordate - responsabile del monitoraggio (se differente dal case manager) - indicazione di tutti i servizi (sociali e sanitari) coinvolti nella presa in carico <p>data di revisione del progetto</p>		
<p>19. Prosecuzione del percorso di omogeneizzazione dei PDTA per la presa in carico di adolescenti e giovani adulti con stati mentali a rischio o esordio psicotico e consolidamento dei processi di integrazione tra distretti, DSM, NPI dell'IRCCS Burlo Garofolo (PAL 2013 - Linea n. 1.2.4.3)</p>	<p>1. Identificazione e prima valutazione dei soggetti con potenziali stati mentali a rischio o esordio psicotico, tra tutti i nuovi casi giunti all'accoglienza per problemi psichici o relazionali nel 2013 (fascia d'età 14-18) secondo le modalità previste dal Protocollo Aziendale</p> <p>2. Applicazione delle procedure integrate definite nel Protocollo Aziendale per la presa in carico degli stati mentali a rischio o esordio psicotico e individuazione di eventuali criticità.</p> <p>3. Analisi dei percorsi assistenziali seguiti dai nuovi casi accolti nel 2013 (fascia età 14-18) per altre forme di disagio/sofferenza</p>	<p>Tutto il personale della SC BADoF</p> <p>Dott.ssa M. Stocchi, Dott.ssa N. Milos</p>	<p>1. Tutti i nuovi casi in fascia d'età 14-18 che afferiscono alla Struttura Complessa per problemi psichici o relazionali vengono valutati per individuare stati mentali a rischio o esordio psicotico. 31/12/2013</p> <p>2,3. Report sulle criticità nell'applicazione delle procedure previste dal Protocollo Aziendale e sui percorsi assistenziali 31/12/2013</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	nell'adolescenza che non rientrano nel Protocollo Aziendale		
20. Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata- Prosecuzione dello sviluppo ed implementazione delle metodologie uniformi di valutazione e progettazione personalizzata basate su ICF (PAL2013- Linea n.1.2.4.7)	Applicazione della metodologia di valutazione e progettazione personalizzata basata su ICF: 1- Identificazione e valutazione di 5 casi di minori con certificazione di handicap per cui sono previsti o sono in atto percorsi di inclusione scolastica. 2- Inserimento dei casi nel "fascicolo biopsicosociale elettronico regionale" previo ottenimento del consenso informato 3- Formazione specifica degli operatori coordinata dal Centro Collaboratore OMS	Tutto il personale della S.S. Tutela Salute Bambini Adolescenti Dott.ssa P. Abad	1,2. 5 nuovi casi di minori con certificazione di handicap, per cui sono previsti o sono in atto percorsi di inclusione scolastica, sono valutati secondo metodologia. Inserimento dei casi nel "fascicolo biopsicosociale elettronico regionale" previo ottenimento del consenso 3. partecipazione degli operatori identificati alla formazione specifica 31/12/2013
21. Sviluppo di strumenti operativi per la presa in carico integrata di minori e famiglie (Obt. 5.1 socio sanitario- PAA 2013-	Predisposizione di indirizzi generali e metodologici riguardanti il tema dell’Affido eterofamiliare. 1. Prosecuzione dell'utilizzo della scheda/profilo del minore nell'ambito degli affidi a tempo pieno eterofamigliari nell'ottica	Dott. F. Bruni	1. Compilazione della scheda per tutti i casi residenti nel distretto 3 presentati al Gruppo affidi con richiesta di affido a tempo pieno nell'anno in corso o fino all'eventuale adozione di strumenti

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Promuovere la permanenza dei minori in famiglia)	della predisposizione di uno strumento integrato socio sanitario. 2. Analisi dei progetti di affido attivi al 31/12/2012, relativi al territorio del distretto 3 per evidenziare il ruolo dello strumento "affido leggero" all'interno dei progetti personalizzati sociosanitari di presa in carico del minore e della sua famiglia.		analoghi maggiormente integrati. 2. Documento di analisi.
22. Promozione e sorveglianza dell'allattamento al seno (Prevenzione obesità- Linea n. 1.2.2.4)	Adottare modalità operative coerenti e condivise dalle SC BADoF/MMG secondo le indicazioni della Politica Aziendale e degli standard della BFCI UNICEF: 1- Utilizzo della check list post natale al momento dell'accesso della coppia Mamma Bambino ai servizi dedicati a partire dal 1 luglio 2013 2- formazione in tema di alimentazione 0- 3: MMG e operatori coinvolti (definiti secondo la Politica Aziendale) delle SCBADoF	SC BADoF dott.ssa Simonetta Olivero	1. L'80% delle coppie Mamma Bambino che accedono ai servizi della SC BADoF nel post parto entro il 1° mese di vita hanno compilata la check list post natale (individuale/ di gruppo) a partire dal 1/7/2013) 2. Almeno un corso di formazione per MMG e per operatori coinvolti (definiti secondo la Politica Aziendale) della SC BADoF 31/12/2013
23. Aggiornare i contenuti delle "Procedure comuni per i rapporti tra servizio sociale dei comuni della	Monitoraggio della presa in carico integrata dei casi di famiglie con minori segnalate nel 2013 secondo il protocollo " Procedure comuni": 1- Attivazione di un registro delle segnalazioni. 2- Analisi dei percorsi di segnalazione, valu-	Dott.ssa Maria Vittoria Sola Dott.ssa Renata Ravelli	1- Registro delle nuove segnalazioni entro il 30/06 2- Report di analisi delle criticità relative alle segnalazioni 31/12/2013

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
provincia di Trieste e le SC BADoF per l'attività socio-sanitaria integrata per bambine/i e ragazze/i" (PAA 2013- Obt.. 5.1- Promuovere la permanenza dei minori in famiglia)	tazione e presa in carico integrata previste dalle "Procedure comuni" dal 1/1 al 30/11/2013 e rilevazione delle criticità		
24. Ottimizzazione della gestione delle risorse assegnate alla Struttura Distretto 3 finalizzate all'erogazione di budget di salute e borse lavoro	1. Programmazione e monitoraggio dell'impiego delle risorse assegnate al Distretto 3 destinate a budget di salute e borse lavoro 2. Predisposizione di report con l'evidenza delle risorse impegnate	Dott.ssa Angelina Pianca Liviana Loredan Lorian Vigini	Presenza di report trimestrali con l'evidenza delle risorse impegnate per l'erogazione di budget di salute e borse lavoro
25. Ottimizzazione e razionalizzazione del percorso per il rilascio del modello S1 ai cittadini frontalieri in carico al D3	1. Ricognizione dei cittadini già titolari dei modelli S1 afferiti al D3 2. Inoltro ai cittadini frontalieri già iscritti al SSR in carico al D3 di un invito all'esperimento delle pratiche relative all'eventuale rinnovo, previo appuntamento, presso lo sportello amministrativo	Tutto il personale amministrativo	Rilascio del modello S1 su appuntamento ad almeno il 70% dei cittadini in possesso del modello in scadenza Il risultato atteso previsto è la riduzione dei tempi di attesa allo sportello amministrativo in quanto il rilascio dei modelli S1 richiede un impegno temporale considerevole: l'organizzazione attuale rallenta notevolmente

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>26.</p> <p>Sistemi informativi: Monitorare, verificare ed eventualmente sollecitare, l'utilizzo sistematico del sistema informativo SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio (Linea PAL 1.2.4.8)</p>	<p>Verifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - della presenza nel sistema informativo SIRA-FVG, per ciascun trimestre, del report relativo al rendiconto del contributo regionale per l'abbattimento della retta di accoglienza prodotto trimestralmente a cura dei servizi semiresidenziali e residenziali convenzionati; - della presenza nel sistema informativo SIRA-FVG, per ciascun trimestre, dei report relativi alla presenza, ai movimenti degli ospiti e alle liste d'attesa prodotti trimestralmente a cura delle strutture residenziali convenzionate; - della trasmissione, da parte delle strutture residenziali per anziani del report annuale relativo all'"Offerta residenziale" prodotto dal sistema informativo SIRA-FVG a cura della strutture residenziali per anziani convenzionate 	<p>Liviana LOREDAN Annamaria BIASUTTI Loriana VIGINI</p>	<p>l'attività di sportello</p> <p>Presenza di un report distrettuale con l'evidenza delle verifiche e delle eventuali sollecitazioni ai servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del territorio afferente al Distretto 3</p>
<p>27.</p> <p>Linea 1.2.4.5 Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale</p>	<p>1.</p> <p>Individuazione di uno strumento ad hoc per definire la presa in carico considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) la complessità b) le risorse impegnate c) il corrispettivo valore economico <p>2.</p>	<p>Direttore Dott.ssa Ofelia Altomare</p>	<p>Sperimentazione di uno strumento idoneo all'individuazione del target e relative voci: di complessità, di risorse impegnate, di valore economico correlato</p> <p>Almeno 2 persone residenti per ciascuna MA, in carico alle strutture distrettuali (S.C. Adulti e Anziani, S.C. BADF, SSD</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Individuazione di persone con bisogni complessi residenti in ciascuna MA in carico ai Servizi Distrettuali (priorità, es.: Ictus, Patologia dementigena, patologie neurodegenerative, Patologie oncologiche) 3. Relazione delle attività		Riabilitazione) entro 31.10.2013 Relazione di attività.
28. Riorganizzazione dei percorsi di accoglienza, valutazione e presa in carico dei casi complessi della SSdR , della SS Anziani e del SID	1. Individuazione delle criticità di processo attraverso l'analisi di 10 casi complessi in carico (es: Ictus, SLA, esiti di frattura) che hanno richiesto l'intervento congiunto della SS dipartimentale di riabilitazione, della SS Anziani e del Sid/Cure ambulatoriali e domiciliari nel periodo 01.01 – 30.06.2013 2. Predisposizione di percorsi di accoglienza, valutazione per presa in carico congiunta dei casi complessi 3. Sperimentazione del percorso/i su almeno 3 casi complessi	Responsabile della S.O. Angelina Pianca	Almeno 3 casi complessi presi in carico secondo i percorsi elaborati congiunti di accoglienza, valutazione e presa in carico elaborati
29. Promuovere lo sviluppo di comunità attraverso il programma Habitat-	Premessa (dal PdZ 2013-2015): Partecipazione al tavolo provinciale ASS1 – Ambiti per: 1. Verifica delle procedure e delle modalità	1. Ofelia Altomare – Dirigente Infermieristico Alfio Stefanic - Referente Microarea	Per ogni microarea documento condiviso di verifica dei punti a) e b) con evidenza delle criticità eventualmente riscontrate ed elaborazione linee di sviluppo. Elenco utenti fragili per ogni microarea

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Microaree	<p>operative:</p> <p>a) di presa in carico integrata; elaborazione congiunta di elenco di utenti fragili, tra gli utenti conosciuti dai servizi aziendali e/o comunali segnalati al referente di MA (uno per microarea), sulla base dei criteri che sostanziano la fragilità elaborati dal tavolo, di cui alla premessa.</p> <p>b) delle azioni di sostegno e di sviluppo del welfare di comunità.</p>	<p>Valmaura Reanna Simsig - Referente Microarea Giarizzole Martina Goica - Referente Microarea Grego Barbara Naglieri – Riferimento per il D3 MA Soncini(Referenza della MA in capo alla Fondazione Caccia Burlo) Lucia Cociancich- Riferimento per il D3 MA Zindis (Referenza della MA in capo al Comune di Muggia)</p>	
<p>30. Progetto Passi d'Argento. Realizzare una nuova indagine</p>	<p>Raccogliere informazioni sulla copertura e sulla qualità percepita degli interventi socio-sanitari di prevenzione e assistenziali sulla popolazione anziana (> = 65 anni), in particolare con disabilità, residente nelle</p>	<p>Microaree Valmaura, Giarizzole, Grego, Soncini, Zindis (Alfio Stefanic, Reanna Simsig, Martina Goica,</p>	<p>Interviste alle persone con età > = 65 anni nel periodo marzo-luglio 2013</p> <p>Numero interviste: almeno 5 per ciascuna microarea</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
PASSI d'Argento avendo come target la popolazione residente nelle microaree di Trieste e provincia, al fine di orientare e migliorare le azioni di prevenzione e di assistenza da programmare	microaree	Barbara Naglieri, Lucia Cociancich) Ofelia Altomare	

Distretto 4

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Riorganizzazione dei percorsi di accoglienza, valutazione e presa in carico dei casi complessi della SCBADoF	1. Individuazione delle criticità di processo attraverso l'analisi di 10 casi complessi in carico (casi che richiedono l'intervento congiunto di entrambe le SS Consultorio Familiare e Tutela salute Bambini Adolescenti) nel periodo 01.01 – 30.06.201 2. Predisposizione di percorsi diagnostico – terapeutici riabilitativi per presa in carico congiunta 3. Sperimentazione del percorso/i su almeno 5 casi complessi	Responsabile della S.O. Emanuela Fragiacomò	Percorsi diagnostico terapeutici riabilitativi elaborati entro il 30.09.2013 E almeno 5 casi complessi presi in carico entro il 31.12.2013 secondo i percorsi diagnostico terapeutici riabilitativi elaborati
2. Governare e riqualificare il sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti (PAL linea 1.2.4.8)	Potenziare le interconnessioni tra strutture e servizi che svolgono funzioni analoghe o complementari in aree di attività omogenee nei quattro Distretti	Dirigente SSD Servizio Infermieristico D4 Referente Aziendale Tutela Salute Anziani Dott. Flavio Paoletti	Produzione di un report conclusivo dell'attività svolta dal Gruppo Anziani che evidenzia le interconnessioni e le funzioni in aree di attività omogenee nei quattro Distretti (31.12.2013)
3. Progetto Passi d'Argento Realizzare una nuova	Raccogliere informazioni sulla copertura e sulla qualità percepita degli interventi socio-sanitari di prevenzione e	SSD Servizio Infermieristico microaree	Interviste alle persone con età > = 65 anni nel periodo marzo-luglio 2013

<p>indagine PASSI d'Argento avendo come target la popolazione residente nelle microaree di Trieste e provincia, al fine di orientare e migliorare le azioni di prevenzione e di assistenza da programmare</p>	<p>assistenziali sulla popolazione anziana (> = 65 anni), in particolare con disabilità, residente nelle microaree</p>		<p>Numero interviste: almeno 5 per ciascuna microarea</p>
<p>4. Promuovere lo sviluppo di comunità attraverso il programma Habitat-Microaree</p>	<p>Premessa (dal PdZ 2013-2015): Partecipazione al tavolo provinciale ASS1 – Ambiti per: 1. Verifica delle procedure e delle modalità operative: a) di presa in carico integrata; elaborazione congiunta di elenco di utenti fragili, tra gli utenti conosciuti dai servizi aziendali e/o comunali segnalati al referente di MA, uno per microarea. b) delle azioni di sostegno e di sviluppo del welfare di comunità.</p>	<p>SSD Servizio Infermieristico Microaree</p>	<p>Per ogni microarea del D4 documento condiviso di verifica dei punti a) e b) con evidenza delle criticità eventualmente riscontrate ed elaborazione linee di sviluppo, in particolare: elenco utenti fragili per ogni microarea</p>
<p>5. Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti (PAL linea 1.2.4.8)</p>	<p>Promozione della qualità delle strutture. Individuazione del requisito “valutazione del dolore” con relativi strumenti di misurazione e standard da monitorare in modo continuo in almeno una struttura residenziale per anziani afferente al</p>	<p>S.S. Anziani e residenze</p>	<p>Verifica della presenza della scheda “no self report” di monitoraggio del dolore ogni 2 mesi (agosto, ottobre, dicembre), a partire dal 1/7 sul 10% delle cartelle degli ospiti presenti in almeno una struttura</p>

	territorio di ogni Distretto		
6. Linea 1.2.4.8 Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti	Monitorare, verificare ed eventualmente sollecitare, 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	S.S. Anziani e residenze Tutto il personale	Ogni distretto ha in evidenza la calendarizzazione ed il report riassuntivo delle verifiche effettuate, nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio con cadenza bimestrale, in merito a: la presenza nel sistema informativo e-GENeSys di una valutazione con strumento di VMD Vaf.Graf.-FVG aggiornata, a cura dei servizi stessi, per tutti gli utenti accolti nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati (in caso vengano riscontrate irregolarità presenza di documentazione che attesti le stesse ed il conseguente sollecito)
7. Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale (PAL linea 1.2.4.5)	Creazione di Rete di presa in carico nel settore delle demenze tramite modifica (delibera) del PDTA per le persone affette da disturbi cognitivi.	Dirigente S.S. Anziani e Residenze Dott. Carlo De Vuono	Presentazione di una proposta di revisione dell'assetto logistico e funzionale delle proprie Unità di Valutazione Alzheimer tramite modifica del PDTA per le persone affette da disturbi cognitivi entro 30/06/13. e Applicazione del PDTA modificato nell'80% dei nuovi casi che

			<p>afferiscono al CDDD per Distretto, al fine di implementare la rete di presa in carico nel settore delle demenze.</p> <p>Dalla presentazione del PDTA al 31/12/13.</p>
<p>8.</p> <p>PAL risk management</p> <p>Prevenzione delle lesioni da decubito nel SID</p> <p>PAL – Obiettivi regionali su risk management verifica della qualità della documentazione clinica deL SID deL Distretto 4</p>	<p>1.</p> <p>Realizzare database per monitoraggio insorgenza LDD utenti presi in carico al SID d4</p> <p>2.</p> <p>Verifica con check list della qualità di 30 cartelle infermieristiche chiuse del SID/anno -prese random</p>	<p>SCTSAA</p> <p>D'Aliesio</p> <p>Tulliani</p> <p>SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari</p> <p>Dirigente e personale SID</p> <p>In collaborazione con SIA</p>	<p>Inserimento del 100% delle schede nei casi in carico con presenza di ldd e corrispondenza tra check list e documentazione nelle cartelle infermieristiche chiuse selezionate a random (30 cartelle/anno)</p>
<p>9.</p> <p>PAL Linea 1.2.3.2 Governo clinico e sicurezza delle cure</p> <p>PAL Linea 1.2.3.5</p> <p>Cure palliative</p> <p>Consolidamento e miglioramento dei programmi in essere.</p> <p>Monitoraggio di processo ed</p>	<p>1.</p> <p>Rilevazione del dolore a tutte le persone prese in carico Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) e Ambulatorio Infermieristico Distrettuale (AID)</p> <p>2.</p> <p>Ampliamento e consolidamento dell'uso di scale di valutazione del dolore. Sensibilizzazione del personale di struttura e dell'utenza SID/AID alla valutazione del sintomo dolore:</p> <p>1. Educazione all'autovalutazione del dolore mediante scala NRS: diffusione e</p>	<p>SC Tutela Salute Adulti Anziani (D'Aliesio – Tulliani) e personale SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari</p>	<p>9.1.</p> <p>Evidenza della rilevazione del dolore nel 100% delle cartelle infermieristiche SID/AID aperte dal 01/01/2013</p> <p>9.2.</p> <p>Consegna e educazione alle persone prese in carico dal 01/04/2013 della scheda NRS per l'autovalutazione del dolore e del depliant esplicativo redatto nel 2012 alle persone con NRS >3 che</p>

<p>esito relativamente ad alcune patologie</p> <p>Implementazione di programmi specifici su formazione del personale su tematiche specifiche</p>	<p>divulgazione presso l'utenza del depliant esplicativo redatto nel 2012</p> <p>2. Implementazione presso il personale sanitario distrettuale, mediante occasioni formative ad hoc, della scheda di rilevazione del dolore Doloplus-2 (da utilizzare a beneficio di soggetti cui sia precluso l'impiego della scala NRS per limitazioni del linguaggio, cognitive o relazionali)</p> <p>3. Monitoraggio e registrazione grafica del dolore a beneficio di tutti gli assistiti SID/AID in caso di dolore da moderato a grave (valori NRS >3 o Doloplus-2 >5 - adozione di scheda ad hoc)</p> <p>4. Segnalazione e raccordo con il Medico di Medicina Generale e, se indicato, coinvolgimento dello specialista competente per tipologia di dolore riferito (fisiatra, ortopedico, reumatologo, anestesista/algologo, ecc.) nei casi di scarso controllo della sintomatologia</p>		<p>acconsentono.</p> <p>Formazione all'uso della scheda DOLOPLUS-2 di almeno il 90% degli operatori entro il 30/06/2013</p> <p>9.3. Presenza nel 90% delle cartelle infermieristiche aperte dal 01/01/2013 per persone con dolore NRS>3 della scheda aziendale di monitoraggio. Presenza nel 90% delle cartelle infermieristiche aperte dopo completamento dell'iter formativo, per persone con dolore Doloplus-2 >5 nelle cartelle infermieristiche degli utenti non valutabili con NRS</p> <p>9.4. Evidenza nella cartella infermieristica del raccordo e/o coinvolgimento MMG, medico di distretto dello specialista di branca nell'80% dei casi al punto 3</p>
--	--	--	--

	dolorosa (valori NRS >3 o Doloplus-2 >5)		
10. Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente 2013 7.2 controllo del rischio biologico e delle infezioni correlate	Formazione del personale sulle modalità di prevenzione del rischio biologico, il corretto uso dei DPI, l'utilizzazione delle precauzioni standard e specifiche per via di trasmissione delle infezioni	SC TSAA (D'Aliesio e Tulliani) SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari Dirigente Personale Ambulatorio Infermieristico	Tutti gli operatori presenti al 31/12/2013 sono formati
11. PAL: Linea 1.2.4.1 Attuazione pianificazione locale nelle aree di integrazione sociosanitaria PDZ: Obiettivo Locale 11.1, Macroazioni 11.1.1 e 11.1.2	Realizzazione della presa in carico integrata (SC Adulti Anziani – UOT 3) di persone con malattie cronico-degenerativa o in fase terminale e con problematiche socio-assistenziali. Impiego e applicazione dei PDTA 2012 già approvati e validati (BPCO, diabete mellito e scompenso cardiaco), se indicato	Benazzi Tulliani D'Aliesio Predolin Ruzzier I pazienti sono diversi dai pazienti identificati ai fini del raggiungimento delle RAR 2013	Entro il 31.12.2013 Presa in carico integrata di 10 soggetti affetti da patologia di durata o in fase terminale e con problematiche socio-assistenziali: Stesura di progetto congiunto per ciascun assistito presoin carico Se indicato applicazione dei PDTA 2012 nei casi presi in carico in cui la diagnosi principale sia rappresentata da BPCO, diabete mellito o scompenso cardiaco e Presenza di documentazione adeguata che dimostri la presa in carico integrata (e l'applicazione del relativo PDTA, se indicato) di 10 casi di assistiti affetti da malattia cronico-degenerativa o terminalità e con problematiche socio-assistenziali
12. PAL - Linea 1.2.3.3	1. Stesura di una iniziale bozza dei	1. Tutto il personale del	12.1. Entro 30/6/2013 definizione e

<p>Accreditamento</p>	<p>protocolli per l'accREDITamento di alcune delle attività svolte presso i Centri Diabetologici Distrettuali e condivisione dei protocolli tra i 4 Centri Diabetologici e il Sistema Gestione Ambiente Aziendale della Direzione Strategica.</p> <p>2. Presentazione dei protocolli definitivi per l'accREDITamento delle attività svolte presso i Centri Diabetologici Distrettuali con particolare riferimento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - accogliimento delle prime visite diabetologiche - gestione delle visite di controllo - triage e presa in carico infermieristica - gestione ipoglicemia, terapia insulinica, dieta 	<p>Centro Diabetologico Distrettuale In collaborazione con Direzione Strategica – Sistema Gestione Ambiente Aziendale e AccredITamento</p> <p>2. Responsabile Centro Diabetologico Distretto 4 Dott.ssa E. Caroli</p>	<p>stesura di una bozza dei protocolli, condivisa tra i 4 CDD e successivo primo incontro di verifica con Direzione strategica Sistema Gestione Ambiente Aziendale e AccredITamento</p> <p>12.2. Al 31/12/2013 stesura del protocollo per l'accREDITamento da presentare alla Direzione Strategica Sistema Gestione Ambiente Aziendale</p>
<p>13 PAL - Linea n. 1.2.4.5 Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale. Monitoraggio e verifica degli interventi educativi Educazione terapeutica strutturata all'interno di un PDTA condiviso fra le 4 SS Centri Diabetologici</p>	<p>1. Creazione di una check list educativa infermieristica attraverso l'ausilio della cartella informatizzata diabetologica Eurotouch</p> <p>2. Applicazione della check list educativa ad ogni nuovo utente che accede al servizio diabetologico , stampa e raccolta della stessa</p>	<p>Infermieri S.S Centro Diabetologico Distrettuale</p>	<p>Entro il 30 aprile 2013 definizione, stesura e condivisione della check list educativa.</p> <p>Compilazione della ceck list per almeno il 90% dei pazienti neo accolti presso ciascuno dei 4 Centri Diabetologici Distrettuali dal 30 aprile al 31 dicembre 2013.</p> <p>Fonte dati: n° cartelle nuove registrate nella cartella informatizzata diabetologica dal 30 aprile 2013 al 31 dicembre</p>

<p>Distrettuali, rivolto ai nuovi utenti che accedono ai servizi diabetologici</p>			<p>2013</p>
<p>14 PAL - Linea n. 1.2.4.5 Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale. Creazione di un PDTA tra S.S. Centro Diabetologico e S.C. Centro Sociale Oncologico per la continuità assistenziale dei pazienti oncologici con diabete</p>	<p>1. Creare nell'anno 2013 percorsi facilitati tra S.C. Centro Sociale Oncologico e Centri Diabetologici Distrettuali per la presa in carico dei pazienti oncologici con diabete mellito. 2. Prendere in carico i pazienti inviati dalla S.C. Centro Sociale Oncologico e non ancora in carico alla Diabetologia con diabete mellito non controllato (Hb1AC >7.5%) o a rischio di scompenso nel corso del trattamento chemioterapico per la presa in carico congiunta.</p>	<p>1. Responsabile S.S. Centro Diabetologico Distretto 4 Dott.ssa Caroli In collaborazione con CSO 2. Tutto il personale della S.S Centro Diabetologico Distrettuale</p>	<p>14.1. Entro 30.06.2013 definizione e stesura del protocollo operativo concordato tra S.S. Centri Diabetologici e S.S. Oncologia 14.2. Presa in carico da parte del Centro Diabetologico del 100% dei pazienti inviati dal Centro Oncologico secondo i percorsi facilitati e condivisi. Al 31.12.2013</p>
<p>15 PAL - Linea n. 1.2.4.5 Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale. PAL - Linea 1.2.4.8 Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non</p>	<p>1. Elevare ed omogeneizzare il grado di gestione delle persone anziane con diabete ospiti presso le Residenze Protette attraverso la creazione di protocolli relativi a: - Gestione dell'ipoglicemia - Gestione ed esecuzione dell'auto-controllo glicemico</p>	<p>Tutto il personale S.S Centro Diabetologico Distrettuale</p>	<p>Entro 31/12/2013 definizione, stesura, e distribuzione alle Residenze Protette dei protocolli relativi a: - Gestione dell'ipoglicemia - Gestione ed esecuzione dell'autocontrollo glicemico</p>

autosufficienti			
16 PAL - Linea n. 1.2.4.5 Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale.	Rafforzare la collaborazione tra l'Associazione di Volontariato Nuova Assodiabetici Trieste ed i Centri Diabetologici Distrettuali attraverso la promozione della formazione dei volontari con la finalità di migliorare l'assistenza alle persone con diabete afferenti ai Centri Diabetologici Distrettuali.	Tutto il personale dei Centri Diabetologici Distrettuali.	Organizzazione e realizzazione nell'anno 2013 di almeno 3 corsi di formazione per i Volontari dell'Associazione Nuova Assodiabetici su temi relativi all'autocontrollo glicemico, alla conoscenza degli ausili per il diabete (glucometri e penne per insulina), la terapia del diabete e la gestione della dieta.
17 PAL - Linea n. 1.2.4.5 Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale. Promozione del self-care e dell'autonomia nella gestione della malattia nelle persone affette da diabete tipo 1 e 2 in terapia insulinica.	Verifica del mantenimento delle conoscenze nei pazienti che hanno partecipato al Corso Regionale Residenziale di Educazione Terapeutica negli ultimi 3 anni. 1. Contattare i pazienti che hanno partecipato ai corsi residenziali anni 2009-2010-2011 e raccogliere le adesioni a partecipare al progetto. 2. Somministrazione del questionario iniziale ai pazienti che accettano di aderire	Dietiste dei S.S. Centri Diabetologici Distrettuali	Progettazione e realizzazione di un corso per i pazienti dei 4 Centri Diabetologici Distrettuali che hanno partecipato ai corsi regionali residenziali dal 2009 al 2011 e che hanno aderito al progetto, con somministrazione del questionario finale Al 31.12.2013

	<p>Al progetto.</p> <p>3.</p> <p>Corso di educazione terapeutica strutturata per pazienti con diabete tipo 1 e 2 in terapia isulinica finalizzato al rinforzo delle conoscenze e abilità acquisite durante i Corsi Regionali Residenziali con questionario finale somministrato ai pazienti che hanno aderito al corso</p>		
<p>18</p> <p>PAL - Linea n. 1.2.4.5 Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale. Promozione del self-care e dell'autonomia nella gestione della malattia nelle persone affette da diabete mellito tipo 1</p>	<p>1.</p> <p>Selezione dei pazienti dei 4 centri distrettuali che parteciperanno al corso</p> <p>2.</p> <p>Corso di educazione terapeutica strutturata di approfondimento della pratica della Conta dei Carboidrati in relazione alla terapia insulinica nei pazienti in trattamento intensivo</p>	<p>S.S. Centri Diabetologici Distrettuali</p> <p>Elisa Del Forno e Silvana Cum</p>	<p>Progettazione e realizzazione di un corso che si svolge in 4 incontri per i pazienti dei Centri Diabetologici Distrettuali e raccolta dei questionari di ingresso e di uscita.</p> <p>31/12/13</p>
<p>19</p> <p>Linea 1.2.4.7 Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata</p>	<p>1.</p> <p>Utilizzo dello strumento ValGraf versione essenziale 2012 per la valutazione dei bisogni assistenziali dei pazienti adulti con PRI presi in carico in assistenza domiciliare</p> <p>2.</p> <p>Implementazione dei dati</p>	<p>SSD Riabilitazione</p> <p>Tutto il personale</p>	<p>Tutti i nuovi pazienti over 18 anni presi in carico con PRI si dovranno essere valutati con la scheda di valutazione ValGraf versione essenziale 2012</p> <p>Tutte le schede sono registrate nel sistema Genesys.</p>

	raccolti su sistema informativo		
20 Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente 2013 7.2 controllo del rischio biologico e delle infezioni correlate	Formazione del personale sulle modalità di prevenzione del rischio biologico, il corretto uso dei DPI, l'utilizzazione delle precauzioni standard e specifiche per via di trasmissione delle infezioni	SSD Riabilitazione Tutto il personale	Tutti gli operatori presenti al 31/12/2013 sono formati.
21 OB. REGIONALE N. 4.2 Sviluppare e qualificare le Unità di valutazione multiprofessionale in tutte le aree di integrazione sociosanitaria. OB. REGIONALE N.4.4 Programmare le risorse ritenute appropriate e disponibili attraverso il dispositivo del progetto personalizzato di intervento o del piano di assistenza/intervento	Revisione di tutta la documentazione relativa agli accordi riportati nei protocolli d'intesa delle Unità multiprofessionali integrate (EMH) nell'area della disabilità ed elaborazione del regolamento delle EMH con particolare riguardo al verbale che dovrà sempre riportare: - case manager - tempistica delle attività concordate - modalità di monitoraggio delle azioni concordate - responsabile del monitoraggio (se differente dal case manager) - indicazione di tutti i servizi (sociali e sanitari) coinvolti nella presa in carico data di revisione del progetto	SS Dipartimentale Riabilitazione Obiettivo del dirigente Dr.ssa Giovagnoli Angela Dr.ssa Santoro Lucia Dott. Stea Cristiano	Documento con proposta di un nuovo regolamento e modulistica da usare nelle Unità multiprofessionali integrate (EMH) nell'area della disabilità presente al 31/12/13
22 Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della	1 Individuazione di 5 nuovi casi con certificazione di handicap per cui sono previsti o sono in atto percorsi di	SS Tutela Salute Bambini Adolescenti: Dott.ssa. Sara Frisari Dott.ssa Linda Puzzer	1,2,3 5 nuovi casi valutati secondo le indicazioni e raccolta del consenso informato

<p>presa in carico integrata - Prosecuzione del progetto “Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione basati su ICF” Linea 1.2.4.7</p>	<p>inclusione scolastica 2 Applicazione della metodologia di valutazione e progettazione personalizzata basate su ICF ai casi individuati 3 Raccolta del consenso informato per inserimento dei dati nel “fascicolo biopsicosociale elettronico” dei casi nello specifico sistema informativo prototipale sviluppato dal Centro Collaboratore OMS. 4 Formazione degli operatori coordinata dal Centro Collaboratore OMS. Reclutamento nuovi tutor per sperimentazione e relativa formazione.</p>	<p>Dott.ssa Stefania Zoia Dott.ssa Cristina Rumer</p>	<p>per inserimento dei dati nel “fascicolo biopsicosociale elettronico” dei casi nello specifico sistema informativo prototipale sviluppato dal Centro Collaboratore OMS. 31/12/2013. 4 Partecipazione degli operatori identificati alla formazione specifica.</p>
<p>23 Riorganizzazione dei percorsi di accoglienza, valutazione e presa in carico dei casi complessi della SCBADO F</p>	<p>1. Individuazione delle criticità di processo attraverso l'analisi di 10 casi complessi in carico (casi che richiedono l'intervento congiunto di entrambe le SS Consultorio Familiare e Tutela salute Bambini Adolescenti) nel periodo 01.01 – 30.06.2013 2. Predisposizione di percorsi diagnostico – terapeutici riabilitativi per presa in carico</p>	<p>Responsabile della SSTSBA Cosetta Ceschia Responsabile della SSCF M. Alessandra Carraro</p>	<p>Percorsi diagnostico terapeutici riabilitativi elaborati entro il 30.09.2013 e almeno 5 casi complessi presi in carico entro il 31.12.2013 secondo i percorsi diagnostico terapeutici riabilitativi elaborati</p>

	<p>congiunta</p> <p>3.</p> <p>Sperimentazione del percorso/i su almeno 5 casi complessi</p>		
<p>24</p> <p>Prosecuzione del percorso di Omogeneizzazione dei PDTA attraverso il miglioramento dell'intercettazione precoce di adolescenti e giovani adulti con stati mentali a rischio o esordio psicotico e consolidamento dei processi di integrazione tra DSM, distretti, NPI dell'IRCCSS Burlo Garofolo</p> <p>Linea n. 1.2.4.3 salute mentale</p>	<p>1.</p> <p>Identificazione e prima valutazione tra tutti i nuovi casi giunti all'accoglienza delle due SS per problemi psichici o relazionali nel 2013 nella fascia d'età 14-18 dei soggetti con potenziali stati mentali a rischio o esordio psicotico secondo le modalità previste dal protocollo aziendale</p> <p>2.</p> <p>Applicazione delle procedure integrate definite nel Protocollo Aziendale (DSM-SC BADoF) per il riconoscimento precoce degli stati mentali a rischio o esordio psicotico e individuazione di eventuali criticità</p>	<p>Tutto il personale della SCBADoF</p>	<p>Tutti i nuovi casi in fascia d'età 14-18 che afferiscono alla Struttura Complessa per problemi psichici o relazionali vengono valutati per individuare stati mentali a rischio o esordio psicotico.</p> <p>Tutti i nuovi casi della fascia 14-18 individuati come stati mentali a rischio o esordio psicotico seguono le procedure integrate definite nel Protocollo per il riconoscimento precoce degli stati mentali a rischio o esordio psicotico, individuando le eventuali criticità nell'applicazione delle procedure.</p>
<p>25</p> <p>Promozione e sorveglianza dell'allattamento al seno (Prevenzione obesità- Linea n. 1.2.2.4)</p>	<p>Adottare modalità operative coerenti e condivise dalle SC BADoF/MMG secondo le indicazioni della Politica Aziendale e degli standard della BFCI UNICEF:</p> <p>1.</p> <p>Utilizzo della check list post natale al momento dell'accesso della coppia Mamma Bambino ai servizi dedicati a</p>	<p>Tutto il personale della SCBADoF</p>	<p>1,2.</p> <p>L'80% delle coppie Mamma Bambino che accedono ai servizi della SC BADoF nel post parto entro il 1° mese di vita hanno compilata la</p>

	<p>partire dal 1 luglio 2013</p> <p>2. Formazione in tema di alimentazione 0-3: MMG e operatori coinvolti (definiti secondo la Politica Aziendale) delle SCBADoF</p> <p>3. Monitoraggio dei tassi di allattamento esclusivo alla 2a vaccinazione attraverso l'inserimento dei dati nel sistema regionale</p>		<p>check list post natale (individuale/ di gruppo) (a partire dal 1/7/2013)</p> <p>3. Inserimento di tutte le schede sull'alimentazione al momento della 2a vaccinazione</p>
<p>26 In continuità con le azioni avviate negli anni precedenti, monitorare, verificare ed eventualmente sollecitare, l'utilizzo sistematico dei sistemi informativi SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati</p>	<p>1. Presenza nel sistema informativo SIRA-FVG, per ciascun trimestre, del report relativo al rendiconto del contributo regionale per l'abbattimento della retta di accoglienza prodotto trimestralmente a cura dei servizi semiresidenziali e residenziali convenzionati;</p> <p>2. Presenza nel sistema informativo SIRA-FVG, per ciascun trimestre, dei report relativi alla presenza (modulo sezione A), ai movimenti degli ospiti accolti (modulo sezione B) e alle liste di attesa (modulo liste di attesa) prodotti trimestralmente a cura delle strutture residenziali.</p>	<p>P.O. Gestione servizi amministrativi del Distretto</p> <p>4.</p>	<p>Produzione di un report distrettuale che evidenzi le verifiche effettuate, a cadenza trimestrale, sul rispetto da parte delle strutture residenziali e semiresidenziali convenzionate, relativamente alle azioni n. 1 e 2.</p> <p>Predisposizioni e invio delle eventuali note di sollecito alle strutture predette.</p> <p>Risultato atteso: effettuazione controlli e inserimento nel report degli esiti delle verifiche effettuate del 100% delle strutture convenzionate, entro 20 gg dalla scadenza del trimestre di riferimento. Invio degli eventuali solleciti entro 20 gg successivi dalle scadenze previste.</p>

<p>27</p> <p>Definizione e stesura di una metodologia volta al controllo, alla verifica e del conseguente corretto inserimento delle prestazioni aggiuntive dei MMG e dei PLS afferenti al Distretto 4</p>	<p>1. Disamina dei testi contrattuali nazionali, regionali e aziendali vigenti sia dei MMG che dei PLS, con particolare attenzione alle parti dedicate alle prestazioni aggiuntive;</p> <p>2. Stesura di un procedura tipo, propedeutica all'inserimento nel sistema SIASI delle prestazioni da parte del personale amministrativo, volta alla corretta interpretazione contrattuale, al rispetto della tempistica prevista e al controllo di legittimità;</p> <p>3. Predisposizione di modalità di verifica a campione delle prestazioni inserite precedentemente.</p>	<p>Tutto il personale amministrativo del Distretto 4.</p> <p>In collaborazione con i responsabili delle attività sanitarie a livello distrettuale</p>	<p>Stesura di una procedura unificata di controllo e verifica delle corrette disposizioni contrattuali (nazionali, regionali e aziendali) in relazione alla presentazione, inserimento e liquidazione di tutte le prestazioni aggiuntive di cui agli allegati d), g) h) dell'ACN 2009 MMG e allegati b), e), e bis) l) dell'ACN 2009 PLS.</p> <p>Definizione di modalità di verifica a campione sulle prestazioni già inserite.</p> <p>Risultato atteso: procedura di controllo e modalità di verifica a campione, firmate dal Direttore del Distretto e protocollate entro la data del 31.12.2013</p>
<p>28.</p> <p>Facilitare i percorsi di cura dei pazienti con patologia da dipendenza</p>	<p>1. Predisporre con il Dipartimento delle Dipendenze la procedura operativa finalizzata all'esenzione dal ticket per patologia specifica</p> <p>2. Sperimentazione e monitoraggio della nuova procedura. Tutte le dichiarazioni di esenzione ticket rilasciate dai medici specialisti del DDD vengono raccolte e registrate presso il Distretto 4 secondo la</p>	<p>Personale amministrativo degli sportelli del Distretto 4.</p> <p>In collaborazione con il personale amministrativo del DDD.</p>	<p>1,2</p> <p>Report relativo alle esenzioni richieste e gestite secondo la nuova procedura.</p> <p>Entro 31.12.2013</p>

	<p>nuova procedura.</p> <p>3. Registrazione nel gestionale SIASI, delle esenzioni rilasciate dai medici specialisti del DDD, per ogni paziente con conseguente stampa della nuova tessera sanitaria cartacea recante l'esenzione.</p>		<p>3. Registrazione nuove esenzioni e stampa tessera cartacea entro 7 giorni lavorativi dalla ricezione della documentazione da parte del DDD.</p>
<p>29 Migliorare la fruibilità di tutte le pratiche relative alla richiesta di protesi mammarie mediante l'utilizzo dei sistemi informatici</p>	<p>1. Individuazione di tutte le pratiche di richiesta di protesi mammaria presentate dalle utenti residenti nell'ambito del Distretto 4, a decorrere dal 1 gennaio 2013;</p> <p>2. Scansione dei documenti cartacei relativi alle pratiche di cui al punto 1 (richiesta della protesi sull'impegnativa dell'MMG di riferimento, copia del verbale di dimissione ospedaliera dell'intervento chirurgico o, in assenza, controllo nel sistema SIASI dell'avvenuto ricovero, copia della bolla di consegna della protesi se presente o, in alternativa, scansione del retro dell'impegnativa medica recante timbro della ditta fornitrice, fattura inoltrata al Distretto 4 da parte della ditta fornitrice);</p> <p>3 Creazione di un data base su apposito</p>	<p>Personale amministrativo della Segreteria e dell'Ufficio Assistenza Protesica del Distretto 4</p>	<p>Apertura e gestione di un archivio razionale di tutti i file relativi alla pratiche di richiesta di protesi mammarie presentate al Distretto 4, a decorrere dal 1 gennaio 2013. Risultato atteso: inserimento nell'archivio del 100% delle richieste presentate al Distretto entro la data del 30.11.2013 e del 100% della fatture ricevute entro la data del 30.11.2013.</p>

	<p>supporto informatico dei documenti scansionati (suddivisi per mese di presentazione della richiesta);</p> <p>4</p> <p>Aggiornamento periodico e costante del data base informatico, con il materiale cartaceo.</p>		
<p>30</p> <p>Presenza in carico e controllo delle pratiche delle prestazioni non urgenti, erogate nella Provincia di Trieste, agli S.T.P. per l'invio al Ministero della Salute, per il tramite della competente DRS, ai fini del rimborso degli addebiti</p>	<p>1 protocollazione in entrata di tutte le pratiche ricevute;</p> <p>2 controllo di legittimità delle pratiche con corretto inquadramento della fattispecie di prestazioni (ricoveri non urgenti, ricette farmaci, visite specialistiche, esami diagnostici) e nei filoni di attività sanitarie previsti dalla normativa vigente (art. 35 d.lgs 286/98: tutela sociale della gravidanza, tutela della salute del minore, vaccinazioni, profilassi internazionale, profilassi diagnosi e cura malattie infettive);</p> <p>3 una volta effettuato il controllo, assunzione dell'impegno di spesa delle pratiche corrette e relativo inoltro alle strutture eroganti (sia pubbliche che private accreditate)</p> <p>4 creazione di un prospetto riepilogativo dei costi, suddiviso per tipologia di prestazione, anno di riferimento, ente erogante, filone di attività sanitaria, da</p>	<p>Tutto il personale incardinato nell'Ufficio Convenzioni Internazionali</p>	<p>Istruttoria, controllo, rilascio autorizzazione, creazione dei prospetti riepilogativi, notifica alla competente Direzione Centrale Salute, Integrazione Socio sanitaria e Politiche Sociali, al fine dell'invio al Ministero della Salute delle pratiche ricevute dall'Ufficio entro il 31.12.2012 e relative agli anni dal 2007 al 2011 per prestazioni non urgenti (tutela sociale della gravidanza, tutela della salute del minore, vaccinazioni, profilassi internazionale, profilassi diagnosi e cura malattie infettive) erogate dalle Aziende Sanitarie della Provincia di Trieste (ASS1, AOUST e Burlo) e addebitate all'Ufficio Convenzioni Internazionali, effettuate agli stranieri non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale, non in regola con il permesso di soggiorno a cui è stato</p>

	sottoporre alla firma del DG 5 invio del prospetto di cui al punto 4, alla competente DRS ai fini dell'inoltro al Ministero della Salute per la richiesta di finanziamento a valere sul Fondo Sanitario Nazionale		rilasciato il codice S.T.P. Completamento del lavoro con risultato atteso al 95%, entro il 31.12.2013
31 Presa in carico e controllo delle pratiche delle prestazioni urgenti di ricovero erogate nella Provincia di Trieste, agli iscritti AIRE per l'invio al Ministero della Salute, per il tramite della competente DRS, ai fini del rimborso degli addebiti	1. protocollazione in entrata di tutte le pratiche ricevute; 2. controllo di legittimità delle pratiche (verifiche delle corrette posizioni assicurative nel sistema SIASI) e delle prestazioni erogate in base ai requisiti di legge; 3. una volta effettuato il controllo, assunzione dell'impegno di spesa delle pratiche corrette e relativo inoltro alle strutture eroganti; 4. creazione di un prospetto riepilogativo dei costi, suddiviso per annualità di riferimento, da sottoporre alla firma del DG 5. invio del prospetto di cui al punto 4, alla competente DRS ai fini dell'inoltro al Ministero della Salute per la richiesta di finanziamento a valere sul Fondo Sanitario Nazionale	Tutto il personale incardinato nell'Ufficio Convenzioni Internazionali	Istruttoria, controllo, rilascio autorizzazione, creazione dei prospetti riepilogativi, notifica alla competente Direzione Centrale Salute, Integrazione Socio sanitaria e Politiche Sociali, al fine dell'invio al Ministero della Salute delle pratiche ricevute dall'Ufficio entro il 31.12.2012 e relative agli anni dal 2007 al 2011 per prestazioni urgenti di ricovero erogate nella Provincia di Trieste e addebitate all'Ufficio Convenzioni Internazionali dell'ASS1 effettuate agli iscritti A.I.R.E (anagrafe italiani residenti all'estero, combinato disposto Decreto Sanità Tesoro 1.2.1996 e D.P.R. 618/80). Completamento del lavoro con risultato atteso al 95%, entro il 31.12.2013
32 Migliorare l'attività di informazione relativa ai	Monitorare le richieste di informazione/interventi da parte dei dializzati e loro famigliari	Ass.soc.dott.ssa Gianna Fedola	Report di analisi delle richieste dei dializzati e loro famigliari Realizzazione di schede informative

<p>servizi socio-sanitari presenti nel territorio allo scopo di far conoscere ai soggetti in dialisi ed ai loro familiari, le varie opportunità offerte ed accedere con maggiore consapevolezza e partecipazione a questi servizi</p>	<p>Preparare delle schede informative da consegnare ai dializzati/famigliari nel corso del primo colloquio, che forniscano informazioni sintetiche sui servizi e sui percorsi per poter fruire delle prestazioni richieste più frequentemente</p>		<p>per l'utente che facilitino l'accesso ai servizi ed alle risorse territoriali in grado di fornire risposte adeguate ai bisogni di tali soggetti Al 31/12/13</p>
<p>33 Effettuare verifiche delle condizioni di vita di soggetti in trattamento emodialitico residenti nel Distretto Sanitario n.4 al fine di individuare ed intervenire su situazioni di disagio e problematiche che potrebbero essere causa di isolamento sociale ed istituzionalizzazione</p>	<p>Selezionare i pazienti del Distr.San.4 con minor grado di autonomia che necessitano di trasporto in dialisi con ambulanza o accompagnati dall'Assoc. A.Ma.re il Rene (circa n.30 soggetti)</p> <p>Riesaminare la situazione familiare/sociale/ambientale di tali soggetti (colloqui con pazienti e famigliari/contatti telefonici/visite domiciliari/scambi di informazioni con altri servizi ecc.)</p> <p>Proporre e concordare con i vari servizi (UOT 3/unità distrettuali/assoc. Volontariato ecc.) interventi volti a superare o gestire nel miglior modo possibile le situazioni di disagio</p>	<p>Ass.soc.dott.ssa Gianna Fedola</p>	<p>Aggiornamento ed adeguamento dei percorsi assistenziali e di salute dei 30 soggetti esaminati Al 31/12/13</p>

Dipartimento di Salute Mentale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Consolidamento della capacità di presa in carico condivisa attraverso progetti personalizzati di salute condivisi con i MMG, PLS, Medici di Continuità Assistenziale in integrazione con le attività distrettuali.</p> <p>PAL 2013 - Linea 1.2.4.3</p>			
<p>1.1. Prosecuzione e razionalizzazione del progetto sperimentale "Qualcosa non va?" / Presidi Distrettuali in relazione alla domanda rilevata e alle risorse disponibili.</p>	<p>1. Razionalizzazione dei percorsi diagnostici e di presa in carico condivisa coi MMG (presidi distrettuali, persone che invecchiano anche in relazione all'attività del CDDD).</p> <p>2. Realizzazione di percorsi formativi congiunti in riferimento al punto 1.2 (a livello distrettuale, coinvolgendo i responsabili distrettuali e dipartimentali).</p>	<p>1. Coordinamento DSM Bvdaž B. Carlotta Baldi, Alessandra Oretti, Paolo Peressutti, Francesca Santoro, Rosario Forturello, Valentina Botter, Benedetto Capodieci, Pietro Zolli, Michela Carmignani, Antonio Riolo, Gabriella Tirone, Barbara Bvdaz, Mario Colucci, Stana Stanic, Simona Landucci, Alessandro Barberio, Lucio Di Gennaro, Renato Davi, Maria Antonietta Rausa, Giovanni Berna, Laura Tacca, Diego Calligaris, Ernestina Cariello, Gemma Cannata, Direzione DSM</p>	<p>1. Predisporre un report annuale di presentazione dell'attività 2013 del progetto sperimentale "Qualcosa non va?" / Presidio Distrettuale di Salute Mentale.</p> <p>2. Almeno 1 giornata di formazione rivolta ai MMG - PLS, con attivazione della SCA, per la presentazione del Presidio Distrettuale di Salute Mentale e dei Punti di Accoglienza dedicati a questioni specifiche. 31/12/2013</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1.2. Miglioramento della qualità delle cure mediche per le persone con grave disturbo psichico e rilevanti patologie organiche / bisogni complessi (riedizione Progetto MMG "Tutor di salute")</p>	<p>1. La coorte individuata nel 2012 continua ad essere presa in carico con le modalità del progetto MMG "Tutor di salute"</p> <p>2. Incontri dedicati CSM / MMG / Distretto</p> <p>3. Formulazione di programmi individuali e percorsi congiunti per la prevenzione medico-clinica e la promozione della salute congiunti tra DSM / MMG / Distretti per persone con bisogni complessi</p> <p>4. Interventi congiunti coi MMG, i Distretti, le strutture dell'AOUTS</p> <p>6. Valutazione dei fattori di rischio nelle Persone con Bisogni Complessi.</p>	<p>Karavalaki I.</p> <p>Coordinamento DSM Impagnatiello M. CSM Barcola Forturello L. CSM Maddalena Domenighini S., Zolli P. CSM Domio Babici Franco, Longo A., Riolo A. CSM via Gambini Bavdaz B., Dagostini L., Del Gaiso S., Di Leta A., Moratto E. SAR Norbedo A. Giorgi E., Lumbau F., Tremul F. Personale dei CSM e SAR Direzione DSM Bracco R. Sanguanini L.</p>	<p>30 per CSM e 15 per il SAR hanno un programma individuale integrato con presa in carico congiunta tra DSM, Distretti e MMG.</p> <p><u>Nota per le SC</u> Le persone entrate nella coorte nel 2012 eventualmente decedute vanno sostituite.</p> <p>31/12/2013</p>
	<p>7. Razionalizzazione dei percorsi diagnostici e di appropriatezza</p>	<p>7. CSM Barcola Baldi C.</p>	<p>7. Presentazione di una proposta di revisione dell'assetto logistico e</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>prescrittiva condivisa con gli MMG (presidi distrettuali, persone che invecchiano in relazione all'attività del CDDD del D1, D2, D3, D4).</p>	<p>CSM Maddalena Botter V., Zolli P. CSM Domio Carmignani M. per il CSM via Gambini Clinica Psichiatrica Universitaria Di Gennaro L.</p>	<p>funzionale delle proprie Unità di Valutazione Alzheimer tramite modifica del PDTA per le persone affette da disturbi cognitivi entro 30/06/13.</p> <p>Applicazione del PDTA modificato nell'80 % dei nuovi casi che afferiscono al CDDD per Distretto, al fine di implementare la rete di presa in carico nel settore delle demenze. Dalla presentazione del PDTA al 31/12/13.</p>
<p>2. Sperimentare nuove strategie integrate di risposta tra gli attori della Rete territoriale per gli "esordi" psicotici e affettivi e per altre forme di disagio/sofferenza nell'adolescenza (ripresa/recovery). PAL 2013 - Linea 1.2.4.3</p>	<p>1. Definizione dei percorsi di cura orientati alla ripresa/recovery, e consolidamento dei processi di integrazione tra servizi di salute mentale, servizi di NPI territoriali e ospedalieri, PLS, MMG, Servizi Sociali, Distretti sanitari, anche con l'eventuale apporto di associazionismo e Stakeholders</p>	<p>Coordinamento DSM Mezzina R. CSM Barcola Oretti A. , Rausa A., Goffredo. M. Germano C., CSM Maddalena Berna G., Barnafi S., Colombari S., Lo Nigro G., Mortl E., Tensi L. CSM Domio Rauber S., Calligaris D., Giust T. CSM Gambini</p>	<p>1., 2., 3., 4., 5., 6. Produzione di un report analitico sull'attività 2012 del gruppo funzionale e sulle persone prese in carico con particolare attenzione a: a. percorsi integrati con i PLS - MMG, con i servizi distrettuali, b. alle procedure di raccordo con l'IRCCS Burlo Garofalo, c. giovani under 25 con accesso diretto ai CSM con particolare riferimento alle risorse abilitative</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>2. Identificare e valutare, tra tutti i nuovi casi del 2013 (16 – 25 anni), le persone con stati mentali a rischio o esordio psicotico secondo le modalità previste dal protocollo aziendale per “la presa in carico di adolescenti e giovani con stato mentale a rischio o all’esordio di un disturbo mentale severo” (revisione 2011)</p> <p>3. Proseguire l'utilizzo di procedure integrate intra-aziendali per il riconoscimento precoce e la presa in carico dei casi a rischio o conclamati applicando la scheda di presa in carico congiunta elaborata dal gruppo funzionale a tutti i casi presi in carico</p> <p>4. Partecipare agli incontri del gruppo funzionale di progetto.</p> <p>5.</p>	<p>Colucci M., Battiston C., Tomei M. SAR Ridente P. SPDC Barberio A. Direzione DSM Cecchini P. Karavalaki I.</p>	<p>(attività risocializzanti ed espressive, formazione lavoro, ecc.). 2,3. Tutti i nuovi casi vengono valutati secondo il protocollo aziendale <i>n. nuovi casi / n. casi valutati</i></p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>Sperimentazione di messa in comune di risorse per la presa in carico congiunta secondo modalità differenziate per distretto;</p> <p>6. Attività di produzione opuscoli/libri con annessa campagna di sensibilizzazione, con il coinvolgimento dei consultori.</p>		<p>6. Stesura dei materiali finalizzati alla campagna di comunicazione sociale. 31/12/2013</p>
<p>3. Proseguire nel consolidare la Rete regionale di risposta ai Disturbi del Comportamento Alimentare (primo, secondo livello) PAL 2013 - Linea 1.2.4.3</p>	<p>1. Definizione dei percorsi di cura e riabilitazione dei DCA nel primo e nel secondo livello nella prospettiva dell'integrazione con i diversi servizi territoriali e ospedalieri con riferimento alle diverse aree dei disturbi.</p> <p>2. Evidenza della continuità dei progetti personalizzati di salute nelle fasi di transizione dall'età evolutiva a quella adulta.</p> <p>3. Formalizzazione equipe funzionale DCA (in collegamento</p>	<p>Coordinamento DSM Cannata G. Referenti CSM e SAR CSM Barcola Angeletti A., Peressutti P., Santoro F. CSM Maddalena Botter V., bradassi S., Buzzurro, Iudica R., GR., Muggia I, CSM Domio Mariano L., Riolo A., Tirone G. CSM via Gambini Campobasso R., Delgaiso S., Landucci S., Stanic S. SAR Ridente P., Stavro A.</p>	<p>1. Definizione dei percorsi di cura e riabilitazione dei DCA ospedale - territorio definito e trasmesso alla Direzione del DSM nella prospettiva dell'integrazione.</p> <p>2., 3., 5. All'interno dell'evento previsto dall'indicatore 2, obiettivo 1.1. presentazione dell'attività di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Punti di Accoglienza dei DCA nella prospettiva di Area Vasta Giuliano - Isontina, - procedure per l'invio in

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>con quella per esordio) e relative procedure per l'accesso al 1°, 2° e 3° livello, con particolare attenzione alle modalità di accoglienza di minori e tardo adolescenti.</p> <p>4. Consolidamento dell'equipe multiprofessionale dedicata.</p> <p>5. I servizi dedicati all'accoglienza dei Disturbi del Comportamento Alimentare nell'Area Vasta Giuliano Isontina procedono alla formalizzazione di un protocollo finalizzato a garantire la continuità delle cure nelle fasi di transizione dall'età evolutiva a quella adulta.</p>	<p>Direzione DSM Bracco R., Ferluga D., Rondi L., Sanguanini L. SPDC Bolci S., Coslovich L., Gardini A.</p>	<p>strutture extra regionali.</p> <p>4. Formalizzazione dell'equipe dedicata (proposta di delibera).</p> <p>5. Bozza di protocollo finalizzato a garantire la continuità delle cure nelle fasi di transizione dall'età evolutiva a quella adulta.</p> <p>31/12/2013</p>
<p>4. Definizione di linee guida per l'attuazione della normativa che privilegino le alternative alle misure di sicurezza detentive implementando il modello del Progetto Terapeutico Personalizzato (Budget di Salute</p>	<p>1. Contributo al gruppo regionale per la definizione delle linee guida della regione Friuli Venezia Giulia su alternative alle misure di sicurezza detentive utilizzando la metodologia del Progetto Terapeutico Personalizzato</p>	<p>Coordinamento DSM A. Oretti CSM Barcola Cella L., Clarot A., Peressutti P., Ruzzier P., F. Santoro CSM Maddalena Schilirò M., Botter V., Buzzoni, N., Buzzurro G., B. Capodieci,</p>	<p>1,2. Partecipazione ai tavoli regionali 100% delle persone, detenute e carcerate, che sono segnalate o facciano richieste di una visita psichiatrica, sono valutate. 100% delle persone che a seguito della valutazione sono</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>e FAP Art. 8) PAL 2013 - Linea 1.2.4.3</p>	<p>(Budget di Salute e FAP Art. 8). 2. Stimolare specifici accordi regionali per l'utilizzo dei FAP per persone dimesse da OPG o a rischio di misura di sicurezza detentiva per l'accoglimento in strutture residenziali. 3. Attraverso il lavoro in carcere prevenzione dell'invio in OPG e/o nelle strutture regionali eventualmente attivate.</p>	<p>Mörtl E., Muggia I., Tensi L., Zolli P. CSM Domio Calligaris D., Carmignani M., Bertoni S., Depaulis G., CSM Via Gambini Colucci M., Frattini L., Marcellini M., Marcocci B., Sau. R., S. Stanic SPDC Babich D., Barberio A., SAR Barnabà M., Olivo E., Direzione DSM Bracco R., Rondi M.</p>	<p>considerate a rischio sono soggetti di programmi terapeutico riabilitativi individuali attivati(eventuale FAP). 3.a. Formalizzazione dell'equipe dedicata (proposta di delibera) 3.b. 100% delle persone che a seguito della valutazione sono considerate a rischio sono soggetti di programmi terapeutico riabilitativi individuali attivati (eventuale FAP). 3.c. Produzione di un report sull'attività in carcere e rispetto all'OPG nel 2013 e presentazione al DSM. 3.d. Almeno 1 persona con l'attivazione di programmi alternativi all'invio in OPG nel 2013. Report di presentazione dei programmi alternativi all'invio in OPG relativo al 2012 - 2013.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>5. Prosecuzione dello sviluppo ed implementazione delle metodologie uniformi di valutazione e progettazione personalizzata basate su ICF. PAL 2013 - Linea 1.2.4.7.</p>	<p>1. La SC Servizio Abilitazione e Residenze di concerto con le SC CSM individua le 15 persone seguite dal DSM che beneficiano del Fondo per l'Autonomia possibile (3 persone individuate in ognuno dei 4 CSM, 3 individuate dal SAR) e per le quali si utilizzeranno le metodologie valutative basate su ICF.</p> <p>2. Valutazione secondo la metodologia di valutazione e progettazione personalizzata basate su ICF dei casi.</p> <p>3. Inserimento del "fascicolo biopsicosociale elettronico regionale" dei casi nello specifico sistema informativo prototipale sviluppato dal Centro Collaboratore OMS (sistema informativo a supporto della presa in carico FABER/FVG).</p>	<p>Coordinamento DSM Ridente P. SAR Furlan M. Norbedo A. CSM Barcola Cella L., Strain R. CSM Maddalena Botter V., Chiarappa N., CSM Domio Carmignani M., Samar D., CSM Via Gambini Frattini L., Landucci S.,</p>	<p>31/12/2013</p> <p>1, 2,3. Individuato il campione di 15 persone in trattamento con il DSM le valutazioni sono informatizzate nel sistema informativo a supporto della presa in carico FABER/FVG.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>4. Formazione specifica degli operatori coordinata dal Centro Collaboratore OMS.</p> <p>5. Il DSM dell'ASS 1 contribuisce, di concerto agli altri DSM, alla definizione di indicatori regionali utili alla valutazione dei risultati raggiunti dal progetto terapeutico - riabilitativo personalizzato anche attraverso le modalità del "budget di salute".</p>		<p>4. Il personale DSM individuato partecipa al percorso formativo promosso dal Centro Collaboratore OMS.</p> <p>5. Il DSM partecipa alla definizione degli indicatori con gli altri DSM del FVG.</p> <p>31/12/2013</p>
<p>6. Miglioramento della proiezione territoriale e della partecipazione</p>	<p>1. Aumentare gli interventi domiciliari e di rete in luoghi diversi dalla sede del CSM</p>	<p>Coordinamento Mezzina R. Ceppi P. Personale del CSM Barcola Direzione DSM Bracco R.</p>	<p>1.1. Aumento 10% degli interventi domiciliari e di rete dei dirigenti medici e psicologi (media interventi procapite) 2012 = 779 interventi in luoghi diversi dalla sede del CSM</p> <p>1.2. Aumento 10% delle interventi domiciliari e di rete del personale del comparto. 2012 = 4.287 interventi in luoghi diversi dalla sede del CSM.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>2. Aumentare la partecipazione ed il protagonismo delle persone in contatto con le SC CSM e SAR, dell'equipe e del personale di supporto.</p> <p>3. Ciclo di assemblee sul tema "Che cosa aiuta?" con le modalità della formazione congiunta sul campo tra personale delle SC CSM e SAR, partner coinvolti nei progetti terapeutici, utenza e mondo dell'associazionismo.</p>	<p>Coordinamento DSM Ridente P. CSM Barcola Mezzina R., Ceppi P., Davì R., Speh D. CSM Maddalena Cernecca M., Impagnatiello M., Chiarappa N., Gabrieli G., Sindici C., SAR Norbedo A. Asquino M., Canova C., Marin I., Prosdocimo C., Facco C. Direzione DSM Karavalaki I.</p>	<p>2,3. Assemblea / incontri formativi nelle SC CSM e SAR almeno 1 volta al mese con la partecipazione di: personale (formazione sul campo), partner coinvolti nei progetti terapeutici, utenza e mondo dell'associazionismo.</p>
<p>7. "Prevenzione e salute" Progetto sperimentale nel CSM Maddalena a favore delle Persone ad Alto Carico</p>	<p>1. Informare e sensibilizzare le Persone ad Alto Carico rispetto ai comportamenti a rischio attraverso la partecipazione ad incontri finalizzati all'informazione e alla sensibilizzazione verso comportamenti a rischio e alla prevenzione di patologie che influiscono sulla qualità della vita, oltre che su morbilità e mortalità. Ogni incontro è rivolto a due</p>	<p>Coordinamento Impagnatiello M. Zolli P. Schilirò M. Domenighini S. Bonin S., Buzzoni N., Crapanzano F., De Pretis E., Magliacca G., Moretto T. Personale del CSM Maddalena Direzione DSM Karavalaki I.</p>	<p>1,2. Nel CSM Maddalena viene realizzato un ciclo di incontri (oltre 10) dedicati ad argomenti di rilevanza sanitaria tenuti da colleghi dei servizi distrettuali, dei servizi ospedalieri e/o dai MMG – PLS.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>target:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Persone ad Alto Carico. - personale del CSM. <p>3. Rafforzare la presa in cura integrata dell'utenza attraverso la collaborazione tra il CSM, i MMG e i Servizi sanitari, principalmente distrettuali, per migliorarne l'accesso alle cure anche individuando modalità specifiche di segnalazione della problematica e di invio.</p>		<p>3. Almeno 10 percorsi migliorativi e facilitanti la prevenzione e la cura a seguito degli incontri specifici con i formatori diversi da quelli attivati nella riedizione del progetto MMG "Tutor di salute"</p> <p>31/12/2012</p>
<p>8. Miglioramento del lavoro integrato con i servizi sociali comunali presenti nel Distretto 3</p>	<p>1. Consolidare il lavoro organizzato in sottotequipe territoriali per la continuità terapeutica e il lavoro di rete.</p> <p>2. Aggiornare gli elenchi delle Persone ad Alta Priorità individuate dalle sottotequipe.</p> <p>3. identificare le Persone ad Alta Priorità che per i loro bisogni socio assistenziali necessitano di un programma integrato con i</p>	<p>Coordinamento Rauber S. Brandolin C. Personale del CSM Domio Direzione DSM Bicego L. Bracco L.</p>	<p>1-4. Monitoraggio dei programmi attivati. Report sugli esiti del lavoro integrato con i servizi sociali comunali presenti nel Distretto 3.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>servizi sociali comunali presenti nel D3.</p> <p>4. Analisi trimestrale dei nominativi delle persone accolte nel CSM 24 ore nella prospettiva della necessità di lavoro integrato con i servizi sociali comunali presenti nel Distretto 3.</p>		
<p>9. Elevare l'appropriatezza nell'uso degli psicofarmaci verificando che le prescrizioni farmacologiche siano in attinenza alle linee guida e al Prontuario DSM.</p>	<p>1. Iniziare un processo di allineamento della spesa farmaceutica del CSM di via Gambini a quella degli altri CSM</p> <p>2. 2. Analisi delle schede farmaci e loro eventuale Informatizzazione correlando, se possibile, il consumo individuale al costo.</p>	<p>Coordinamento Bavdaž B. Delgaiso S. Gulic A. Personale del CSM via Gambini Personale della Clinica Universitaria Psichiatrica Di Gennaro L. Muha M. Personale Direzione DSM Bracco R. Cecchini P. Sanguanini L.</p>	<p>1,2. Ridurre del 10% il costo procapite della spesa farmaceutica delle persone in contatto con il CSM via Gambini 2012 = 276 € Costo medio procapite del CSM di via Gambini 2012 = 174 € Costo medio procapite degli altri 3 CSM</p>
<p>10. Implementare l'utilizzo del gestionale del Budget Individuale di Salute e qualificare ulteriormente la rendicontazione</p>	<p>1. Gruppo di lavoro dipartimentale designato.</p> <p>2. Utilizzo del gestionale</p>	<p>Coordinamento DSM Signorelli A. Ridente P. Bicego L. Bracco R.</p>	<p>1,2. Rivalutazione delle risorse utilizzate alla luce dei criteri già utilizzati nel 2012. Report di analisi quadrimestrale</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
delle risorse investite.	<p>3. Messa a punto di procedure di integrazione all'interno del gestionale delle informazioni riferite ai percorsi di inserimento lavorativo promossi dal DSM o sostenuti attraverso il Tirocinio Formativo.</p>	<p>Ferluga D. Furlan M. Visentin L. CSM Barcola Mezzina R., Ceppi P. Cella L., Strain R., CSM Maddalena Impagnatiello M., Schilirò M. Cernecca E., Chiarappa N., Gabrielli G., Petrincich M., Sindici C., CSM Domio Rauber S., Brandolin C. Lusina A., Pasquazzo G., Rossi M., Samar D. CSM via Gambini Pascolo Fabrici E., Delgaiso S. Battiston C., Chiarandà C., Frattini L. SAR Colapietro R., Di Bella A., Furlan M., Marin I. Personale della Direzione DSM Cecchini P.</p>	<p>riferito all'intensità dei BIdS per SC 3. Utilizzo del gestionale Televita per i percorsi di inserimento lavorativo.</p> <p>31/12/2012</p>
11. Implementare l'inclusione sociale attraverso la costruzione di reti	<p>1. Lavoro preliminare per l'avvio di protocolli di collaborazione con</p>	<p>Coordinamento DSM Ridente P. Norbedo a.</p>	<p>1. Report dei processi attivati 31/12/2013</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>collaborative con altri Enti</p>	<p>l'ATER, in un ottica di razionalizzazione dell'utilizzo della risorsa abitativa, finalizzati a rendere possibile una vita comunitaria in autonomia attraverso lo sviluppo di progetti personalizzati di abitare supportato in piccoli nuclei di convivenza.</p> <p>2. Lavoro preliminare per la definizione e la formalizzazione di protocolli di collaborazione con la Provincia per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incrementare il raccordo tra ASS e Provincia relativamente a: culture, operatività e strumenti riferiti all'inclusione sociale - operare in sinergia per moltiplicare le opportunità di ingresso in percorsi formativi e di inserimento lavorativo per persone con disturbo psichi- 	<p>CSM Barcola Cella L. CSM Maddalena Chiarappa N., Petrincich M., CSM Domio Pasquazzo G., Samar D. CSM via Gambini Frattini L. SAR Marin I., Barnabà M. Direzione DSM Brugnera P., Semeria N. Coordinamento DSM Ridente P. Norbedo A. CSM Barcola Calamita T., Strain R., CSM Maddalena Cernecca E., Gabrielli G. CSM Domio Lusina A., Rossi M., CSM via Gambini Battiston C., Chiarandà C. SAR Colapietro R. Personale della Direzione DSM Bracco R., Cecchini P., Ferluga</p>	<p>2. Incremento del numero di persone con disturbo psichico inserite nei percorsi di formazione ed inserimento lavorativo utilizzando il Tirocinio formativo 2012 = 50 persone per complessive 80 attivazioni</p> <p>31/12/2012</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>12. Implementare l'approccio di genere nelle pratiche quotidiane dei servizi di salute mentale.</p>	<p>co.</p> <p>1. Individuazione del Gruppo di Lavoro trasversale dedicato</p> <p>2. Analisi e rilevazione dei fattori di rischio specifici nell'accoglienza della domanda e presa in carico in una prospettiva di genere.</p> <p>3. Integrare l'approccio di genere nelle Linee Guida prodotte dal Gruppo di Lavoro Farmaci.</p> <p>4. Connessione con il gruppo di lavoro trasversale dedicato all'esordio ed ai DCA.</p> <p>5. Costruzione di una rete con il IRCS Burlo Garofalo</p> <p>6. Costruzione di una rete con l'associazionismo femminile</p>	<p>D.,</p> <p>Coordinamento DSM Signorelli A. CSM Barcola Bocchi L., Pagliano A., CSM Maddalena Bonin S., Botter V., Bradassi S., Domenighini S., Moretto T., Petrincic M., Tacca L., CSM Domio Brandolin C., Casagrande A., Mariano L., Rauber S., Samar D., Tirone A., CSM via Gambini Bavdaž B., Cariello E., Campobasso R., Delgaiso S., Moratto E., Simbula M., SAR Ridente P., Faoro F., Olivo E., Stavro A. SPDC Babich D., Bolci S., Gardini A., Iurincich M. Direzione DSM Bicego L., Bracco R., Karavalaki I., Sanguanini L., Semeria N.</p>	<p>1. Formalizzazione dell'equipe dedicata (proposta di delibera).</p> <p>2. In una prospettiva di genere analisi critica e proposta di linee di sviluppo per migliorare la presa in carico di genere nei servizi di salute mentale.</p> <p>3. Linee Guida aggiornate sull'uso degli psicofarmaci in una prospettiva di genere.</p> <p>4., 5., Corso di formazione rivolto a: gruppi di lavoro trasversali dedicati, all'esordio ed ai DCA, personale ASS 1, personale dell'IRCS Burlo Garofalo</p> <p>6. Almeno un evento rivolto alla cittadinanza ed organizzato con l'associazionismo femminile. 31/12/2013</p>
<p>13.</p>	<p>1.</p>	<p>Coordinamento DSM</p>	<p>1.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Revisione e standardizzazione della cartella del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e dei CSM del DSM</p>	<p>Revisione e standardizzazione delle cartelle cliniche: presenza e completezza dei seguenti documenti: a. foglio unico di terapia.</p>	<p>Barberio A. Babich D. CSM Barcola Mezzina R., Ceppi P. CSM Maddalena Impagnatiello M., Schilirò M. CSM Domio Rauber S., Brandolin C., CSM Via Gambini Pascolo Fabrici E., Delgaiso S. Personale Direzione DSM, SPDC e CSM</p>	<p>Numero di cartelle aperte presenti in SPDC e nei 4 CSM contenenti i documenti previsti / numero di cartelle selezionate (5 verificate a bimestre = 30 cartelle verificate /anno) = o > 75%</p> <p>2. Presenza in almeno l'80% delle cartelle dei seguenti documenti compilati in ogni loro parte : a. foglio unico di terapia. 31/12/2013</p>
<p>14. Condivisione ed integrazione delle attività di presa in carico delle persone con disagio psichico che fanno abuso di sostanze legali e illegali</p>	<p>15.1 Individuazione di percorsi condivisi ed integrati per la presa in carico e gestione delle persone con disagio psichico che fanno abuso di sostanze legali e illegali 15.2 Condivisione dei percorsi di cura, riabilitazione e riduzione del danno</p>	<p>Direttore di Dipartimento DSM Signorelli A. Coordinamento DSM Barberio A. Babich D. CSM Barcola Corso M., Clarot A., CSM Maddalena Zolli P., Bensi R., Gabrieli G., Mortl E., Tensi L. CSM Domio Tirone G., Casagrande A, CSM Via Gambini Colucci M., Del Gaiso S., Dagostini L.</p>	<p>15.1 Organizzazione ed Attivazione di un percorso di Formazione sul campo per il personale del DSM e del DDD entro il 30/09/13 15.2 Almeno 1 protocollo operativo di presa in carico condivisa entro il 30/10/13</p> <p>Almeno 2 persone prese in carico secondo il protocollo condiviso entro il 31.12.13</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		Direzione DSM Bicego L. Bracco R. Karalavaki I. In collaborazione con DDD	

Dipartimento delle Dipendenze

DDD - Ufficio di Staff, Centro Malattie Sessualmente Trasmesse (MST), obiettivi trasversali a più articolazioni organizzative dipartimentali

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1 Miglioramento della procedura di gestione del consenso al trattamento dei dati personali dell'utenza afferente al DDD	1.1 Attualizzare lo strumento per la gestione del consenso al trattamento dei dati personali, in condivisione con il gruppo di lavoro regionale coordinato dall'Area Welfare dell'ASS n. 5	Responsabili SS e SC DDD Giampaolo Gentili Stanic Cristina	1.1 Predisposizione dello strumento condiviso a livello regionale e formalizzazione della procedura operativa per l'utilizzo di un nuovo strumento entro il 30/06/2013
	1.2 Gestire il consenso al trattamento dei dati personali degli utenti presi in carico dal 01/07/2013 con il nuovo strumento	Tutto il personale afferente alle S.C. Dipendenza da Sostanze Legali ed Illegali	1.2.1 Il 100% dei nuovi utenti presi in carico dal 1° luglio 2013 presenta la procedura di gestione del consenso al trattamento dei dati personali con il nuovo strumento
		Tutto il personale del comparto in staff al DDD	1.2.2 Il 100% dei consensi raccolti su supporto cartaceo viene registrato nel gestionale informatico MFP
2 Studio conoscitivo sui comportamenti sessuali della popolazione femminile afferente ai Centri MST dell'Area	2.1 Predisporre congiuntamente al Centro MST dell'ASS n. 2 un questionario di indagine di rischio delle abitudini sessuali rivolto alle donne	Claudia Colli In collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione Centro MST dell'ASS n. 2	2.1 Predisposizione del questionario entro 31/03/2013
	2.2	Tutto il personale cel	2.2

Vasta Isontino-Giuliana volto a verificare ed aggiornare i contenuti informativi preventivi del counseling specifico pre- post testing	Eeguire l'indagine conoscitiva proponendo il questionario a tutte le donne che afferiscono ai centri MST dell'Area Vasta nel periodo 01/04/2023-30/09/2013	Centro MST	Al 100% dell'utenza femminile afferente al Centro MST nel semestre indicato viene proposta la compilazione del questionario entro il 30/09/2013
	2.3 Elaborare i questionari ed eventualmente predisporre una proposta di intervento mirato concordata in Area Vasta	Claudia Colli In collaborazione con il centro MST dell'ASS n. 2	2.3 Report di analisi dei dati con proposta di intervento mirato
3 Facilitare i percorsi di cura dei pazienti con pa- tologia da dipendenza	3.1 Predisporre con il Distretto Sanitario n. 4 la procedura operativa finalizzata dell'esen- zione ticket per patologia specifica	3 Personale amministrativo e sanitario di staff alla SO In collaborazione con il pers. amministrat. del D4	3.1 Formalizzazione della procedura ope- rativa concordata entro 30/06/13
	3.2 Sperimentare e monitorare l'applicazione della nuova procedura nel periodo 01/07/2013-31/12/2013	3 Personale amministrativo e sanitario di staff alla SO	3.2 Report relativo alle esenzioni richieste e gestite secondo la nuova procedura
	3.3 Implementare un database relativo alle esenzioni per patologia degli utenti presi in carico.		3.3 Il 100% degli utenti con esenzione per patologia sono registrati nel database
4. Miglioramento continuo delle procedure e delle prassi professionali relative ai programmi di formazione/reinseriment o socio-lavorativo	4.1 Aggiornare il regolamento relativo agli interventi di formazione e reinserimento socio-lavorativo del DDD, predisponendo anche uno strumento specificatamente dedicato alla gestione del consenso relativo al trattamento dei dati personali	Tutte le assistenti sociali del DDD	4.1 Formalizzazione del nuovo regolamento entro il 30/09/2013

	all'interno dei programmi di formazione/reinserimento socio-lavorativo		
	4.2 Applicare il nuovo strumento per la gestione del consenso informato agli utenti a cui vengono attivati programmi di formazione/reinserimento socio-lavorativo dal 01/10/2013		4.2 Il 100% degli utenti inseriti dal 01/10/2013 in programmi di formazione/reinserimento socio-lavorativo presenta la procedura di gestione del consenso al trattamento dei dati personali con il nuovo strumento
5. Miglioramento dell'integrazione operativa fra le SC Dipendenza da Sostanze Legali ed Illegali	Identificare un gruppo target destinatario della sperimentazione e definire una procedura di presa in carico congiunta fra le SS.CC. e prendere in carico il gruppo target (almeno 20 persone) con le procedure concordate	Roberta Balestra Cinzia Celebre Rosanna Ciarfeo Purich Claudia Milievich	Identificazione del gruppo target e stesura della procedura operativa entro il 30/06/2013 e presa in carico di almeno 20 persone del gruppo target identificato entro il 31/12/13
6. Miglioramento dell'offerta e ottimizzazione delle risorse dedicate alle attività di tipo educativo e riabilitativo del DDD	6.1 Attuare una revisione delle attività specifiche e la formulazione di un piano di intervento triennale per le attività educative e riabilitative del DDD rispetto alle seguenti aree: - Territoriale - Reinserimento socio-lavorativo - Semiresidenzialità ed assistenza domiciliare - Target specifico (giovani under 25)	Responsabili di SS e SC dipartimentali Cristina Stanic	6.1 Formalizzazione del documento di revisione alla Direttrice del DDD entro il 30/06/2013
	6.2	Roberta Balestra	6.2

	Predisporre la documentazione tecnica specifica per le procedure di esternalizzazione delle attività educative e di riabilitazione del DDD	Cristina Stanic	Predisposizione ed inoltro della documentazione tecnica alla S.C. PCA entro il 30/09/2013
7. Condivisione ed integrazione delle attività di presa in carico delle persone con disagio psichico che fanno abuso di sostanze legali e illegali	1. Individuazione di percorsi condivisi ed integrati per la presa in carico e gestione delle persone con disagio psichico che fanno abuso di sostanze legali e illegali 2. Condivisione dei percorsi di cura, riabilitazione e riduzione del danno	Direttore di DipartimentoDDD Tutti i Dirigenti Medici e Psicologi del DDD Dirigenti Infermieristici del DDD In collaborazione con DSM	Organizzazione ed Attivazione di un percorso di Formazione sul campo per gli operatori del DSM e del DDD entro il 30/09/13 Almeno 1 protocollo operativo di presa in carico condivisa entro il 30/10/13 Almeno 2 persone prese in carico secondo il protocollo condiviso entro il 31.12.13

DDD – Dipendenza da Sostanze Illegali

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
8. Miglioramento dei percorsi ex articoli 75 e 121	1.1 Favorire l'acquisizione di competenze specialistiche da parte del personale dedicato	Cristina Stanic	1.1 Accreditamento di un percorso di FSC relativamente ai percorsi specifici entro

<p>comma 3 TU 309/90 (Segnalazioni Prefettura)</p>	<p>1.2 Concordare e definire una procedura operativa relativa alle segnalazioni Prefettura ed assicurare percorsi di presa in carico conformi alle istruzioni operative nel periodo 01/07/2013-31/12/2013</p>	<p>Paolo Mattioli Daniela Belviso Deborah Nordici Antonina Contino Maria Grazia Rodani Giacinta Zordan</p>	<p>il 30/05/13 1.2 Definizione dell'istruzione operativa (entro il 30/06/2013) e presa in carico secondo la nuova procedura del 100% degli utenti segnalati dalla Prefettura dal 1° luglio 2013.</p>
<p>9. Miglioramento della presa in carico sanitaria relativamente ai percorsi terapeutici con farmaci agonisti</p>	<p>2.1 Applicare le istruzioni operative relative alla gestione farmaco sostitutivo, affido terapia, registro stupefacenti, consenso informato eventi avversi</p>	<p>Tutto il personale sanitario e di supporto delle SC e SS Dipendenza da Sostanze Illegali</p>	<p>2.1 Il 70% dell'utenza viene presa in carico secondo le istruzioni operative</p>
	<p>2.2 Predisporre uno strumento finalizzato alla verifica della corretta applicazione delle procedure e verificare la corretta applicazione delle istruzioni operative di cui al punto 2.1 con lo specifico strumento</p>		<p>2.2 Revisione delle procedure operative</p>
	<p>2.3 Verificare la congruenza delle istruzioni operative con la pratica professionale e attuare una revisione delle singole procedure</p>	<p>Franca Masala Gianni Conti Gianfranco Bazo Anna Lovadina Ariadna Baez Marta Rubiera Tanja Umari Annalisa Saba</p>	<p>2.3 Predisposizione dello strumento (entro il 31/03/2013) e trasmissione di report di verifica alla Direttrice del DDD: - 3 report relativi all'attività di verifica del 1°. 2° e 3° trimestre 2013 (entro il 15/4/2013, 15/07/2013, 15/10/2013) - 1 report finale</p>

DDD – Dipendenza da Sostanze Legali

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
10. Miglioramento della continuità assistenziale territoriale e sviluppo di progettualità innovative con i Medici di Medicina Generale (MMG)	1.1 Individuare e formalizzare il professionista di riferimento per ogni utente inserito nei percorsi residenziali, di day-hospital e serali	Tutto il personale sanitario del comparto della SC Dipendenza da Sostanze Legali	1.1 il 100% degli utenti inseriti nei percorsi residenziali, di day-hospital e serali presentano l'operatore di riferimento nella cartella informatizzata MFP
	1.2.1 Elaborazione del format di comunicazione al MMG relativo al percorso di cura ed il progetto terapeutico (entro 30/06/2013)	Rosanna Ciarfeo Purich Alessandra Pizzolato	1.2 Procedura presentata al comitato d'azienda entro il 30/09
	1.2.2 Presentare una procedura al Comitato d'azienda un format di comunicazione del singolo percorso di cura al MMG del paziente		1.3 Invio della comunicazione al MMG per il 50% degli utenti inseriti nei percorsi residenziali, di day-hospital e serali nel periodo 01/10/2013-31/12/2013
11. Progetto "Guadagnare Salute"-Lotta al tabagismo: adesione sul	2.1 Assicurare le attività di cura del tabagismo rivolte ai dipendenti dell'ASS 1	Ottaviano Cricenti Alessandro Vegliach	2.1 Risposta al 100% delle richieste di cura da parte dei dipendenti dell'ASS1
	2.2		2.2

<p>territorio provinciale delle iniziative nazionali di prevenzione del tabagismo rivolte a</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ASS n. 1 Triestina ▪ Utenti cardiopatici (CCV e AOOTS) 	<p>Assicurare i percorsi di cura del tabagismo alle persone cardiopatiche afferenti al Polo Cardiologico dell'AOOTS e dal CCV</p>		<p>Risposta al 100% delle persone inviate all'ambulatorio aziendale di 2° livello dal Polo Cardiologico dell'AOOTS e dal CCV come rilevato dai sistemi di gestione del DDD</p>
---	---	--	--

Dipartimento di Prevenzione

Direzione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Prevenzione e promozione della salute nelle Scuole secondarie superiori di 2° grado della Provincia di Trieste (2° anno di obiettivo triennale)</p>	<p>1.1 Informazione e sensibilizzazione ai fini della riduzione dei comportamenti a rischio rivolta agli studenti (sicurezza delle strutture, igiene degli ambienti, alimentazione)</p> <p>1.2 Verifiche igieniche e impiantistiche nelle strutture scolastiche e condivisione delle evidenze critiche per la predisposizione delle soluzioni necessarie assieme agli Enti preposti</p> <ul style="list-style-type: none"> - Provincia - Comune di Trieste - Comando provinciale VVF - Direzione scolastica provinciale 	<p>DIREZIONE DIP Direttore DIP Servizio delle professioni infermieristiche, sanitarie e tecniche della prevenzione SCISPPA SCPSAL SCIAN SSD Servizio impiantistico personale del comparto (tecnici della prevenzione)</p>	<p>1.1 Predisposizione del materiale informativo e almeno 1 evento informativo rivolto ai rappresentanti degli studenti d'Istituto ed agli studenti volontari della Consulta provinciale entro il 31/03/2013</p> <p>1.2 Almeno 8 istituti scolastici verificati al 31/12/2013</p>
<p>2. Governare e riqualificare del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani</p>	<p>Verifica degli aspetti igienico sanitari e di sicurezza del lavoro</p>	<p>DIREZIONE DIP Direttore DIP Servizio delle professioni infermieristiche, sanitarie</p>	<p>Almeno 12 case di riposo e/o residenze polifunzionali verificate entro il 31/12/2013</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>non autosufficienti. Miglioramento della qualità della vita dell'anziano istituzionalizzato e prevenzione dei rischi dei lavoratori addetti all'assistenza nelle case di riposo e/o residenze polifunzionali</p>		<p>e tecniche della prevenzione SCISPPA SCPSAL SCIAN personale del comparto (tecnici della prevenzione, dietista)</p>	
<p>3. Promozione alla salute negli anziani delle Residenze del Comune di Trieste mediante soluzioni alternative e innovative per lo sviluppo della socializzazione, del benessere e della pratica di attività motorie. Interventi Assistiti con Animali.</p>	<p>3.1 Predisposizione del progetto di IAA presso le Residenze per anziani del Comune di Trieste "Mi AfFIDO a te" per la stipula della convenzione con il Comune di Trieste. 3.2 Programmazione degli interventi, definizione dei gruppi e individuazione dei destinatari da parte dell'Equipe prescrittivo-progettuale in collaborazione con il personale delle Residenze e le Associazioni di volontariato. 3.3 Effettuazione di un incontro preliminare con ogni gruppo per la condivisione del progetto con i destinatari e la loro rete di supporto. 3.4 Effettuazione degli IAA presso le Residenze Comunalì Gregoretti, Bartoli, Casa Capon e</p>	<p>DIREZIONE DIP Servizio professioni infermieristiche, sanitarie e tecniche della prevenzione SCVET</p>	<p>Effettuazione di n. 20 interventi assistiti con animali (IAA) e stesura delle relazione finale</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>Casa Serena.</p> <p>3.5 Valutazione e monitoraggio delle attività attraverso l'utilizzo di strumenti multimediali.</p> <p>3.6 Valutazione dell'efficacia degli IAA mediante scheda di osservazione specifica.</p>		
<p>4. Promozione alla salute nei disabili delle Residenze e Centri Diurni del Comune di Trieste mediante soluzioni alternative e innovative per lo sviluppo della capacità comunicativa, dell'autostima, del benessere e della pratica motoria. Interventi Assistiti con Animali</p>	<p>4.1 Predisposizione del progetto di IAA presso le Residenze e i Centri Diurni per disabili del Comune di Trieste "Mi AFFIDO a te" per la stipula della convenzione con il Comune di Trieste.</p> <p>4.2 Programmazione degli interventi, definizione dei gruppi e individuazione dei destinatari da parte dell'Equipe prescrittivo-progettuale in collaborazione con il personale delle Strutture e dei Centri Diurni e le Associazioni di volontariato.</p> <p>4.3 Effettuazione di un incontro preliminare con ogni gruppo per la condivisione del progetto con i destinatari e la loro rete di supporto.</p> <p>4.4 Effettuazione degli IAA presso la Struttura e Centro Diurno Campanelle e presso il Cen-</p>	<p>DIREZIONE DIP Servizio professioni infermieristiche, sanitarie e tecniche della prevenzione SCVET</p>	<p>Effettuazione di n. 10 IAA e stesura delle relazione finale entro il 31.12.13</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	tro Diurno Weiss. 4.5 Valutazione e monitoraggio delle attività attraverso l'utilizzo di strumenti multimediali. 4.6 Valutazione dell'efficacia degli IAA mediante scheda di osservazione specifica.		
5. Programma GUADAGNARE SALUTE Prosecuzione del Progetto Operatori della Sanità Liberi dal Fumo, con riferimento ai dipendenti della ASS n. 1 Triestina	1. Misurazione del CO espirato in fumatori e non fumatori dipendenti ASS 1 afferenti all'ambulatorio del Medico Competente nel 2013 che non abbiano ancora effettuato il test (prime visite) e per i fumatori in visita periodica 2. Valutazione di dipendenza e di motivazione a smettere dei fumatori afferenti all'ambulatorio del Medico Competente nel 2013	DIREZIONE DIP gruppo di lavoro dipartimentale di epidemiologia In collaborazione con: S.S. dipartimentale Medicina del Lavoro Personale sanitario del comparto Direzione Sanitaria Medico competente	31/12/2013 Valori di riferimento di CO espirato in almeno il 70% dei dipendenti ASS1 afferenti all'ambulatorio del Medico Competente nel 2013 che non abbiano mai effettuato il test (prime visite) e dei fumatori in visita periodica 31.12.2013 Valutazione in almeno il 80% dei fumatori afferenti all'ambulatorio del Medico Competente nel 2013
6. Programma GUADAGNARE SALUTE: Programmi di sorveglianza PASSI, OKKIO alla salute, HBSC	1. Mantenere attivi i programmi di sorveglianza nazionali OKKIO alla salute e PASSI 2. Partecipazione ai programmi secondo le indicazioni regionali 3.	DIREZIONE DIP Referente promozione salute Gruppo Dipartimentale di epidemiologia Personale sanitario	31.12.2013: Effettuazione delle interviste e rilevazione dei dati (come da indicazioni regionali per PASSI, OKKIO HBSC) Almeno 1 incontro con personale sanitario aziendale per

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Diffusione dei dati rilevati al fine di orientare i programmi di prevenzione		diffusione dati PASSI
<p>7.</p> <p>Prevenzione incidenti domestici</p> <p>Prosecuzione delle attività formative sulla prevenzione degli incidenti domestici orientate al target anziani e bambini</p>	<p>Effettuare azioni informative/formative rivolte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ad ostetriche, PLS, personale strutture bambini ed adolescenti - a dirigenti asili nido comunali - a popolazione adulta /anziana 	<p>DIREZIONE DIP</p> <p>Servizio professioni infermieristiche, sanitarie e tecniche della prevenzione</p> <p>SCPSAL</p> <p>responsabile SCISPPA</p> <p>tecnici della Prevenzione</p> <p>S.S. Sicurezza</p> <p>Impiantistica</p> <p>Tecnici della prevenzione</p> <p>In collaborazione con:</p> <p>Direzione Sanitaria</p> <p>RSPP e Referente HPH</p> <p>HS</p>	<p>Evidenza delle azioni informative/ formative svolte:</p> <p>1.</p> <p>entro il 31/03/2013:</p> <ul style="list-style-type: none"> - almeno 1 corso di formazione rivolto ad ostetriche, PLS, personale strutture bambini ed adolescenti <p>2.</p> <p>entro il 31/12/2013:</p> <ul style="list-style-type: none"> - almeno 1 corso formativo/informativo rivolto a dirigenti asili nido comunali - almeno 1 incontro per distretto da organizzare in microarea rivolto a popolazione adulta /anziana
<p>8.</p> <p>Programma GUADAGNARE SALUTE</p> <p>Realizzare un'indagine PASSI d'Argento nella popolazione residente nelle microaree di Trieste e provincia, al fine di orientare e migliorare la</p>	<p>1.</p> <p>Predisposizione del materiale informativo per MMG e anziani campionati</p> <p>2.</p> <p>Raccolta ed inserimento delle interviste realizzate dagli operatori delle microaree</p> <p>3.</p> <p>Controllo e coordinamento delle interviste</p>	<p>Gruppo di Lavoro</p> <p>Dipartimentale di</p> <p>Epidemiologia,</p>	<p>250 interviste effettuate e report finale (report subordinato all'acquisizione dei risultati delle analisi dei dati che saranno effettuate presso l'ISS).</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
programmazione delle azioni di prevenzione e di assistenza	realizzate da Televita (almeno 250 interviste complessive) ad un campione di persone con 65 anni e più residenti nelle microaree della provincia di Trieste (marzo- luglio 2013) 4. Produzione di report finale		
9. Governo clinico diabete mellito Sperimentazione di un cruscotto per il monitoraggio e la valutazione del diabete mellito.	Utilizzare il Repository Regionale di Dati Sanitari per la definizione della popolazione diabetica (denominatore) e per l'identificazione di indicatori sui percorsi diagnostico-terapeutici con una proposta di report periodico.	DIREZIONE DIP Gruppo di Lavoro Dipartimentale di Epidemiologia	Presentazione alla Direzione Aziendale di un report periodico con cadenza quadrimestrale per l'attività di governo clinico del diabete mellito.

DIP - Igiene Sanità Pubblica e Prevenzione Ambientale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
10. Prevenzione delle malattie infettive Attività di vigilanza, prevenzione e promozione della salute nelle attività artigianali di estetista	1. Informazione/confronto con i titolari di esercizi di estetica sull'attività svolta nel 2012 in particolare sugli aspetti igienico sanitari e di sicurezza di tali attività 2. Effettuazione dell'attività di vigilanza nelle	SCISPPA Tecnici della prevenzione Personale amministrativo	1. Almeno 1 incontro informativo con i titolari di esercizi di estetica entro 31/03/2013 2. Almeno 50 esercizi di estetica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
	attività di estetista non verificate nel 2012 nell'ambito di tutta la Provincia di Trieste 3. Predisposizione di materiale informativo da mettere a disposizione delle Associazioni di categoria		ispezionati 3. Bozza di depliant informativo
11. Prevenzione delle malattie infettive. Gestione tossinfezioni alimentari in comunità chiuse (RSA, strutture residenziali per anziani, strutture residenziali a carattere sociale)	1. Metanalisi protocolli e/o linee guida applicati in altre realtà regionali 2. Revisione dei protocolli operativi attualmente in uso 3. Aggiornamento epidemiologico dell'andamento dei casi di Salmonellosi nella provincia di Trieste negli ultimi 35 anni 4. Predisposizione materiale informativo standard da utilizzare per incontri formativi/informativi 5. Predisposizione di protocollo aggiornato e sua diffusione agli stakeholders tramite pubblicazione sul sito web aziendale	SCISPPA Responsabile Struttura Complessa Dirigenti medici	Documento di analisi dell'andamento dei casi di Salmonellosi nella provincia di Trieste negli ultimi 35 anni Protocollo operativo per la gestione di tossinfezioni alimentari da salmonellosi in comunità chiuse e sua diffusione tramite pubblicazione sul sito web aziendale
12. Prevenzione delle malattie infettive.	1 Predisporre in bozza cartacea di un poster informativo sulle potenziali malattie trasmes-	SCISPPA Tecnico della prevenzione	Predisposizione del poster informativo e sua diffusione nelle sedi aziendali ed agli URP dei

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
Prevenzione delle malattie trasmesse da vettori (muridi)	se da vettori (muridi) 2 Diffusione del poster in sedi aziendali ed extra-aziendali in cui accede il pubblico	Operatori tecnici disinfezione- disinfestazione	Comuni della Provincia
13. Prevenzione delle malattie infettive. Prevenzione delle malattie trasmesse da vettori (muridi)	1. Predisposizione scheda di rilevazione 2. Rilevazione sistematica nelle aree pubbliche delle situazioni a rischio per potenziali infestazioni da muridi e tali da inficiare gli interventi di derattizzazione effettuati 3. Trasmissione delle informazioni rilevate ai Comuni per gli interventi di competenza	SCISPPA Tecnico della prevenzione Operatori tecnici disinfezione- disinfestazione	Trasmissione del 100% delle situazioni a rischio rilevate per potenziali infestazioni da muridi ai Comuni
14. Prevenzione delle malattie infettive e politiche vaccinali. Implementare la sorveglianza delle malattie infettive e rilevare attivamente gli eventi avversi alla vaccinazione	1. Monitoraggio degli eventi avversi alla vaccinazione antivaricella 2. Monitoraggio notifiche dei casi sia probabili che confermati delle malattie infettive neuroinvasive e delle febbri estive	SCISPPA Personale Sanitario	1. Report eventi avversi al 30/6/2012 al 31/12/2012 2. Report sui casi sia probabili che confermati compatibilmente con il flusso di notifica di malattia infettiva proveniente dai Pronto Soccorso ospedalieri
15. Prevenzione delle malattie infettive e politiche vaccinali	1. Offerta attiva delle vaccinazioni oggetto di specifiche campagne utilizzando il richiamo	SCISPPA Dirigenti medici Personale sanitario	1. Mantenimento/miglioramento delle coperture vaccinali per

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
Attuazione del programma vaccinale. Attività integrata con Distretti, PLS e MMG	decennale della vaccinazione antitetano-difterite-pertosse come occasione opportuna per proporre la vaccinazione contro varicella e meningococco 2. Utilizzo dei media per implementare l'adesione		esavalente e 1° dose MPR rispetto alle coperture 2012 2. Miglioramento delle coperture vaccinali per varicella rispetto alle coperture 2012

DIP - Sanità Animale, Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
16. Attuazione del Piano regionale di monitoraggio e controllo della malattia di Aujeszky dei suini.	Mantenere l'attività di ricognizione per evidenziare gli allevamenti soggetti ai controlli per la Malattia di Aujeszky (suini), che verranno sottoposti a campionamento secondo le modalità previste dal PAL 2013, ossia 2 allevamenti rurali o comunque degli allevamenti che rientrano nei parametri previsti dal piano regionale di accreditamento	Tutto il personale della Struttura, secondo le competenze specifiche.	Verifica con cadenza quadrimestrale degli allevamenti che rientrano nei parametri indicati dal PAL 2013 ed esecuzione del 100% dei campionamenti previsti, con monitoraggio quadrimestrale dell'attività svolta e stesura di un report conclusivo a fine anno
17. Attuazione dei controlli sul benessere animale negli	Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto	Tutto il personale della Struttura, secondo le competenze specifiche.	31.12.2013 Esecuzione di almeno 6 controlli sul benessere animale negli

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
allevamenti e durante il trasporto come da Direttive e Linee Guida Comunitarie.	come da Direttive e Linee Guida Comunitarie, nella misura fissata dal PQSA 2013, ossia almeno 6 controlli.		allevamenti con compilazione delle schede previste dalla normativa nazionale ed inserimento degli esiti nella banca dati nazionale. I controlli dovranno essere eseguiti entro fine anno, con monitoraggio semestrale sull'attività svolta.
18. Attuazione di uno studio conoscitivo sulla percezione del rapporto uomo animale nei proprietari di cani che usufruiscono dei servizi forniti dall'ambulatorio veterinario dell'Azienda	Predisposizione di un questionario da sottoporre, su base volontaria, agli utenti che usufruiscono dei servizio dell'ambulatorio veterinario aziendale, ai fini della valutazione della percezione del rapporto uomo-animale dai proprietari di cane. Elaborazione statistica dei dati raccolti con produzione di un report finale.	Tutto il personale della Struttura, secondo le competenze specifiche.	Predisposizione di un questionario, raccolta di almeno 30 questionari compilati, elaborazione dei dati raccolti e stesura di un report finale
19. Sviluppo di una nuova metodologia di valutazione del benessere dei cavalli durante il trasporto su lunghe distanze con un approccio cognitivo-neuroscientifico (lateralizzazione cerebrale)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Redazione del design sperimentale e della scheda di raccolta dati; 2. Raccolta dei dati comportamentali su di un campione significativo di cavalli che transitano e sostano presso il centro di raccolta della Ditta Prioglio di Prosecco; 3. Inserimento dei dati in un foglio elettronico; 4. 	Responsabile di Struttura Complessa, dirigente veterinario di Sanità Animale (dr. Paolo Zucca) e personale tecnico	Scheda di raccolta dati comportamentali in formato digitale e raccolta dei dati comportamentali su di un campione significativo di cavalli (> 1.000 unità) e analisi statistica dei dati raccolti e stesura di un report finale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
	Analisi statistica mediante tecniche parametriche di base e ANOVA 5. Discussione dei risultati		

DIP - Tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
20. Ottemperare alle indicazioni previste dal Piano Regionale dei controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare (PQRSA). Anno 2013. Controlli mirati volti alla verifica della corretta applicazione dei sistemi di autocontrollo.	Sopralluoghi ispettivi mirati alla verifica della corretta applicazione dei manuali di autocontrollo nelle imprese alimentari registrate. Stesura di un documento di valutazione.	Tecnici della Prevenzione	10 valutazioni sulla correttezza e congruità dei manuali di autocontrollo in diverse tipologie di imprese alimentari registrate nel territorio di Trieste e Provincia
21. Ottemperare alle indicazioni previste dal Piano Regionale dei controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare (PQRSA). Anno 2013. Attività congiunta con i tecnici	Sopralluoghi ispettivi congiunti con i tecnici della prevenzione del SIAN nella ristorazione pubblica e collettiva mirati alla verifica della corretta tracciabilità dei prodotti alimentari di origine animale. Stesura di un documento finale.	Tecnici della prevenzione	5 sopralluoghi ispettivi nella ristorazione pubblica e collettiva per la verifica della tracciabilità dei prodotti alimentari di origine animale.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
della prevenzione del SIAN			
22. Ottemperare alle indicazioni previste dal Piano Regionale dei controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare (PQRSA). Anno 2013. Verifica della formazione degli addetti agli impianti di macellazione nell'ambito del benessere degli animali.	Interventi ispettivi presso l'impianto di macellazione di Prosecco per la verifica della formazione degli addetti alla macellazione nell'ambito della protezione degli animali durante l'abbattimento. Compilazione di check list specifica.	Dirigenti veterinari e Responsabile di Struttura.	12 check list specifiche per la verifica e la valutazione di conformità alle norme sulla protezione degli animali durante l'abbattimento, riguardo gli addetti del macello di Prosecco
23. Ottemperare alle indicazioni previste dal Piano Regionale dei controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare (PQRSA). Anno 2013. Migliorare l'uniformità e l'implementazione dei controlli ispettivi.	Interventi ispettivi nell'ambito della filiera dei molluschi bivalvi vivi (MBV) volti all'elaborazione di check list per i centri di spedizione/depurazione a terra e per i centri di spedizione galleggianti, studiate sulle realtà produttive della provincia di Trieste. Interventi ispettivi nell'ambito della filiera dei prodotti a base di carne volti all'aggiornamento di check list esistenti.	Dirigenti veterinari e Responsabile di Struttura.	Elaborazione di 3 check list. 2 check list nell'ambito della filiera dei MBV e 1 check list nell'ambito della filiera dei prodotti a base di carne
24. Ottemperare alle indicazioni previste dal Piano Regionale dei controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare (PQRSA). Anno 2013.	Interventi ispettivi di supervisione nei CSM/CDM dei Molluschi bivalvi vivi e negli stabilimenti di produzione di prodotti a base di carne volti alla verifica della congruità delle check list. Stesura di documenti di valutazione.	Responsabile di Struttura	Elaborazione di 3 documenti di valutazione sulla congruità delle check list

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
Verifica del miglioramento dell'uniformità e dell'implementazione dei controlli ispettivi			

DIP - Prevenzione Sicurezza negli Ambienti di Lavoro

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
25. Prevenire situazioni ritenute a rischio per il sovraccarico biomeccanico degli arti superiori	<ol style="list-style-type: none"> 1. Costituzione di un gruppo di lavoro regionale tra gli operatori degli SPSAL 2. Elaborare un report analitico in merito alle dimensioni del problema di salute 3. Individuare le situazioni di criticità che determinano un aumento dell'insorgenza delle patologie dell'arto superiore. 4. Predisporre adeguate proposte formative per operatori SPSAL, coerentemente con i risultati di cui al punto 3), sul rischio ergonomico da sovraccarico degli arti superiori e relativi interventi preventivi. 5. Predisporre adeguate proposte di 	Responsabile SCPSAL Dirigenti medici Tecnici della Prevenzione Assistenti Sanitari Ingegneri (fascia D) OSS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relazione epidemiologica sull'incidenza delle patologie professionali da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori e presentazione (o trasmissione) della relazione alle associazioni datoriali e alle organizzazioni sindacali e indicazioni di prevenzione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
	<p>sensibilizzazione dei MMG sulle patologie da sovraccarico ergonomico degli arti superiori quali patologie correlate all'attività lavorativa, al fine di giungere ad una corretta gestione dei casi.</p> <p>6.</p> <p>Sottoporre i risultati dell'analisi di cui al punto 3) e le proposte di cui al punto 4) alla valutazione delle parti sociali/organizzazioni sindacali e datoriali attraverso il Comitato ex art. 7 D.Lgs. 81/08.</p>		
<p>26.</p> <p>Promuovere azioni di informazione e formazione nel settore delle costruzioni, con riferimento anche al montaggio dei palchi per manifestazioni temporanee</p>	<p>Organizzazione di un convegno/ seminario con i referenti aziendali della prevenzione.</p>	<p>Responsabile SSITL Tecnici della prevenzione Assistenti Sanitari Ingegneri (fascia D) Personale amministrativo</p>	<p>Realizzazione di un convegno</p>
<p>27.</p> <p>Attivare, promuovere azioni di vigilanza nei cantieri ricadenti nel Titolo IV del D.lgs. 81/08, anche condivise con gli altri Enti deputati a svolgere azioni nel campo della tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro.</p>	<p>1.</p> <p>Promuovere il coordinamento con le Strutture/istituzioni di prevenzione e vigilanza operanti nella provincia, organizzando lo scambio delle informazioni relative all'attività svolta sul territorio.</p> <p>2.</p> <p>Mantenimento del numero di cantieri edili visitati nel 2012</p>	<p>Responsabile SSITL Tecnici della prevenzione Assistenti Sanitari Ingegneri (fascia D) OSS Personale amministrativo</p>	<p>1.</p> <p>230 cantieri edili ispezionati, comprendenti anche quelli in cui avviene la bonifica di manufatti contenenti amianto e il montaggio/smontaggio dei palchi per lo spettacolo</p> <p>2.</p> <p>40 aziende presenti nei 230</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
			cantieri di cui al punto uno, ispezionati assieme ad altri Organi di vigilanza e/o prevenzione
<p>28. Potenziamento dell'attività nell'ambito dei progetti nazionali MAL.PROF ed INFOR.MO (infortuni gravi e mortali) svolti in sinergia con l'ex ISPESL (INAIL)</p>	<p>1. Inserimento dei casi previsti (<i>malattie professionali segnalate, con trattazione –indagine- del caso conclusa nel 2013 per cui la stessa abbia evidenziato un possibile o probabile nesso di causalità o una concausalità con l'attività lavorativa svolta</i>) nel programma MAL.PROF</p> <p>2. Inserimento dei casi previsti nel programma INFOR.MO. (<i>infortuni gravi o mortali occorsi nel comparto dell'agricoltura o in altri comparti produttivi qualora accaduti nella manutenzione di macchine/ impianti / attrezzature o in relazione all'uso di macchine non conformi ai requisiti essenziali di sicurezza -con segnalazione al Ministero- indagati e conclusi nel 2012-13</i>)</p> <p>3. Riunioni almeno quadrimestrali del gruppo MAL.PROF per la redazione del report</p> <p>4. Riunioni almeno quadrimestrali del gruppo</p>	<p>Responsabile SCPSAL Dirigenti medici Assistenti Sanitari Tecnici della prevenzione OSS Personale amministrativo</p>	<p>1. Registrazione nel programma MALPROF del 70% delle malattie professionali ricadenti tra quelle previste nel punto 1 delle azioni</p> <p>2. Registrazione nel programma INFOR.MO di tutti gli infortuni gravi o mortali ricadenti tra quelli previsti nel punto 1 delle azioni</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
	regionale INFOR.MO per la discussione dei casi più significativi		

DIP - Servizio Sicurezza Impiantistica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
29. Aggiornamento ed implementazione delle procedure e della gestione delle verifiche come da recenti i disposizioni ministeriali in materia	1. Definizione e formazione degli addetti sugli adeguamenti richiesti dal D.M. 11 aprile 2011 e s.m.i. nella gestione e classificazione di impianti e verifiche per le successive azioni di: 2. Riclassificare gli apparecchi, i termini e le tariffe di verifica nel programma gestionale della struttura 3. Aggiornamento sito web del servizio con elenco dei Soggetti Abilitati e informazioni per l'utenza)	1. Dirigente responsabile 2,3. Tutto il personale	Procedure, gestione e fatturazione delle verifiche conformi alle recenti disposizioni ministeriali in materia di verifiche impiantistiche con aggiornamento del 90% delle schede di tutti gli apparecchi verificati nell'anno.
30. Eliminazione dei ritardi nella gestione e contabilità delle verifiche	Collaborazione dei dipendenti della struttura con il settore amministrativo per la registrazione dei verbali di verifica ed emissione proposte di fatturazione	Tutto il personale	Registrazione informatica ed emissione delle proposte di fatturazione di tutte le prestazioni erogate nei primi dieci mesi dell'anno
31.	Individuare ed eseguire le verifiche di un pri-	Ingegneri	Almeno 130 verifiche di ascenso-

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
Recupero ritardi nelle verifiche ascensori	mo lotto di ascensori installati c/o Enti, Aziende o Istituzioni pubbliche		ri installati c/o Enti, Aziende o Istituzioni Pubbliche

DIP - Direzione – Area amministrativa

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
32. Riorganizzazione delle cartelle condivise sul server di San Giovanni delle strutture del Dipartimento di Prevenzione	<ol style="list-style-type: none"> 1. Individuazione di un referente per Struttura del Dipartimento di Prevenzione per la riorganizzazione 2. Individuazione delle modifiche da proporre negli spazi condivisi sul server 3. Predisposizione definitiva della nuova struttura delle cartelle condivise ed invio al SOSI 	DIREZIONE DIP Personale del ruolo amm.vo e tecnico	Ricognizione delle modifiche da proporre negli spazi condivisi sul server e predisposizione della struttura degli spazi condivisi sul server di S. Giovanni e invio al SOSI
33. Adeguamento al Codice dell'Amministrazione Digitale. Avvio sperimentale trasmissione corrispondenza, tramite PEC, verso Enti/P.A dotati di casella di posta elettronica certificata	<ol style="list-style-type: none"> 1. Individuazione degli Enti /P.A dotati di posta certificata 2. Invio tramite posta certificata della corrispondenza afferente la Direzione del Dipartimento di Prevenzione indirizzata ad Enti Pubblici dotati di casella di posta elettronica certificata 	DIREZIONE DIP Personale del ruolo amm.vo e tecnico	Al 31.12.2012 Invio tramite posta certificata della corrispondenza afferente la Direzione del Dipartimento di Prevenzione indirizzata a e proveniente da Enti Pubblici dotati di casella di posta elettronica certificata

DIP - Medicina del Lavoro

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
<p>34. Promozione della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro: valutare il rischio cardiovascolare in un gruppo di lavoratori che afferiscono alla struttura, utilizzando la carta dei rischi</p>	<p>1. Realizzazione di un protocollo condiviso CCV/Medicina del Lavoro per la valutazione dei lavoratori con rischio cardiovascolare</p> <p>2. Formazione di tutto il personale s della Medicina del lavoro sui fattori di rischio cardiovascolare, sulle patologie CV di più frequente riscontro, sulla valutazione del rischio CV ed uso della carta del rischio europea da parte del cardiologo del Centro Cardiovascolare</p> <p>3. Formazione sul campo del personale infermieristico della Medicina del Lavoro da parte del personale infermieristico del CCV all'esecuzione ed invio del tracciato elettrocardiografico</p> <p>4. Valutazione del rischio in un gruppo di lavoratori visitati presso la Medicina del Lavoro</p> <p>5. Predisposizione di un PDTA cardiologico per il lavoratore a rischio CV "molto elevato" (stratificazione, intervento e reinvio al MMG) e lieve, medio ed elevato (reinvio al MMG).</p>	<p>S.S. di Medicina del Lavoro Dirigente medico Personale sanitario</p> <p>In collaborazione con CCV</p>	<p>1. Formalizzazione delle istruzioni operative entro 30/04/13</p> <p>2. Corso di formazione accreditato ECM sulle patologie cardiovascolari di più frequente riscontro e sull'uso della carta del rischio CV europea (entro il 30/06)</p> <p>3. Corso di formazione sul campo accreditato ECM su esecuzione ed invio di un elettrocardiogramma entro il 30/06</p> <p>4. 150 lavoratori visitati e valutati</p> <p>5. Invio in base al PDTA concordato, allo specialista cardiologo e /o medico curante per gli accertamenti di secondo livello entro il 31/12/13 di tutti i lavoratori, in base alla severità del rischio CV.</p>
<p>35.</p>	<p>1.</p>	<p>S.S. di Medicina del</p>	<p>Almeno 70 lavoratori con BMI</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
<p>Promozione della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro</p> <p>Prevenzione dell'obesità e del sovrappeso</p>	<p>Raccolta bibliografia relativa alle problematiche correlate all'obesità e lavoro</p> <p>2. Predisposizione di questionario per valutare le eventuali patologie correlate</p> <p>3. Valutazione del BMI dei lavoratori che afferiscono alla struttura</p> <p>4. Corso di formazione accreditato ECM sul minimal advice in medicina preventiva da parte dello psicologo del DDD</p>	<p>Lavoro Dirigente medico</p> <p>in collaborazione con DDD</p>	<p>>25,m valutati ed informati con counselling breve ed inviati al medico curante per approfondimento diagnostico</p>
<p>36. Incremento del numero di test ergovisivi per patenti di guida e aumento della disponibilità oraria per l'utenza</p>	<p>1 Maggiore disponibilità oraria per l'effettuazione dei test ergovisivi (dalle 8.30 alle 11 presso la SC Accertamenti Clinici di Medicina Legale e dalle 11 alle 14 presso la S.S. di Medicina del Lavoro.</p> <p>2 Test ergovisivi effettuati nel corso dell'anno. Da 2300 esami del 2012 a 2530 nel 2013</p>	<p>Dirigente medico e personale di comparto della Struttura Semplice di Medicina del Lavoro</p> <p>in collaborazione con Accertamenti Clinici di Medicina Legale</p>	<p>1 Aumento della fascia oraria per il servizio all'utenza (8.30-14.00)</p> <p>2 Almeno 2530 esami al 31.12.2013</p>

DIP - Laboratorio di Tossicologia Forense

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
37. Predisporre analisi di droghe d'abuso (nuove droghe) su campioni ematici ai fini dell'applicazione delle disposizioni previste dall'art. 187 del Codice della Strada.	Sperimentare ed applicare a campioni ematici nuove metodiche a valenza forense sulla strumentazione gascromatografo con rivelatore di massa.	Laboratorio di Tossicologia Forense Dirigenti chimici Tecnico di laboratorio	Tutti i campioni richiesti attraverso il Pronto Soccorso dell'AOU dagli organi di PG a fini medico-legali. (Sono pervenuti a questo scopo nell'anno 2012 complessivamente 54 campioni)
38. Predisporre analisi di droghe d'abuso su campioni ematici ed urinari ai fini dell'applicazione della legge 66/1996 contro la violenza sessuale in collaborazione coll' Ist. Med. Legale, e con l'IRCCS "Burlo Garofolo" come disposto dal protocollo con la Procura della Repubblica del Tribunale di Trieste	Sperimentare ed applicare a campioni ematici ed urinari nuove metodiche a valenza forense sulla strumentazione gascromatografo con rivelatore di massa	Laboratorio di Tossicologia Forense Due dirigenti chimici Tecnico di Laboratorio	Tutti i campioni richiesti attraverso il Pronto Soccorso Ostetrico/Ginecologico dell'IRCCS "Burlo Garofolo" a fini medico-legali legge 66/96 entro il 31/12/2013. Sono pervenuti a questo scopo nel secondo semestre dell'anno 2012 complessivamente 10 campioni ematici/urinari

DIP - Igiene degli Alimenti e Nutrizione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
39. Linea n. 1.2.2.5 - Sicurezza	Esecuzione attività previste dal Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza ali-	SCIAN Dirigenti	Esecuzione del 100% di - interventi ispettivi previsti dal

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
<p>alimentare e sanità pubblica veterinaria: Programmazione attività aziendale di interventi, audit, controlli</p>	<p>mentare</p>	<p>Tdp Personale amministrativo</p>	<p>PQSA 2013 - audit previsti dal PQSA 2013 - campioni necessari a soddisfare tutte le determinazioni analitiche previste dal piano regionale annuale dei campioni - (entro 31.12.2013)</p>
<p>40. Linea n. 1.2.2.5 - Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria: Controllo gestionale interventi ispettivi, audit e campioni previsti dai piani regionali</p>	<p>1. Programmazione attività specifiche della Struttura al fine di soddisfare il PQSA 2. Monitoraggio e controllo trimestrale dell'attività del singolo operatore e della Struttura; 3. Supporto ed integrazione con il servizio Veterinario area B per il monitoraggio trimestrale PQSA</p>	<p>Dirigente biologo</p>	<p>1. Documento di programmazione 28/02/2013 2. Monitoraggi, report trimestrali e rendicontazione finale</p>
<p>41. Linea n. 1.2.2.4 - Attività di promozione sensibilizzazione e formazione: Prevenzione obesità e promozione corretta nutrizione Applicazione e diffusione degli indirizzi per la</p>	<p>Monitoraggio dell'offerta vending nelle scuole superiori e presentazione delle linee guida regionali sul vending alle direzioni scolastiche delle scuole secondare</p>	<p>Dirigente S.C. Personale amministrativo Tecnico della Prevenzione e dietista dell'Area Nutrizione</p>	<p>Presentazione delle linee guida regionali sul vending e di possibili strategie di attuazione delle stesse a tutte le direzioni scolastiche delle scuole secondare della Provincia di Trieste</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
corretta alimentazione			
42. Linea n. 1.2.2.4 - Attività di promozione sensibilizzazione e formazione: Prevenzione obesità e promozione corretta nutrizione Applicazione e diffusione degli indirizzi per la corretta alimentazione	Approfondimento delle tematiche individuate dalla linee guida regionali e della loro possibilità di sviluppo negli specifici territori comunali	Dirigente S.C.	Almeno un incontro di sensibilizzazione rivolto alle Amm. comunali, al fine di pianificare una progressiva adesione alle linee guida regionali

DIP - Accertamenti Clinici di Medicina Legale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
43. Incremento del numero di test ergovisivi per patenti di guida e aumento della disponibilità oraria per l'utenza	1. Maggiore disponibilità oraria per l'effettuazione dei test ergovisivi (dalle 8.30 alle 11 presso la SC Accertamenti Clinici di Medicina Legale e dalle 11 alle 14 presso la S.S. di Medicina del Lavoro. 2. Test ergovisivi effettuati nel corso dell'anno. Da 2300 esami del 2012 a 2530 nel 2013	Dirigenti medici legali e specialista ambulatoriale Tutto il personale di comparto della Struttura Accertamenti Clinici di Medicina Legale. In collaborazione con Struttura Semplice di Medicina del Lavoro	1. Aumento della fascia oraria per il servizio all'utenza (8.30-14.00) 2. Almeno 2530 esami al 31.12.2013
44.	Riesame per semplificare le procedure e ri-	Direttore medico di	Presentazione di documento con

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
Redazione nuovo protocollo per visite di monitoraggio dei conducenti sottoposti a revisione per art. 186 Codice della Strada (guida in stato di ebbrezza)- velocizzazione procedure	durare i tempi degli accertamenti presso la CML tramite protocolli di intervento condivisi con il Centro di Alcoologia	Struttura	protocolli che prevedano iter semplificati per i soggetti che spontaneamente eseguono programmi di riabilitazione o di prevenzione delle recidive.
45. Riduzione tempi di attesa visite CML	Monitoraggio del tempo di attesa per la visita Da un tempo medio di attesa di tre mesi nel corso del 2012 si vuole contenere a non oltre i due mesi l'attesa per le visite entro la fine del 2013	Tutto il personale della Struttura	Report di moitoraggio dei tempi di attesa con evidenza di riduzione rispetto al 2012

DIP - Deontologia e Responsabilità Professionale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
46. Assicurare la partecipazione diretta dell'Azienda nei procedimenti giudiziari che la riguardano, in particolare in tema di responsabilità professionale sanitaria (ASS1 – AOOTS)	1 Concreta partecipazione dell'Azienda convenuta (ASS1 e AOOTS) nelle attività di C.T.U. per il tramite del proprio consulente tecnico di parte nei procedimenti nel 2013. Presidiare attivamente le diverse fasi della consulenza tecnica d'ufficio (C.T.U.: inizio operazioni peritali, prosecuzione delle operazioni, osservazioni alla bozza di	Dirigente medico	1 Partecipazione ad almeno il 75% dei procedimenti.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
	<p>consulenza, osservazioni all'elaborato depositato).</p> <p>2 Deposito da parte del c. tecnico d'ufficio nelle cause civili e negli accertamenti tecnici preventivi, in particolare in tema di responsabilità professionale sanitaria, di un elaborato ove risultino concretamente considerate e discusse le motivazioni di parte convenuta (ASS1 e AOUTS)</p> <p>3 Conoscibilità tempestiva da parte dell'Azienda convenuta delle criticità presenti con conseguente possibilità di eventuale precoce risoluzione transattiva a minore impatto economico mediante produzione di un report di sintesi dell'attività di consulenza nel 100% dei casi in cui si è partecipato</p>		<p>2 Elaborato depositato ove risultino concretamente considerate e discusse le motivazioni di parte convenuta (ASS1 e AOUTS) per ogni C.T.U.</p> <p>3 Report di sintesi dell'attività di consulenza nel 100% dei casi in cui si è partecipato</p>
<p>47. Revisione e standardizzazione della cartella del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e dei CSM del DSM</p>	<p>1. Revisione e standardizzazione delle cartelle cliniche: presenza e completezza dei seguenti documenti</p> <p>a. foglio unico di terapia</p> <p>2. Adeguamento della cartella SPDC e dei</p>	<p>Dirigente medico referente aziendale per la qualità della documentazione</p> <p>In collaborazione con: Direzione sanitaria</p>	<p>1. Numero di cartelle aperte presenti in SPDC e nei 4 CSM contenenti i documenti previsti / numero di cartelle selezionate (5 verificate a bimestre= 30 cartelle verificate /anno) = o > 75%</p> <p>2.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
	CSM alla check list del progetto Valdoc01	Medico competente (risk manager) Direzione DSM SIA	<p>Presenza in almeno l'80% delle cartelle dei seguenti documenti compilati in ogni loro parte :foglio unico di terapia</p> <p>3. Report semestrale a cura del risk manager e del referente aziendale per la qualità della documentazione</p> <p>4. Almeno 2 incontri di audit per valutare il risultato delle verifiche e concordare attività di miglioramento</p> <p>5. Presenza in almeno il 60% delle cartelle di SPDC e dei 4 CSM degli elementi della check list del progetto Valdoc01</p>

Centro Cardiovascolare

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. PAL 2013 - INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA. <u>Linea 1.2.4.5. Il paziente con malattie cronico -degenerative :continuità assistenziale.</u> garantire la continuità ospedale - territorio e intra-territoriale per promuovere migliori condizioni di vita ai cittadini con malattie cronico-degenerative prevenendo le riacutizzazioni, riducendo i ricoveri ripetuti, il ricorso all'istituzionalizzazione e favorendo il passaggio da una medicina di attesa ad una medicina proattiva.</p>	<p>1.1 Attivazione Ambulatorio Scompenso Cardiaco Avanzato (ASCA) 1.2 Realizzazione di un protocollo operativo per la presa in carico dei pazienti con scompenso cardiaco avanzato che necessitano di un PDTA cardiologico e/o internistico specifico e personalizzato, in accordo con quanto concordato nell'atto deliberativo, 1.3 Elaborazione di report riassuntivi dell'attività ambulatorio ASCA.</p>	<p>Dr.Franco Humar Dr. Andrea Di Lenarda Tutto il personale infermieristico CCV</p>	<p>1.1 Proposta di Atto deliberativo di costituzione ambulatorio ASCA al 30/06/2013 1.2.1 Stesura protocollo operativo ASCA al 30/06/2013 1.2.2 % pazienti chiamati a visita ASCA entro 30 gg.,dall'arrivo della segnalazione di presa in carico: almeno il 75% del totale al 31/12/2013 1.3 Elaborazione di almeno 2 report dell' attività dell'ambulatorio ASCA al 31/12/2013</p>
<p>2. Implementazione dello strumento "Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare della Provincia di Trieste" per il miglioramento organizzativo e della qualità delle cure.</p>	<p>2.1 Implementazione dell'utilizzo del Business Object (BO) per la produzione di report organizzativi in rapporto alle singole funzioni medico-infermieristiche deliberate dalla Direzione Aziendale.</p>	<p>Dirigente responsabile A. Di Lenarda</p>	<p>2.1 Produzione di un protocollo operativo interno al 30/04/2013</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>2.2 Definizione di almeno 3 indicatori di processo e/o di risultato, per ciascuna funzione medica e/o infermieristica, con produzione automatica di report da Business Object da condividere collegialmente e con il Direttore di Struttura.</p> <p>2.3 Riunioni medico-infermieristiche interne per analizzare i dati ed eventuale piano di intervento di miglioramento degli indicatori</p>	<p>Tutto il personale medico ed infermieristico del CCV</p>	<p>2.2. Definizione degli indicatori per ogni funzione medica e/o infermieristica al 30/06/2013</p> <p>2.3 Realizzazione di report almeno semestrale e analisi con piano di intervento sui medesimi indicatori</p>
<p>3. Migliorare il trattamento della dislipidemia in pazienti a rischio cardiovascolare (CV) molto alto (secondo linee guida europee del 2012) valutati al Centro Cardiovascolare nel 2013</p>	<p>3.1 Favorire l'applicazione delle linee guida europee nei pazienti a rischio cardiovascolare molto alto:</p> <p>3.2 Ottimizzare la terapia aggiungendo o incrementando o sostituendo la</p>	<p>Andrea Di Lenarda Antonella Cherubini</p> <p>Tutti i medici del CCV</p>	<p>3.1 Analisi delle percentuali di pazienti a rischio cardiovascolare molto alto che abbiano raggiunto il target di LDL colesterolo < 70 mg/dl nel 2012 e creazione di protocollo operativo su caratteristiche e differente potenza di azione delle statine più utilizzate in clinica (entro 30/04/13)</p> <p>3.2.1 Incrementare rispetto al 2012 la</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>terapia con statine nei pazienti che non siano a target di LDLc secondo le linee guida europee sulla prevenzione cardiovascolare</p>		<p>% di pazienti in terapia con statina o aumentare il dosaggio della terapia con statina o passare ad una statina più efficace entro 31/12/2013 3.2.2 Incrementare rispetto al 2012 la % di pazienti che raggiungono il target di LDLc <70 mg/dl entro 31/12/2013</p>
<p>4. Promozione della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro: valutare il rischio cardiovascolare in un gruppo di lavoratori che afferiscono alla struttura, utilizzando la carta dei rischi</p>	<p>4.1 Realizzazione di un protocollo condiviso CCV/Medicina del Lavoro per la valutazione dei lavoratori con rischio cardiovascolare 4.2 Formazione di tutto il personale della Medicina del lavoro sui fattori di rischio cardio vascolare, sulle patologie CV di più frequente riscontro, sulla valutazione del rischio CV ed uso della carta del rischio europea da parte del cardiologo del Centro Cardiovascolare 4.3 Formazione sul campo del</p>	<p>Andrea Di Lenarda Claudio Pandullo Donatella Radini Salvatrice Cumbo Gioia Sola Nadia Zeriali In collaborazione con Daniela Barbierato, personale della s.s. di medicina del lavoro</p>	<p>4.1. Formalizzazione delle istruzioni operative entro 30/04/13 4.2. Corso di formazione accreditato ECM sulle patologie cardiovascolari di più frequente riscontro e sull'uso della carta del rischio CV europea entro il 30/06/13 4.3. Corso di formazione sul campo</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>personale infermieristico della Medicina del Lavoro da parte del personale infermieristico del CCV all'esecuzione ed invio del tracciato elettrocardiografico</p> <p>4.4 Valutazione del rischio in un gruppo di lavoratori visitati presso la Medicina del Lavoro</p> <p>4.5. Predisposizione di un PDTA cardiologico per il lavoratore a rischio CV "molto elevato" (stratificazione, intervento e reinvio al MMG) e lieve, medio ed elevato (reinvio al MMG).</p>		<p>accreditato ECM su esecuzione ed invio di un elettrocardiogramma entro il 30/06/13</p> <p>4.4 150 lavoratori visitati e valutati entro il 31/12/13</p> <p>4.5. Invio in base al PDTA concordato, allo specialista cardiologo e /o medico curante di tutti i lavoratori, in base alla severità del rischio CV, entro il 31/12/13</p>
<p>5. Creazione di un PDTA tra SC Centro Cardiovascolare e SC di Nefrologia nei pazienti affetti da insufficienza renale di grado severo considerati a rischio cardiovascolare molto alto e senza precedenti eventi ischemici</p>	<p>5.1 Ottenerne una valutazione cardiologica completa in pazienti con insufficienza renale cronica stadio IV-V</p> <p>5.2 Agire da un punto di vista terapeutico per ottimizzare il controllo dei fattori di rischio cardiovascolare che uniti alla presenza di insufficienza renale</p>	<p>Dott.ssa Giulia Russo Dott. Andrea Di Lenarda Tutti i Medici del CCV</p>	<p>5.1 Stesura di un protocollo condiviso tra la SC Centro Cardiovascolare e SC di Nefrologia (entro il 30/04/2013)</p> <p>5.2 Presenza in carico del 90% dei pazienti segnalati dalla SC di Nefrologia entro 31/12/2013</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	cronica severa classificano il paziente a rischio cardiovascolare molto elevato		
6. Screening della vasculopatia periferica asintomatica in pazienti con insufficienza renale cronica (IRC) di grado severo e senza storia di cardiopatia ischemica o vasculopatia periferica	6.1 Creare percorsi facilitati per la valutazione della vasculopatia periferica in pazienti con IRC di grado severo segnalati dalla nefrologia e valutati dal punto di vista clinico al CCV 6.2 Valutare la percentuale di pazienti con aterosclerosi (ATS) carotidea e degli arti inferiori asintomatica 6.3 Prendere in carico per follow-up i pazienti che presentino ATS significativa e/o diffusa e che necessitino di approfondimento diagnostico o terapeutico o di controlli periodici	Dott. Maurizio Fiscaro Dott.ssa Antonella Cherubini Infermieri del CCV	6.1 Stesura di un protocollo operativo per il percorso dei pazienti con IRC da sottoporre a screening della vasculopatia carotidea e degli arti inferiori asintomatica (entro 30.04.13) 6.2 Esecuzione di eco Doppler vascolare in almeno 20 pazienti consecutivi con IRC e senza storia di vasculopatia entro 31-12-2013 6.3 Presa in carico dei pazienti che necessitino di controlli periodici e/o approfondimento diagnostico terapeutico entro 31-12-2013
7. Migliorare la quantificazione della frazione di eiezione in un gruppo di pazienti consecutivi in follow	7.1 Formalizzazione di un protocollo operativo per favorire l'utilizzo della metodica triplanare da parte del	Andrea Di Lenarda Claudio Pandullo Antonella Cherubini Giorgio Faganello Eliana Grande	7.1 Formalizzazione delle istruzioni operative (entro 30/04/13)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
up caratterizzati da un FE ≤ 45%	<p>personale dedicato alla ecocardiografia nella valutazione della frazione di eiezione</p> <p>7.2</p> <p>Screening e valutazione delle eventuali differenze nella frazione di eiezione valutata con la metodica biplanare usuale e quella ottenuta con valutazione triplanare.</p>	<p>Carmine Mazzone</p> <p>Giulia Russo</p> <p>Endria Casanova Borca</p> <p>Tiberio Pontoni</p>	<p>7.2</p> <p>Screening ecocardiografico secondo le istruzioni operative di 20 utenti consecutivi e confronto della frazione di eiezione tra le due metodiche entro il 31/12/2013</p>
<p>8</p> <p>Creazione di un percorso diagnostico-terapeutico condiviso tra Centro Cardiovascolare e SC di Cardiologia in collaborazione con il Centro Sociale Oncologico e la SC di Oncologia per la gestione e valutazione del paziente oncologico che deve essere sottoposto ad una terapia potenzialmente cardiotossica</p>	<p>8.1</p> <p>Formulazione di un protocollo interaziendale per la presa in carico dei pazienti oncologici ad alto e molto alto rischio cardiovascolare che devono affrontare una terapia oncologica con effetti potenzialmente cardiotossici</p> <p>8.2</p> <p>Applicazione dei protocolli redatti per una migliore stratificazione della cardiotossicità e attuazione di schemi strumentali/terapeutici per la prevenzione della stessa e compilazione della cartella cardiologica con i parametri</p>	<p>Dr. G. Russo</p> <p>Dr. Andrea Di Lenarda</p>	<p>8.1</p> <p>Preparazione di un protocollo interaziendale di gestione del paziente oncologico (entro il 30/4/2013)</p> <p>8.2</p> <p>Presa in carico nei tempi e modalità stabilite del 90% dei pazienti segnalati dal Centro Sociale Oncologico e SC di Oncologia e compilazione della cartella cardiologica con i parametri funzionali redatti nel</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	funzionali redatti nel protocollo		protocollo entro 31-12-2013
<p>9. Ottimizzare la misurazione dell'aorta ascendente ed arco aortico nei pazienti sottoposti ad ecocardiogramma presso il laboratorio di ecocardiografia</p>	<p>9.1 Formulare un protocollo operativo in base alle linee guida ecocardiografiche nella valutazione dell'aorta toracica nei pazienti sottoposti ad ecocardiogramma transtoracico</p> <p>9.2 Misurare l'aorta ascendente e l'arco e riportare le misure nel referto di ecocardiografia su Cardionet in una popolazione di pazienti con aorta ascendente dilatata (escludendo i pazienti sottoposti ad intervento sull'aorta ascendente)</p>	<p>Andrea Di Lenarda Claudio Pandullo Antonella Cherubini Giorgio Faganello Eliana Grande Carmine Mazzone Giulia Russo Endria Casanova Borca Tiberio Pontoni</p>	<p>9.1 Creazione di un protocollo operativo che preveda la standardizzazione nella misurazione dell'aorta ascendente a livello dei Seni di Valsalva, giunzione seno tubulare, tratto ascendente distale ed arco aortico (entro 30.04.13)</p> <p>9.2 Misurazione "completa" dell'aorta ascendente ed arco in almeno il 50% dei pazienti con dilatazione aortica sottoposti ad ecocardiografia (escludendo i pazienti sottoposti ad intervento sull'aorta ascendente)</p>
<p>10. Implementazione dell'organizzazione dell'Ambulatorio delle Cardiopatie Congenite dell'adulto (GUCH) di Area Vasta, in collaborazione tra ASS1, ASS 2, AOUST, e IRCSS Burlo Garofolo</p>	<p>10.1 Analisi dei database esistenti dei pazienti adulti affetti da cardiopatia congenita</p> <p>10.2 Rafforzamento del network multidisciplinare/multiprofessionale di Area Vasta tramite</p>	<p>Ambulatorio delle Cardiopatie Congenite dell'adulto Giorgio Faganello Giulia Russo</p>	<p>10.1 Aggiornamento del database con definizione completa delle codifiche diagnostiche, interventistiche e chirurgiche entro 31-12-2013</p> <p>10.2 Realizzazione di un meeting</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>organizzazione di un meeting ECM di Area Vasta riguardante le problematiche medico/infermieristiche relative ai pazienti GUCH 10.3</p> <p>Miglioramento dell'organizzazione del laboratorio ecocardiografico medico/infermieristica con particolare attenzione alla tecnica dell'ecocardiografia trans esofagea tramite organizzazione di un corso ECM per medici ed infermieri 10.4</p> <p>Implementazione dell'attività dell'Ambulatorio delle Cardiopatie Congenite per stratificazione prognostica completa non invasiva, strutturato tipo day-service (introduzione del 6 minutes-walking test, indice vascolare ABI, Rx Torace, segnalazione alla riabilitazione cardiologica ove indicato).</p>		<p>ECM di Area Vasta riguardante le problematiche medico/infermieristiche relative ai pazienti GUCH entro 31-12-2013 10.3</p> <p>Realizzazione di un corso ECM per medici ed infermieri che riguardi il laboratorio di ecocardiografia e la tecnica specifica dell'eco trans esofageo entro il 31-12-2013. 10.4</p> <p>Preso in carico dei pazienti (almeno 10) che non hanno effettuato un controllo cardiologico dal 2008, entro 31-12-2013</p>
<p>11. Promozione della salute nei donatori di sangue: valutazione</p>	<p>11.1. Meeting di struttura per aggiornamento di tutto il personale</p>	<p>Dott A.Di Lenarda D.ssa E.Grande C.I. D.Radini</p>	<p>11.1. Meeting di struttura e formazione del personale entro 30/04/2013</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>del rischio cardiovascolare, utilizzando la carta del rischio cardiovascolare (ESC 2012), nei donatori di sangue che afferiscono al Centro Immunotrasfusionale</p>	<p>del CCV sulla valutazione del rischio CV ed utilizzo della carta del rischio europea 11.2. Stesura di un protocollo che preveda un percorso concordato di prevenzione e inquadramento clinico dei donatori a rischio alto in accordo con il CCV e MMG. 11.3. Valutazione ed intervento da parte del CCV dei donatori valutati ad elevato rischio cardiovascolare 11.4. Reinvio al MMG per il proseguimento delle cure</p>	<p>tutto il personale infermieristico e medico del CCV.</p>	<p>11.2. Stesura del protocollo condiviso tra CCV/MMG 11.3. Valutazione da parte del CCV di almeno il 50% dei donatori segnalati ad elevato rischio CV entro il 31/12/2013 11.4 Invio al MMG di almeno 90% dei donatori valutati dal cardiologo entro il 31/12/2013</p>
<p>12. Screening infermieristico dei pazienti ultrasessantacinquenni, che afferiscono al Centro Cardiovascolare, per l'identificazioni precoce delle persone con decadimento cognitivo.</p>	<p>12.1 Formazione degli infermieri sui criteri clinici accettati a livello internazionale, valutazione dei risultati, conoscenza dei PDTA presenti. 12.2 Somministrazione dell'indice dell'indipendenza delle attività quotidiana (Katz, BADL, scale) e Scala di valutazione IADL (Lawton</p>	<p>Responsabile: Dott. Andrea Di Lenarda Dott. Carmine Mazzone D.ssa Eliana Grande C.I. Donatella Radini Tutti gli infermieri e medici del CCV</p>	<p>12.1 Realizzazione del protocollo operativo e formazione del personale entro il 30/06/2013 12.2 Valutazione attività quotidiane e funzionali in almeno 200 pazienti che accedono al Centro Cardiovascolare al 31/12/2013</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>e Brody): attività funzionali.</p> <p>12.3 Somministrazione del Mini Mental State Examination (MMSE) in pazienti con sintomi di possibile deficit cognitivo.</p> <p>12.4 Segnalazione ai cardiologi che visitano il paziente.</p>		<p>12.3 valutazione del MMSE ove appropriato in base al protocollo operativo.</p> <p>12.4 Segnalazione ai cardiologi per attivazione PDTA dei pazienti con problemi di non autosufficienza e/o decadimento cognitivo.</p>
<p>13. Alimentazione e anziani. Valutazione nella presa in carico del paziente anziano in ambulatorio infermieristico di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cosa e come mangia - delle modificazioni anatomofunzionali dell'apparato digerente associate all'invecchiamento, che condizionano notevolmente le scelte alimentari dell'anziano, orientandolo verso il consumo di alimenti facili da digerire ma spesso carenti di principi nutritivi - fattori sociali e ambientali 	<p>13.1 Formulazione di una scheda di valutazione e almeno 2 meeting di struttura per condivisione e formazione del personale al suo utilizzo</p>	<p>Responsabile: C.I. Donatella Radini Dott. Andrea Di Lenarda</p>	<p>13.1 Produzione di una scheda di valutazione e formazione del personale entro il 30/06/2013</p>
	<p>13.2 Incontri di educazione per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stimolare comportamenti alimentari corretti - promuovere l'attività fisica. 	<p>Tutto il personale infermieristico del CCV</p>	<p>13.2 Realizzazione di almeno 5 incontri educativi di gruppo con un minimo di 6 e un max di 10 partecipanti entro il 31/12/2013</p>

Centro Sociale Oncologico

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'	1.1 FORMAZIONE: 1.1.1 Realizzare corsi di formazione per medici e infermieri di ASS1 sul tema: "Valutazione e Trattamento del Dolore nel paziente Oncologico. Terapia Farmacologica con particolare riguardo all'uso degli Oppiacei e loro effetti collaterali. Possibilità di trattamento invasivo nel dolore refrattario". 1.1.2 FSC per personale del CSO: tumori ginecologici aggiornamento e nuova acquisizione delle conoscenze teoriche e miglioramento e nuova acquisizione delle abilità pratiche attraverso analisi e discussione di casi clinici.	Rita Ceccherini Licia Serra Maria Rosaria Macchiarella Lorena Castellani Arianna Sossi Laura Danieli Paola Rumiz	1.1.1. 3 edizioni 1.1.2 Partecipazione almeno 90% del personale CSO
	1.2 Ottimizzazione tempistiche e procedure per l'esecuzione di Tomografie Computerizzate programmabili per rivalutazione di pazienti con malattia avanzata in trattamento chemioterapico	Silva Foladore Silvia Milani Donatella Klancic Marzia Sisto Manola Iaia Rossana Tonelli Laura Danieli Maria Straniero	Programmazione ab initio controlli a 3 e 6 mesi con modulistica dedicata/ Almeno 80% dei pazienti che necessitano di rivalutazione TC nel percorso della loro malattia ottengono esame nei tempi previsti

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
2 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	Verifica appropriatezza della prescrizione dei farmaci ad alto costo da parte del CSO. Analisi delle richieste di Trastuzumab, Bevacizumab, Sunitinib, Pemetrexed, Cetuximab, Sorafenib, Everolimus, , Panitunumab, Abraxane, Lapatinib	Rita Ceccherini Angela Denaro Marzia Sisto Manola Iaia Fausta Lorenzon Patrizia Gregorich Martina Matarrese Sossi Arianna Barbara Sila	100% delle prescrizioni sono coerenti con le indicazioni registrative dei farmaci indicati.
3. SCREENING ONCOLOGICI: Prosecuzione e consolidamento delle attività	3.1. Invito alla partecipazione della popolazione bersaglio (mammella e colon) 3.2. Programmazione percorsi di II° livello ai positivi I° livello: a)mammella: esito positivo di Mx di screening viene trasmesso alla segreteria del II livello presso il CSO che provvede a contattre telefonicamente tutte le pazienti e a fissare l'appuntamento per l'approfondimento diagnostico da eseguire presso la radiologia AOTS b)colon. Tutti i FOBT positivi vengono contattati telefonicamente dal personale della segreteria del II livello_per colloquio e organizzazione appuntamento per la	Carla Dellach Claudia Mauro Martina Matarrese Patrizia Gregorich Rossana Tonelli Maria Rosaria Macchiarella	3.1 Almeno 3 incontri pubblici informativi organizzati in collaborazione con la sezione triestina della LILT 3.2 Programmazione del percorso di II livello al 100% di positivi al I livello

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	colonscopia.		
4. CURE DOMICILIARI: Mantenimento o miglioramento delle attività in essere	4.1 Offrire risposte con appropriata tempistica alle richieste di consulenze oncologiche domiciliari da parte dei Distretti	Antonio Murrone Silva Foladore Fausta Lorenzon Donatella Klancic Paola Rumiz Lorena Castellani Maria Straniero	entro una settimana per le prime visite entro 15 giorni per i controlli Almeno 90% dei casi con rispetto delle tempistica indicata
	4.2 Offrire risposte con appropriata tempistica alle richieste di visita per il controllo del dolore oncologico (paziente, MMG, distretti)	Licia Serra Paola Rumiz Lorena Castellani	Entro 3 giorni lavorativi per le visite urgenti Entro 6 giorni lavorativi per visite senza carattere di urgenza Almeno il 90% dei casi con rispetto della tempistica indicata

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>5. MIGLIORAMENTO GESTIONALE Implementazione delle procedure di informatizzazione dell'attività del CSO (previa messa a punto di strumenti più idonei e attivazione delle procedure)</p>	<p>5.1 Utilizzo corretto, completo e sistematico della cartella informatizzata . Prosecuzione dell'attività di inserimento completo di tutte le nuove cartelle (procedura già in atto dal 1 gennaio 2011) e implementazione dell'inserimento dati nella cartella informatizzata per i pazienti con cartella aperta negli anni precedenti (compilazione del campo "visite" con aggiornamento della situazione clinica)</p> <p>5.2 Inserimento nella cartella come "immagine " tramite scanner di referti di consulenze ed esami non importabili dal "visualizzatore referti"</p> <p>5.3 Stampa delle impegnative da PC</p> <p>5.4 Produzione ed inserimento in G2 di referti completi</p> <p>5.5 Possibilità da parte degli operatori di produrre ed inserire in G2 referti anche per pazienti non provvisti di cartella oncologica (visite senologiche, visite per terapia</p>	<p>Tutto il personale del CSO</p>	<p>5.1 100% Inserimento nuove cartelle</p> <p>5.2. Inserita con scanner almeno il 50% della documentazione inseribile come immagine</p> <p>5.3 Almeno il 50% delle impegnative prodotte mediante PC</p> <p>5.4 Almeno il 50% delle visite effettuate inserite in G2 come referto</p> <p>5.5 Almeno il 50% dei referti prodotti in seguito a visite in pazienti non provvisti di cartella oncologica inseriti in G2</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	antalgica in pazienti non seguiti dal punto di vista oncologico presso il CSO)		al 31/12/2013
<p>6. CONTINUITA' ASSISTENZIALE Creazione di un PDTA tra S.S. Centro Diabetologico e S.C. Centro Sociale Oncologico per la continuità assistenziale dei pazienti oncologici con diabete</p>	<p>61. Creare nell'anno 2013 percorsi facilitati tra S.C. Centro Sociale Oncologico e Centri Diabetologici Distrettuali per la presa in carico dei pazienti oncologici con diabete mellito. 6.2. Prendere in carico i pazienti inviati dalla S.C. Centro Sociale Oncologico e non ancora in carico alla Diabetologia con diabete mellito non controllato (Hb1AC >7.5%) o a rischio di scompenso nel corso del trattamento chemioterapico per la presa in carico congiunta.</p>	<p>Rita Ceccherini Silva Foladore Angela Denaro Marzia Sisto Arianna Sossi Fausta Lorenzon Manola Iaia Donatella Klancic Barbara Sila 6.2 In collaborazione con la SS Centro Diabetologico</p>	<p>6.1. Entro 30.06.2012 definizione e stesura del protocollo operativo concordato tra S.S. Centri Diabetologici e S.S. Oncologia 6.2. Presa in carico ai Centri Diabetologici Distrettuali del 100% dei pazienti selezionati secondo percorsi facilitati e condivisi. Al 31.12.2013</p>
<p>7. MIGLIORAMENTO UTILIZZAZIONE DELLE RISORSE Ottimizzazione somministrazione del farmaco oncologico biologico per via endovenosa Trastuzumab,</p>	<p>Predisposizione agenda di somministrazione in modo da condividere i dosaggi finali tra più pazienti al fine di ridurre lo scarto</p>	<p>Rita Ceccherini Obiettivo SS Chemioterapia</p>	<p>Valutazione del n° fiale teorico vs effettivo: almeno 10% risparmio principio attivo. 31/12/2013</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
di largo uso e alto costo.			

Sistema 118

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1 Incremento dell'attività di filtro alle ospedalizzazioni evitabili	Incremento del numero di casi di pazienti soccorsi e trattati a domicilio (direttamente o tramite attivazione di altre risorse) senza ospedalizzazione immediata	Tutto il personale 118	<u>Indicatore</u> : Raccolta dell'attività dei casi gestiti a domicilio su supporto cartaceo e quindi informatico <u>Risultato atteso</u> : incremento del 5% rispetto all'attività del 2012 <u>Tempo</u> : entro il 31 dicembre 2013
2. Assicurare il controllo degli elenchi degli utenti che usufruiscono dei trasporti secondari, inviati dagli appaltatori e trasmettere i prospetti excel aggiornati all'ufficio Finanza e Controllo	2.1. Rilevazione delle congruenze tra i dati del 118 ed i tabulati trasmessi dalla ditta trasporti appaltata entro 30 giorni dall'arrivo dei tabulati. 2.2. trasmissione dei report aggiornati alla S.C. Finanza e Controllo	Personale amministrativo	File excel trasmesso via mail alla S.C. Finanza e Controllo entro 30 giorni dalla trasmissione dei tabulati da parte della ditta appaltata a partire dal 1 giugno 2013
3. Monitoraggio indicatori di processo e di esito del Sistema 118	3.1. Analisi periodica dei tassi di raggiungimento degli standard operativi	T. Simeoni	3.1. <u>Indicatore</u> : Analisi tasso di raggiungimento degli standard operativi della struttura al 30 giugno <u>Risultato atteso</u> : 100% dei controlli effettuati e produzione reportistica <u>Tempo</u> : entro il 30 luglio e

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			<p><u>Indicatore</u>: Analisi tasso di raggiungimento degli standard della struttura al 31 dicembre</p> <p><u>Risultato atteso</u>: 100% dei controlli effettuati e produzione reportistica</p> <p><u>Tempo</u>: entro il 31 gennaio dell'anno successivo (per il 2012 entro 31.01.13, per il 2013 entro il 31.01.14)</p>
	<p>3.2. Analisi mensile dei report di attività del Sistema 118</p>	<p>T. Simeoni</p>	<p>3.2. <u>Indicatore</u>: Produzione e trasmissione mensile al Responsabile del Sistema 118 dei report su volume di attività generale, tempi di intervento per codice, eventi sentinella</p> <p><u>Risultato atteso</u>: 100% dei report completati e trasmessi</p> <p><u>Tempo</u>: dal 31 gennaio 2013</p>
<p>4. Sviluppo attività complesse S.S. 118</p>	<p>Creazione, revisione ed implementazione delle Istruzioni Operative del Sistema 118</p>	<p>Responsabile della Struttura</p>	<p>entro il 31/12/2013:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaborazione di 2 Istruzioni Operative - Revisione di 2 I.O. - Implementazione di 2 I.O.

Affari Giuridici e delle Attività di Supporto Direzionale

Funzione legale/assicurativa

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Rinnovo delle polizze kasko, RCP, RCA tutte in scadenza al 31.03.2013</p>	<p>1.1 Richiesta alle Compagnie, contraenti dei vigenti contratti assicurativi aziendali Kasko, RCA e RCP, in scadenza al 31.03.2013, di proroga trimestrale delle polizze al fine di garantire la continuità di copertura nelle more dell'espletamento della gara per il rinnovo delle stesse, bandita dal D.S.C. in data 28.01.2013 (cfr. determina DSC n. 41 dd 28.01.2013);</p> <p>1.2 Predisposizione del testo deliberativo di proroga delle coperture Kasko, RCA e RCP.</p>	<p>Donatella Bortuzzo Marta Dalla Costa Alessia Fratte</p>	<p>1.1 Richiesta di proroga entro il 28/02/2013</p> <p>1.2 bozza di delibera entro il 31/03/2013</p>
<p>2. Puntuale ed esaustiva informazione in ordine alla copertura assicurativa "Infortuni", da rinnovare al 31.03.2013, e semplificazione delle modalità di rilevazione dei</p>	<p>2.1 Verifica condizioni della polizza "infortuni" che sarà aggiudicata dal DSC a seguito della gara indetta dal medesimo in data 28.01.2013 (determina DSC n. 41 dd.28.01.2013);</p> <p>2.2</p>	<p>Donatella Bortuzzo Marta Dalla Costa Alessia Fratte</p>	<p>Circolare esplicativa e relativa modulistica entro il 31/07/2013</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
dati d'interesse ai fini di garanzia	Predisposizione di una circolare esplicativa delle più significative garanzie previste dalla nuova polizza "infortuni", corredata della relativa modulistica.		
3. Aggiornamento sul sito aziendale delle informazioni relative alle articolazioni funzionali afferenti alla neoistituita S.C. Affari Giuridici e delle Attività di Supporto Direzionale	3.1 Esame della descrizione di tutte le articolazioni funzionali che afferiscono alla struttura complessa già presenti nel sito aziendale; 3.2 Rielaborazione della descrizione delle articolazioni in ragione delle modifiche apportate all'Atto Aziendale (cfr. art. 20) e della attivazione della S.C. Affari Giuridici ed Attività di Supporto Direzionale; 3.3 Elaborazione di una scheda rappresentativa della descrizione aggiornata della Struttura Complessa A.G.e A.S.D. e relative funzioni.	Donatella Bortuzzo Alessia Fratte Marta Dalla Costa	Scheda sinottica entro il 31/05/2013
4. Razionalizzazione della materia disciplinare e della gestione dei relativi procedimenti di competenza dei dirigenti responsabili di S.O., S.C. e S.S.D. ai sensi della normativa	4.1 Analisi delle disposizioni normative vigenti disciplinanti la materia con specifico riferimento ai procedimenti di competenza dei dirigenti responsabili di S.O., S.C. e S.S.D., attivabili nei confronti del personale loro assegnato, sia di comparto che	Responsabile S.C. Daniela Zaro	Vademecum entro il 31/10/2013

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
vigente.	<p>dirigenziale;</p> <p>4.2 Individuazione dei termini e delle condizioni per l'espletamento della procedura disciplinare di competenza dei dirigenti responsabili di S.O., S.C. e S.S.D., attivabile nei confronti del personale di comparto e della dirigenza afferente alle rispettive articolazioni strutturali;</p> <p>4.3 Predisposizione di un sintetico vademecum destinato ai dirigenti responsabili di S.O., S.C. e S.S.D. al fine di facilitare l'esercizio dell'azione disciplinare nei confronti del personale sottoposto, di comparto e dirigenziale; predisposizione di modulistica per attivazione della copertura personalizzata per specifico protocollo di studio.</p>		

Funzione Servizio Prevenzione Protezione Ambiente

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
5. Messa a regime del sistema di	5.1 Predisposizione della procedura per la	Tutto il personale SPPA Fabio Aizza	5.1 Procedura entro il 30/06/2013

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
intervento di emergenza sui frigoriferi biologici aziendali in pronta disponibilità	gestione degli allarmi dei frigoriferi biologici aziendali, rivolta agli operatori SPPA reperibili in pronta disponibilità, codificando le modalità di intervento e testandole sul campo; 5.2 Applicazione e verifica della procedura sui sistemi installati ed attivi dalla EBM	Stella Lorenzi Monica Minniti Roberto Pozzetto Mauro Travan Rita Vucas In collaborazione con Guido Antonio (PCA)	5.2 Verifiche (presenza di verbali) entro il 31/12/2013
6. Implementazione del Sistema di gestione della sicurezza e salute sul lavoro SGSL UNI INAIL	Elaborazione della procedura relativa a "Ruoli e Responsabilità"	Tutto il personale SPPA	Procedura entro il 31/12/2013
7. Verifiche con la Commissione di vigilanza sulle strutture sanitarie private (Delibera ASS n. 1 Triestina n. 8 dd. 14 gennaio 2011)	Effettuazione di apposite verifiche per l'accertamento degli standard di prevenzione e sicurezza nelle strutture sanitarie private.	Titolare p.o. SPPA Fabio Aizza In collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione (Branca, Abbona, Fumolo, Felcaro, Simoni)	Almeno 10 sopralluoghi entro il 31/12/2013
8. Promozione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, formazione dei lavoratori secondo quanto previsto	Predisposizione e attuazione di 10 eventi formativi residenziale in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro secondo quanto previsto dall'accordo stato -regione.	Tutto il personale SPPA	8.1 10 corsi di formazione svolti entro il 31.12.2013

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
dall'accordo stato -regione			
9. Implementazione del Sistema di gestione della sicurezza e salute sul lavoro SGSL UNI INAIL	Elaborazione del Manuale di sistema e politica per la sicurezza e salute sui luoghi di lavoro	Tutto il personale SPPA	Manuale di sistema entro il 31.12.2013

Funzione Certificazione e Accreditamento

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
10. Contribuire ad assicurare la conformità ai requisiti per l'accreditamento istituzionale dell'Ambulatorio di Medicina dello Sport da parte della Regione FVG	10.1 Verificare con la direzione del CCV la situazione di conformità ai requisiti regionali della Med. dello Sport 10.2 Discutere con la direzione del CCV le risposte idonee ai requisiti 10.3 Correggere / aggiornare la modulistica predisposta per l'utenza 10.4 Trasmettere alla Comunicazione Informatica la nuova modulistica da inserire nel sito web aziendale 10.5 Redazione della bozza di documento	Titolare p.o. Certificazione e Accreditamento Giuseppe Romano	10.1-5 Bozza documento attestante la sussistenza presso il Servizio di Med. dello Sport di tutti i requisiti autorizzativi e di accreditamento entro il 21.02.2013

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	attestante la sussistenza presso il Servizio di Med. dello Sport di tutti i requisiti autorizzativi e di accreditamento		
	10.6 Raccolta di tutta la documentazione richiesta dai requisiti minimi strutturali generali autorizzativi: <ul style="list-style-type: none"> - planimetrie dell'Ambulatorio di Med. dello Sport; - relazione del Dipartimento Tecnico dell'AOR sui requisiti minimi strutturali generali autorizzativi; - attestati e certificazioni richieste per l'autorizzazione e l'accreditamento dell'Ambulatorio di Med. dello Sport 	Paolo Monaro	10.6 Raccolta della documentazione d'interesse entro il 25.02.2013
11. Contribuire ad assicurare la conformità agli standard per il riconoscimento di "Comunità Amica dei Bambini per l'allattamento materno" da parte dell'UNICEF	11.1 Discutere con il personale delle SC TSBADOF i contenuti da inserire nella documentazione richiesta dagli standard 11.2 Predisporre le bozze di procedure e protocolli ed inviarle alla Responsabile	Giuseppe Romano	Bozze della procedura per la gestione della Politica e del Codice del protocollo per la gestione delle registrazioni e monitoraggi entro il 31/12/2013

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	del progetto UNICEF dott.ssa Vittoria Sola		
12. Individuare le maggiori criticità presenti negli ambulatori distrettuali in relazione ai requisiti strutturali generali autorizzativi regionali	<p>12.1 Analizzare i dati dei report prodotti nel 2012</p> <p>12.2 Individuare criticità e ambiti di miglioramento</p> <p>12.3 Redazione di una relazione illustrativa delle criticità e proposte di miglioramento per la conformità ai requisiti strutturali generali autorizzativi da sottoporre al titolare della funzione Certificazione ed Accreditamento</p>	Paolo Monaro	Relazione entro il 31.12.2013

Funzione Gestione Ambientale Aziendale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
13. Contribuire ad assicurare la conformità, sotto il profilo del rischio biologico ed ambientale, delle procedure e del protocollo operativo dell'Ambulatorio del Piede diabetico ai fini	<p>13.1 Verificare e valutare la bozza di procedura e di protocollo elaborato dal personale dei 4 Centri Diabetologici per l'accreditamento delle attività svolte nell'Ambulatorio del Piede diabetico.</p> <p>13.2</p>	<p>Tutto il personale funzione Gestione Ambientale</p> <p>Francesca Dragani</p> <p>Elena Berni</p> <p>Elisabetta Cavazzon</p> <p>Luisa Ripa</p>	<p>13.1,2</p> <p>Relazione contenente la valutazione della bozza di procedura e di protocollo e con le proposte di modifica e di miglioramento delle bozze entro il 30.09.2013</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
dell'accreditamento istituzionale	<p>Predisporre una relazione con le proposte di modifica e di miglioramento delle bozze di cui al precedente p.to 1. 13.3</p> <p>valutazione dei documenti definitivi (procedura e protocollo) rielaborati dai Centri Diabetologici e relazione di chiusura del percorso valutativo</p>	<p>Giovanna Tromba</p> <p>In collaborazione con il personale dei 4 Centri Diabetologici distrettuali</p>	<p>13.3</p> <p>Relazione contenente la valutazione dei documenti definitivi (procedura e protocollo) rielaborati dai Centri Diabetologici</p>
<p>14.</p> <p>Contribuire al controllo del Rischio biologico e prevenzione delle infezioni crociate</p>	<p>Programmazione di corsi di formazione del personale sulle modalità di prevenzione del rischio clinico/ biologico, con specifico insegnamento dell'utilizzo dei dpi, delle precauzioni standard e specifiche sui possibili modi di trasmissione delle infezioni</p>	<p>Tutto il personale funzione Gestione Ambientale</p> <p>In collaborazione con Sapienza Roberta per la formazione e qualificazione del personale-Ge.Va.P.</p>	<p>Almeno 10 corsi di formazione svolti: personale formato al 31/12/2013 differenziato per qualifica e sede pari al 50% per almeno due distretti</p>
<p>15.</p> <p>Sviluppare le competenze degli operatori sulla cultura della corretta gestione dei rifiuti in occasione dei sopralluoghi e delle verifiche presso le strutture ASS1</p>	<p>15.1.</p> <p>Effettuare sopralluoghi presso le varie strutture dell'ASS1</p> <p>15.2.</p> <p>Vverificare la corretta tenuta dei registri carico e scarico dei rifiuti</p> <p>15.3.</p>	<p>Tutto il personale funzione Gestione Ambientale</p> <p>Rita Vucas (SPPA)</p>	<p>15.1,2.</p> <p>Almeno 1 sopralluogo in ogni struttura/servizio documentato con relazione finale entro il 31/12/2013</p> <p>15.3</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Predisporre corsi di formazione sul campo presso le strutture dell'ASS1 soggette a verifica.		Almeno 1 corso di formazione sul campo in ogni struttura che detiene il registro carico e scarico dei rifiuti entro il 31/12/2013
16. Progetto di educazione ambientale per le scuole della provincia di Trieste	16.1 Creazione di un Progetto di educazione ambientale, denominato "3R" – <i>"prevenzione ed educazione Agenda 21"</i> , per le scuole della provincia di Trieste per promuovere ed incentivare una corretta gestione dei rifiuti; 16.2 Interventi nelle classi con lezioni ed attività di laboratorio sul tema dell'agire sostenibile	personale funzione Gestione Ambientale Francesca Dragani Elena Berni Elisabetta Cavazzon Luisa Ripa Giovanna Tromba	Per un totale di almeno 160 ore in aula entro il 31.12.2013 attuazione del progetto di educazione ambientale: 1 in almeno 10 classi della provincia di Trieste entro il 30/06/2013 2 in almeno ulteriori 10 classi della provincia di Trieste

Funzione di supporto alle progettazioni delle politiche aziendali e correlate funzioni di segreteria

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
17. Assicurare il puntuale rispetto degli adempimenti amministrativi prescritti dall'art. 18 della L. 134/2012 - Amministrazione aperta.	17.1 Analisi e monitoraggio delle autorizzazioni all'utilizzo temporaneo degli spazi Centro di Formazione aziendale (sala A e sala B) e spazio rosa concesse dagli Uffici della Segreteria ai soggetti di cui all'art. 11,	Luisa Giove Lorena Battista Brigida Romeo	17.1,2 N. 2 report semestrali con evidenza entro 15 gg.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>comma 2, del Regolamento aziendale approvato con delibera n. 182 dd. 31.05.2012;</p> <p>17.2 Realizzazione e presentazione alla Direzione strategica di un report che evidenzi, per ciascuna prenotazione, soggetto, data evento, vantaggio economico riconosciuto;</p> <p>17.3 Pubblicazione sul sito aziendale, mediante lo strumento "back office ", delle concessioni di vantaggi economici, derivanti dalla mancata applicazione della tariffa, ove la somma di queste al medesimo soggetto superi l'importo di €1.000, entro 15 giorni dalla data dell'evento che ha determinato il raggiungimento della suddetta cifra;</p> <p>18.4 Realizzazione e presentazione alla Direzione strategica di un report annuale a prova dell'avvenuta pubblicazione sul sito delle informazioni previste.</p>		<p>17.3,4 Report annuale a prova dell'avvenuta pubblicazione sul sito delle informazioni previste.</p>
18. Ottimizzazione del presidio	18.1 Studio e realizzazione di una procedura	Luisa Giove Brigida Romeo	18.1,2. Flow chart entro il 30/04/2013

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
dell'iter di approvazione degli atti deliberativi aziendali.	<p>che evidenzi le diverse fasi in cui viene esercitato un controllo amministrativo sull'atto deliberativo;</p> <p>18.2 Realizzazione e presentazione alla Direzione strategica di un flow chart;</p> <p>18.3 Effettuazione di una prima, attenta lettura di ciascuna proposta di deliberazione, con annotazione a margine di eventuali elementi da rilevare, modificare o integrare prima dell'esame da parte della Direzione strategica.</p>		<p>18.3 Elenco degli atti deliberativi visti nel 2013, da cui si evinca il controllo di almeno l'80% del totale delle proposte di atto presentate dalle strutture aziendali a decorrere dal 01/03/2013.</p>
<p>19. Miglioramento della gestione dell'utilizzo delle sale riunioni afferenti alla sede di via C. Costantinides n. 2 - Villa Renner (Sala A e Sala B) a beneficio delle Strutture aziendali.</p>	<p>19.1 Studio ed elaborazione di un modello di grafica innovativo, chiaro e completo, anche con l'ausilio di immagini illustrative, a segnaletica delle prenotazioni delle sale effettuate;</p> <p>19.2 Realizzazione ed esposizione quotidiana a decorrere dal 1/04/2013, all'ingresso della Villa della grafica segnaletica delle prenotazioni risultanti in agenda, secondo il modello di cui all'azione n. 1.</p>	<p>Maria Teresa Galimi Antonella Greco Igor Pischianz</p>	<p>19.1 Modello di grafica entro il 31/03/2013</p> <p>19.2 N. 2 report semestrali con evidenza entro 15 gg.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
20. Ottimizzazione delle registrazioni concernenti le prenotazioni delle sale riunioni di Via C. Costantinides 2 -Villa Renner.	Monitoraggio puntuale delle prenotazioni ricevute dagli uffici di segreteria, con evidenza del soggetto richiedente, giornata, orario, tipologia dell'evento.	Lorena Battista Maria Teresa Galimi Antonella Greco	n. 2 report semestrali con evidenza entro 15 gg.

Programmazione Strategica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Segnaletica aziendale.	<p>1.1 Ridefinire insieme al direttore di distretto e alla responsabile infermieristica le esigenze e i nuovi percorsi della struttura.</p> <p>1.2 Fase di progettazione</p> <p>1.3 Presentazione del progetto e discussione</p> <p>1.4 Ordine e montaggio della segnaletica nuova.</p> <p>Distretto 1, via Stock. La segnaletica ha 12 anni, l'organizzazione ha subito parecchie modifiche e la segnaletica ha bisogno di un restyling completo.</p> <p>(Va tenuto in considerazione il fatto che il servizio nel corso dei ultimi 3 anni è passato da 5 persone, di cui un coordinatore e uno che si occupava esclusivamente di</p>	Roberto Michelazzi	Verifica iniziale e progetto di massima entro 30.06.2013 e ordine e montaggio entro 31.12.2013

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	segnaletica ad una sola persona).		
2. Realizzare l'archivio informatico unico di struttura	Catalogare per argomenti e anni di attività i file di archivio. Eeguire back up dei file di ciascuna postazione informatica su server aziendale a partire dal 1 settembre Organizzare e realizzare l'aggiornamento periodico	Paola De Poli	Archivio Informatico di struttura presente e aggiornato trimestralmente. Indice degli argomenti inviato al responsabile di struttura
3. Governo clinico territoriale delle patologie croniche. Sviluppare il processo di monitoraggio delle attività aziendali con focus sulle microraree	3.1 Produrre i profili di consumo delle microaree aziendali a partire dall'analisi delle banche dati disponibili (di interesse) 3.2 Analizzare il trend dei consumi di microarea. 3.3 Individuare dai dati amministrativi presenti nel sistema informativo regionale gli elenchi dei potenziali pazienti fragili per ciascuna microarea 3.4 Confronto con i dati aziendali complessivi di tutti gli assistiti e analisi sintetica	Marco Braida Marco Spanò	3.1 Profilo dei consumi sanitari di microarea 3.2 Elenchi dei pazienti fragili (epidemiologia nominativa da dati di consumo e di performance aziendale) di microarea e report sintetico di presentazione dei risultati dell'analisi

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>4. Analizzare il fenomeno dei ricoveri ripetuti degli assistiti</p>	<p>4.1 Analisi dei ricoveri degli ultimi 5 anni (2008-2012) Definizione di indicatori e individuazione dei trend dei ricoveri ripetuti negli anni di riferimento con particolare approfondimento sull'ultimo anno disponibile Produzione di reportistica e materiale di presentazione</p>	<p>Marco Braida Marco Spanò</p>	<p>Presentazione dei risultati dell'analisi sui ricoveri ripetuti alla direzione strategica e ai servizi distrettuali. Almeno 2 eventi</p>

Ufficio Relazioni con il Pubblico

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Creazione di una rete di referenti aziendali per favorire la comunicazione interna ed esterna al fine di migliorare/facilitare l'accesso ai nostri servizi e alle proposte-informative-comunicative sui temi della salute realizzate da ASS1	1.1 Costituzione formale mediante proposta di atto deliberativo alla Direzione Generale di una rete di referenti/gruppo di lavoro aziendale 1.2 Organizzazione di almeno tre riunioni con i referenti aziendali entro il 31/12/2013 1.3 Redazione di una proposta di piano di comunicazione aziendale	Sara Sanson Micòl Broussard	1.1 Proposta di atto deliberativo alla Direzione Generale, comprensiva di un elenco di referenti aziendali 1.2 Proposta di piano di comunicazione aziendale presentato alla Direzione Generale entro il 31/12/2013.
2. Coordinamento delle attività di comunicazione e informazione relativa alla raccolta delle espressioni di consenso al trattamento dei dati (privacy)URP	2.1 Monitoraggio periodico dell' andamento attività di comunicazione e informazione relativa alla raccolta delle espressioni di consenso al trattamento dei dati (privacy) consegnati presso i punti informativi URP siti in D1 Stock, D3 Puccini e presso la sede centrale URP via Sai, 1 mediante incontri organizzativi e verifiche	Sara Sanson Micòl Broussard	2.1 Report sull'attività di raccolta e inserimento delle espressioni di consenso al trattamento dei dati relativo ai moduli consegnati presso i punti informativi URP siti in D1 Stock, D3 Puccini e presso la sede centrale URP via Sai, 1 entro 30 novembre 2013. Inoltro alla direzione entro il 31/12/2013
	2.2 Raccolta dei moduli di tutte le persone	Massimo Posarini	2.2 Elenco dei nominativi e dei

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	che si sono presentate allo sportello informativo debitamente compilati, firmati e sistemati in ordine alfabetico presso i punti distrettuali URP	Presso postazioni Urp (D3 in Via Puccini e D1 in via Stock)	moduli corrispondenti consegnati a Responsabile URP e Direzione Strategica entro 31/12/2013
3. Realizzazione di un elenco aggiornato delle associazioni che collaborano con ASS1	3.1 Predisposizione di una mailing list di tutte le Associazioni che collaborano con ASS1, divisa per target, compiti istituzionali e tipologia 3.2 Puntuale verifica e aggiornamento dati delle Associazioni	Piero Cortese Massimo Posarini Antonietta Procida Lorenzo Crevatin	3.1 Mailing list inviata alla Responsabile URP entro il 31/08/2013 3.2 Presenza dell'elenco delle associazioni che collaborano con ASS1 aggiornato entro il 31/12/2013
4. Miglioramento della qualità del servizio gestione reclami	Introduzione della modalità <i>on line</i> per la presentazione dei reclami, delle segnalazioni, dei suggerimenti e degli elogi a partire da gennaio 2013. (http://www.ass1.sanita.fvg.it/servlet/page?_pageid=111&dad=pass1&schema=PASS1)	Alessandro Perfetto Antonietta Procida	Risposta puntuale e tempestiva ai reclami e alle segnalazioni pervenute <i>on line</i> anche inferiore ai 30 gg previsti per legge (vedi DPCM 27 gennaio 1994) . Relazione di attività al 31/12/2013 inviata alla Responsabile URP e alla Direzione strategica.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
5. Garantire la risposta scritta alle segnalazioni dei cittadini.	Rispondere ai reclami con lettera scritta come da nuova procedura Gestione dei reclami.	Piero Cortese Alessandro Perfetto Lorenzo Crevatin	80% di risposte scritte ai reclami del 2013. Relazione d'attività al 31/12/2013 (con particolare evidenza della riduzione dei tempi di risposta) inviata alla Responsabile URP e alla Direzione strategica.

Direzione Sanitaria

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Assicurare la corretta gestione dei dati sulla privacy a livello Aziendale	1. Analisi delle schede fornite dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) relative agli utenti che hanno provveduto a compilare la modulistica per l'espressione di consenso al trattamento dei dati a seguito di richiesta di prestazioni sanitarie. 2. Inserimento dei dati personali e sensibili dei singoli utenti all'interno dell'apposito programma di registrazione "GECO"	Fabiola Caputo	Evidenza dell'inserimento delle schede fornite dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) nel sistema GE.CO.
2. Informazione sul campo agli operatori sanitari dei 4 Distretti Sanitari in relazione alla corretta gestione della modulistica di cui al punto 1	Incontri programmati nella varie sedi distrettuali per l'ottimizzazione dei percorsi burocratici e gestionali (modulistica ai fini dell'inserimento nel programma GECO) agli operatori a contatto con l'utenza	Fabiola Caputo	Produzione di un report riepilogativo relativo agli incontri effettuati con gli operatori dei distretti.

Direzione sanitaria: Ufficio Progetti Area Sanitaria

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1.	1.1.	Valentina Iurman	Stesura Progetto per 2014 entro

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Progetto “Buone pratiche contro la pedofilia” ai sensi della L.R. 20/04 art 21	Partecipazione al Tavolo di Coordinamento del progetto per definire gli obiettivi e le azioni in ambito formativo e operativo 1.2. Predisposizione della richiesta di finanziamento per le attività da svolgere nell'anno 2014 in sinergia con Comune di Trieste e gli altri enti partner		il 31/12/2013
2. Progetto “Mediazione Culturale in Sanità anno 2012- 2013”	2.1. Coordinamento dell'attività di mediazione culturale prevista dal progetto 2.2. Predisposizione della relazione illustrativa dell'attività svolta e dell'utilizzo del finanziamento regionale concesso	Valentina Iurman	Relazione illustrativa e rendiconto inviato alla Regione FVG entro 31/12/2013
3. Promozione degli screening oncologici femminili: ridurre le eventuali disuguaglianze nell'accesso tra le donne utenti del DSM	1.1 Collaborazione con il DSM e CSO sul monitoraggio all'adesione agli screening femminili 1.2 Collaborazione alla formazione del personale del DSM e all'individuazione delle strategie di intervento per incentivare l'adesione.	Kosic Erika Magro Beatrice	1.1 Al 31/12/2013 verifica della % di donne utenti CSM che aderiscono agli screening. Relazione sull'adesione 1.2 Al 31/12/2013 riunioni del gruppo di lavoro e stesura proposta formativa

Direzione sanitaria: medico competente (risk manager)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Interventi in tema di alcol e lavoro nell'ASS1 Triestina nell'ambito degli obblighi previsti dalla Legge 125/01 e dal D.Lgs 81/2008.</p>	<p>1.1. Promozione della salute individuale in sede di visita medica. Nell'ambito della sorveglianza sanitaria ai dipendenti verra' somministrato un questionario per sviluppare una consapevolezza sui rischi e le responsabilita' correlati al bere, con avvio a programmi terapeutici e riabilitativi nei casi di vero e proprio abuso o dipendenza</p>	<p>Medico competente</p>	<p>1.1. Somministrazione di questionario al 70% dei dipendenti ASS 1 afferenti all'ambulatorio del Medico Competente</p>
	<p>1.2. Avvio a programmi terapeutici e riabilitativi nei casi di vero e proprio abuso o dipendenza</p>	<p>Medico competente In collaborazione con dirigente medico SC Dipendenza da sostanze legali del DdD</p>	<p>1.2 invio alla SC Dipendenza da sostanze legali del DdD del 100% dei dipendenti di cui all'azione 1.2</p>
<p>2 Interventi in tema di stress lavoro correlato e benessere organizzativo</p>	<p>2.1. Effettuazione della consulenza a tutti i dipendenti inviati ai dirigenti medici psichiatri 2.2 Restituzione alle Strutture aziendali dei risultati della valutazione dello stress-lavoro correlato</p>	<p>Medico competente in collaborazione con Dirigente medico psichiatra SC Dipendenza da sostanze legali del DdD Dirigente medico psichiatra CSM Domio in collaborazione con TdP Dipartimento di</p>	<p>2.1 Invio in consulenza di tutti i dipendenti con patologie e disturbi stress lavoro correlati 2.2 Comunicazione dei risultati e della valutazione, condivisione e confronto su possibili azioni di miglioramento nelle strutture</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		Prevenzione	aziendali valutate
<p>3. Prosecuzione del Progetto Operatori della Sanità Liberi dal Fumo, con riferimento ai dipendenti della ASS n. 1 Triestina</p>	<p>3.1. Misurazione del CO espirato in fumatori e non fumatori dipendenti ASS 1 afferenti all'ambulatorio del Medico Competente nel 2012 che non abbiano ancora effettuato il test (prime visite) e per i fumatori in visita periodica</p> <p>3.2. Valutazione di dipendenza e di motivazione a smettere dei fumatori afferenti all'ambulatorio del Medico Competente nel 2012</p>	<p>Medico competente</p> <p>in collaborazione con: S.S. dipartimentale Medicina del Lavoro Personale sanitario del comparto Direzione Dip – gruppo di lavoro dipartimentale di epidemiologia</p>	<p>3.1. Valori di riferimento di CO espirato in almeno il 70% dei dipendenti ASS1 afferenti all'ambulatorio del Medico Competente nel 2012 che non abbiano mai effettuato il test (prime visite) e dei fumatori in visita periodica 31/12/2013</p> <p>3.2. Valutazione in almeno il 80% dei fumatori afferenti all'ambulatorio del Medico Competente nel 2012- 31/12/2013</p>
	<p>3.3 Invio diretto alla SC Dipendenza da sostanze legali del DdD (comunicazione email del nominativo e del numero di telefono) dei dipendenti ASS 1 fumatori che abbiano manifestato il desiderio di smettere e che abbiano dato il consenso ad essere contattati</p>	<p>Medico competente</p> <p>In collaborazione con dirigenti medici e dirigenti psicologi della SC Dipendenza da sostanze legali del DdD</p>	<p>3.3 Presenza in carico da parte della SC Dipendenza da sostanze legali del 70% dei dipendenti ASS1 fumatori che abbiano dato il consenso ad essere contattati 31/12/2013</p>
<p>4.</p>	<p>4.1</p>	<p>Medico competente</p>	<p>4.1</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Implementazione del sistema di incident reporting	<p>Completare la formazione di tutto il personale sul rischio clinico e sul corretto utilizzo della scheda di incident reporting</p> <p>4.2 Rivedere la scheda di incident reporting a seguito dei risultati delle segnalazioni raccolte negli ultimi 2 anni</p> <p>4.3 Esecuzione di RCA in caso di eventi che superino lo score di 6</p> <p>4.4 Analizzare e valutare periodicamente i dati raccolti al fine di attivare processi di miglioramento</p>	<p>(risk manager)</p> <p>4.2 in collaborazione con Sistema Informativo Ufficio Comunicazione Informatica</p>	<p>N. operatori che partecipano alla formazione sul campo nelle sedi di lavoro, differenziati per qualificati per qualifica/ N. totale operatori per sede della formazione, differenziati per qualifica => 70%</p> <p>4.2 Inserimento in internet di una scheda da compilare direttamente sul pc e inviare via mail</p> <p>4.3 Esecuzione di almeno 1 RCA (se eventi con score > di 6)</p> <p>4.4 Report annuale sul numero delle segnalazioni, sul</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			<p>monitoraggio delle segnalazioni analizzate e sulla valutazione delle azioni intraprese</p>
<p>5. Revisione e standardizzazione della cartella del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e dei CSM del DSM</p>	<p>5.1. Revisione e standardizzazione delle cartelle cliniche: presenza e completezza dei seguenti documenti b. foglio unico di terapia</p> <p>5.2. Adeguamento della cartella SPDC e dei CSM alla check list del progetto Valdoc01</p>	<p>Medico competente (risk manager)</p> <p>in collaborazione con: Responsabile Struttura semplice Deontologia e Responsabilità professionale- Referente aziendale per la qualità della documentazione Direzione DSM SIA</p>	<p>5.1. Numero di cartelle aperte presenti in SPDC e nei 4 CSM contenenti i documenti previsti / numero di cartelle selezionate (5 verificate a bimestre= 30 cartelle verificate /anno) = o > 75%</p> <p>5.2. Presenza in almeno l'80% delle cartelle dei seguenti documenti compilati in ogni loro parte : a. foglio unico di terapia</p> <p>3. Réport semestrale a cura del risk manager e del referente aziendale per la qualità della documentazione</p> <p>4. Almeno 2 incontri di audit per</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			valutare il risultato delle verifiche e concordare attività di miglioramento 5. Presenza in almeno il 60% delle cartelle di SPDC e dei 4 CSM degli elementi della check list del progetto Valdoc01 31/12/2013
6 Valutazione delle patologie osteoarticolari connesse alla movimentazione manuale dei carichi e al sovraccarico biomeccanico arti superiori) nei lavoratori nel settore della sanità	1 Preparazione di un questionario anamnestico clinico in collaborazione con i medici competenti delle aziende sanitarie e i medici della sorveglianza regionale INAIL 2 Somministrazione del questionario proposto nei casi di sospetta o accertata patologia osteo-articolare correlata con tali rischi lavorativi (verificata la permanenza in servizio) ai nominativi segnalati dal 2009 al primo semestre 2013. 3. Invio dei questionari così somministrati e compilati alla funzione regionale di	<u>Direzione sanitaria</u> Medico competente	1 Convocare e somministrare il questionario al 90% dei dipendenti (ancora in attività) con denuncia di malattia professionale negli anni 2009-2011, i cui nominativi sono presenti nell'elenco ricavato dai dati regionali. 2 convocare e somministrare il questionario al 90% dei dipendenti (ancora in attività) con denuncia di malattia professionale nel 2012 e primo semestre 2013, i cui nominativi risultano dai dati aziendali

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	coordinamento dei Medici Competenti		

Servizio Infermieristico Aziendale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. PAL – Obiettivi Valdoc01 - risk management: revisione e standardizzazione della cartella clinica delle 4 RSA e della cartella infermieristica del SID dei 4 distretti	1.1 Verifica random nel corso dell'anno (con check list regionale progetto Valdoc01) della qualità delle cartelle cliniche chiuse: 1.2 Realizzazione di audit rivolto al personale ASS1	1. Dirigente SC SIA In collaborazione con il Medico competente e referente aziendale su risk management	1.1 Verificate almeno: 120 cartelle delle 4 RSA 120 cartelle dei 4 SID e realizzati 2 report semestrali sull'esito delle verifiche 1.2 Almeno 2 audit aziendali realizzati
2. Applicazione dei protocolli per la corretta identificazione del malato in RSA	2.1 Realizzare 2 audit di formazione del personale della RSA San Giusto del Distretto 2 2.2 Effettuare 2 osservazioni (una a semestre) sulla corretta identificazione del malato in RSA	Dirigente SC SIA In collaborazione con e il Dirigente infermieristico del Distretto 2 e con il Medico competente e referente aziendale su risk management	2.1. Almeno 2 audit realizzati con il personale dell'RSA San Giusto 2.2 N° di assistiti presenti all'osservazione con fotografia / numero totale di assistiti presenti al momento dell'osservazione = almeno 80%
3. Sviluppo e applicazione strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata: uso e informatizzazione VALGRAF – GENESYS – ICD9- CM	Realizzare audit di promozione e verifica della corretta gestione del sistema informativo/informatico relativo all'uso e implementazione dei dati VALGRAF e ICD9 – DM nel sistema regionale	Dirigente SC SIA In collaborazione con il Dirigente infermieristico del Distretto 4 e il Referente Aziendale della Riabilitazione	Almeno 2 audit realizzati con i responsabili infermieristici e della riabilitazione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>4. PAL - Risk management: Prevenzione delle lesioni da decubito RSA San Giusto e nel SID</p>	<p>4. 1 Valutazione del rischio di lesioni da decubito con scheda accreditata</p> <p>4.2 Realizzare data base</p> <p>4.3 Realizzare audit</p> <p>4.4 Rivedere le LLGG del 2008</p> <p>4.5 gestire l'uso di medicazioni avanzate, terapia a pressione negativa, presidi per la</p>	<p>Comparto SC SIA</p> <p>in collaborazione Commissione per il monitoraggio e la prevenzione delle LDD Responsabili infermieristici dei SID dei 4 distretti e della RSA San Giusto</p>	<p>4.1.1 N° cartelle chiuse in RSA contenenti scheda di valutazione rischio LDD / N° cartelle selezionate (5 cartelle selezionate a bimestre 30 cartelle verificate / anno per RSA = almeno 100%</p> <p>4.1.2. N° cartelle SID con episodi di cura conclusi presenti in distretto contenenti valutazioni del rischio LDD / N° cartelle (5 cartelle selezionate a bimestre = 30 cartelle verificate / anno per distretto = almeno 100%</p> <p>4.2,3 report annuale di incidenza e prevalenza personale dipendente formato differenziato per qualifica e struttura. Almeno 60% del personale formato</p> <p>4.4 revisione LLGG</p> <p>4.5 predisposizione di capitolati, partecipazione a gare regionali, monitoraggio spesa.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	prevenzione, nuove tecnologie terapeutiche		
<p>5. PAL – Obiettivi regionali su risk management verifica della qualità della documentazione clinica – delle 4 RSA e dei SID dei 4 Distretti</p>	<p>Verifica random bimestrale con check list regionale (progetto Valdoc01) della qualità delle cartelle cliniche chiuse delle RSA e del SID per ciascun distretto:</p> <p>5.1.1 Valutare le cartelle cliniche delle RSA, in particolare verificare la presenza e completezza dei seguenti documenti:</p> <p>a. consenso informato quando necessario</p> <p>b. scala di valutazione del rischio di lesioni da decubito</p> <p>c. scala di valutazione di rischio cadute</p> <p>d. valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e rivalutazione all'occorrenza durante il periodo di degenza</p> <p>e. foglio unico di terapia per i primi 7 gg</p> <p>5.1.2 Produzione di verbali bimestrali</p> <p>5.2.1</p>	<p>Comparto SC SIA</p> <p>In collaborazione con Medico competente e referente aziendale su risk management</p> <p>Personale infermieristico dei Distretti</p>	<p>5.1 Almeno 120 cartelle cliniche chiuse verificate in RSA e verbali bimestrali</p> <p>5. 2 Almeno 120 cartelle cliniche chiuse</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Valutare le cartelle cliniche del SID e in particolare verificare la presenza e completezza dei seguenti documenti: a. valutazione del rischio di lesioni da decubito b. valutazione iniziale del dolore c. foglio unico di terapia 5.2.2 Produzione di verbali bimestrali		del SID (5 a bimestre = 30 verificate/anno per ogni distretto) e verbali bimestrali

Servizio Riabilitativo Aziendale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Linea PAL 1.2.3.4: Assistenza protesica Adozione e applicazione del Piano Regionale di revisione dell'assistenza protesica;</p>	<p>1 Produzione di un Regolamento Aziendale di attuazione del Piano Regionale di revisione dell'assistenza protesica; 2. Formazione del personale sanitario e amministrativo operante nell'ambito dell'assistenza protesica mediante l'organizzazione di eventi formativi / audit per la condivisione del Piano Regionale di revisione dell'assistenza protesica 3. Identificazione e formazione dei prescrittori 4. Monitoraggio delle attività di riciclo per la protesica</p>	<p>Referente Riabilitazione Aziendale</p>	<p>1. Produzione di un regolamento Aziendale e delle modalità operative per l'applicazione del Piano Regionale di revisione dell'assistenza protesica 2,3. Almeno 2 eventi formativi / audit per la condivisione del Piano Regionale di revisione dell'assistenza protesica 4. Relazione finale di analisi delle attività di riciclo per la protesica</p>
<p>2. Linea PAL1.2.4.7 Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata</p>	<p>Realizzare audit di promozione e verifica della corretta gestione del sistema informativo/informatico relativo all'uso e implementazione dei dati VALGRAF e ICD9 – DM</p>	<p>Referente Aziendale della Riabilitazione</p>	<p>Almeno 2 audit aziendali con i responsabili infermieristici e della riabilitazione</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	nel sistema regionale		
3. PAA OBIETTIVO REGIONALE N. 4.2	Sviluppare e qualificare le Unità di valutazione multiprofessionale in tutte le aree di integrazione sociosanitaria	Referente riabilitazione aziendale In collaborazione con SS Dipartimentale Riabilitazione D1, D2, D3, D4 (pers.dirigente)	Documento con proposta di nuovo protocollo EMH entro 31/12/2013

Gestione Convenzioni Medicina Generale e Specialistica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Migliorare l'efficacia nella gestione degli accordi/convenzioni curati dalla SS GCMGS</p>	<p>1. Creazione di un prospetto informatico sugli accordi/convenzioni in essere con le strutture pubbliche, private e private accreditate proposti dalla S.S.</p> <p>2 verifica e aggiornamento semestrale del supporto informatico con l'elenco delle strutture oggetto degli accordi/convenzioni</p> <p>3 Report sul rinnovo degli accordi e convenzioni stipulati nel corso dell'anno da inoltrare alla Direzione Sanitaria</p>	<p>1. Dirigente di struttura</p>	<p>1. Entro il 30 maggio predisposizione di un supporto informatico con l'elenco degli accordi e convenzioni</p> <p>2. Aggiornamento semestrale del supporto al 30/06 ed al 31/12/13</p> <p>3. Entro il 31/12 redazione di un report con l'invio dei dati alla Direzione Sanitaria</p>
<p>2. Definizione delle modalità di sostituzione dei medici specialisti ginecologi che operano presso i Consultori Familiari ai fini del contenimento dei tempi d'attesa</p>	<p>1. Confronto con il responsabile della branca chirurgica per la rilevazione delle criticità emerse presso i Consultori Familiari in merito alle assenze non programmate dei medici</p>	<p>Personale del Comparto: (Ufficio Medicina Specialistica)</p> <p>Giovanna Ragnetti Egle Sasso</p>	<p>Entro il 30 settembre, elaborazione del protocollo condiviso incontro con il responsabile della branca chirurgica e trasmissione del protocollo alle strutture coinvolte e alla Direzione Sanitaria entro</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>ginecologi ambulatoriali</p> <p>2. Elaborazione di un protocollo condiviso con le strutture consultoriali distrettuali che definisca le modalità di sostituzione a garanzia del regolare svolgimento del servizio consultoriale</p> <p>3. Diffusione alle strutture coinvolte e alla Direzione Sanitaria</p>		<p>2013</p>
<p>3. Migliorare l'efficacia dell'attività ambulatoriale di medicina specialistica</p>	<p>1. Creazione e messa a disposizione di apposita modulistica per raccogliere le disponibilità ad effettuare sostituzioni di medicina specialistica in caso di assenza del titolare</p> <p>2. In base alle disponibilità raccolte, predisposizione di apposito elenco di medici specialisti sostituiti</p> <p>3. Condivisione dell'elenco con le</p>	<p>Personale del Comparto: (Uffici Medicina Specialistica)</p> <p>Giovanna Ragnetti Egle Sasso</p>	<p>1. Entro il 30 giugno, invio all'Ufficio di Comunicazione Informatica del modulo predisposto ai fini della pubblicazione sul sito internet aziendale</p> <p>2. Entro il 30 settembre, creazione dell'elenco di sostituiti resi disponibili</p> <p>3. Entro il 31 dicembre, trasmissione dell'elenco alle strutture presso cui operano gli specialisti con-</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	strutture aziendali presso le quali operano medici specialisti ambulatoriali 4. Condivisione dell'elenco anche in ambito di Area Vasta Giuliano-isontina		venzionati 4. Entro il 31 dicembre, trasmissione dell'elenco all'Ufficio Medicina Specialistica dell'ASS2
4. Verifica dei requisiti degli studi medici dei MMG e dei PLS.	1. Report di sintesi con l'indicazione delle sedi e degli orari di apertura degli studi medici. 2. Predisposizione di una lettera tipo da inviare ai medici per la validazione delle sedi e degli orari di apertura degli studi medici rilevati nel report 3. Acquisizione delle note di riscontro dei medici 4.	Perdonale del comparto: Battiston Alessandro Procida Antonietta	1 Entro il 31/03/2013 predisposizione di un report di sintesi con l'indicazione delle sedi e degli orari di apertura degli studi medici e verifica di eventuali non corrette applicazioni delle rispettive fonti normative (AA.CC.NN.) 2. Entro il 31/05/2013 predisposizione di una lettera tipo per la validazione da parte dei singoli medici delle sedi e degli orari di apertura degli studi medici rilevati nel report 3. Entro il 30/06/2013 acquisizione delle note di riscontro dei medici. 4.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>Verifica e controllo della conformità alle norme di cui ai vigenti AA.CC.N..</p> <p>5. Verifica a campione (5%) presso gli studi medici convenzionati di ottemperanza del disposto di cui all'ACN in merito alla corretta esposizione dell'orario di apertura all'ingresso dello studio medico.</p>		<p>Entro il 31/12/2013 analisi e controllo dei dati riscontrati e predisposizione di eventuale reportistica di aggiornamento.</p> <p>5. Entro il 31/12/2013 analisi e controllo dei dati riscontrati e predisposizione di eventuale reportistica di aggiornamento.</p>

Verifiche Strutture Pubbliche e Private

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Monitoraggio e contenimento della spesa sanitaria	Analisi prestazioni ricovero e ambulatoriali per assistiti ASS1 e ASS2 in AVGI	Dirigente medico Maddalena Grella	Chiusura del contenzioso ed invio dei dati conclusivi alla SC FC entro il trimestre successivo al controllo. Chiusura dell'anno entro il 30 aprile
2. Monitoraggio della fuga e contenimento della spesa sanitaria	Analisi della fuga ER per prestazioni di ricovero e ambulatoriali per assistiti ASS 1 ASS2	Dirigente medico Maddalena Grella	Produzione di un report sintetico e di facile lettura con l'aiuto di grafici della fuga extraregione 2012
3. Estensione dei controlli su ricoveri e ambulatoriale ad assistiti ASS2.	Verifica prestazioni ambulatoriali e di ricovero per residenti ASS2 erogate da privato accreditato	Personale amministrativo	Produzione di un report c di facile lettura con l'aiuto di grafici che riporti i risultati del controllo su erogato da luglio a dicembre 2012 di degenza e ambulatoriale da privato accreditato per assistiti ASS2 entro aprile 2013.

Assistenza Farmaceutica

Obiettivo generale	azione	S.S O c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Percorso di miglioramento dell'attività della SC Assistenza Farmaceutica</p>	<p>1.1. Predisposizione di procedure operative attinenti all'attività della SS Farmacia</p> <p>1.2. Definizione di una procedura per la gestione dei ricettari ex L 49/2006</p> <p>1.3. Conservazione informatica dei documenti relativi all'attività amministrativa della SS Farmacia</p>	<p>1.1 Colautti, Pettinelli,</p> <p>1.2 Azzano, L'Abbate, Micol, Viller, Zucca,</p> <p>1.3. L'Abbate, Micol, Zucca</p>	<p>1.1. Presentazione al Direttore Sanitario di almeno due procedure relative all'attività della SS Farmacia entro il 31/12/13 secondo il format in uso per l'accreditamento</p> <p>1.2. Presentazione di una procedura per la gestione dei ricettari ex L 49/2006 al Responsabile ff della SCAF entro il 31/12/2013 secondo il format in uso per l'accreditamento</p> <p>1.3. Indice del 100% documenti informatizzati relativi all'attività amministrativa della SS Farmacia del 2013</p>
<p>2 . Contenimento e governo della spesa farmaceutica territoriale e promozione dell'appropriatezza prescrittiva</p>	<p>2.1 Diffusione del <i>prontuario terapeutico aziendale per le Strutture residenziali e semiresidenziali</i> agli stakeholder</p> <p>2.2 Predisposizione di 2 report/anno relativi all'utilizzo dei farmaci ricompresi nel <i>prontuario terapeutico aziendale per le</i></p>	<p>Colautti, Pettinelli, Palcic, Di Giorgio, Minca, Rizzetto, Zucca</p>	<p>2.1 Inoltro alle strutture interne ed esterne e ai MMG del <i>prontuario terapeutico aziendale per le Strutture residenziali e semiresidenziali</i> e sua pubblicazione su intranet dell'ASS1</p> <p>2.2 Inoltro alle strutture interne ed esterne e</p>

Obiettivo generale	azione	S.S O c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<i>Strutture residenziali e semiresidenziali</i>		ai MMG di 2 report/anno commentati relativi all'utilizzo dei farmaci ricompresi nel <i>prontuario terapeutico aziendale per le Strutture residenziali e semiresidenziali</i> entro il 31/12/13
	2.3 Analisi delle prescrizioni convenzionali e relativa reportistica adottando la "scheda medico" sviluppata a livello regionale	Faleschini, Palcic	2.3.1 Inoltro ai MMG/PLS di almeno 2 report "scheda medico" Report riassuntivi degli indicatori di programmazione e controllo ex DL 78/2010 da inviare alle strutture interne e esterne 2.3.2 Organizzazione di almeno 2 incontri per distretto di audit/feedback con il personale dei distretti/UDMG
	2.4 Analisi degli aggiornamenti normativi nell'area cardiovascolare	Palcic	2.4 Nuova edizione della rivista aziendale "Così è se vi pare" sull'uso delle statine e dei sartani
	2.5 Supporto e consulenza a tutti i compilatori di schede di segnalazione di reazioni avverse	Bini	2.5 Registrazione nei tempi previsti dalla normativa del 100% delle schede di segnalazione di reazioni avverse ricevute
3. Promozione dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci ad alto	3.1 Registrazione sul portale AIFA delle erogazioni di tutti i medicinali sottoposti a	Colautti	3.1 Evidenza semestrale alla D.C.S.I P.S. dei rimborsi ottenuti dalle aziende

Obiettivo generale	azione	S.S O c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
costo	monitoraggio ed espletamento delle richieste di rimborso disponibili dei farmaci oncologici sottoposti a monitoraggio		farmaceutiche per i farmaci oncologici sottoposti a monitoraggio con indicazione anche delle procedure concluse, accettate e non accettate.
	3.2 Partecipazione al lavoro multidisciplinare in ambito di area vasta per definire un protocollo d'uso/prontuario di un gruppo terapeutico di farmaci	Faleschini, Palcic, Pettinelli	3.2 Definizione del protocollo d'uso/prontuario di area vasta dei farmaci contro l'epatite HCV
4. promuovere il corretto utilizzo dell'antibiotico terapia	Attività di formazione e di audit sul corretto utilizzo dell'antibiotico terapia	Faleschini	Inoltro di 2 report semestrali sull'erogazione farmaceutica convenzionale e diretta degli antibiotici nel territorio dell'ASS1
5. Promuovere la sicurezza e l'appropriatezza d'uso dei farmaci	Formazione del personale delle RSA sulla corretta conservazione dei farmaci	Pettinelli	Almeno 2 corsi di formazione per il personale delle RSA e delle strutture residenziali e semiresidenziali
6. Migliorare l'organizzazione dell'attività ispettiva nei confronti delle farmacie pianificate sul territorio provinciale, delle parafarmacie e dei distributori intermedi	Predisposizione di un calendario annuale delle visite ispettive delle farmacie pianificate sul territorio provinciale, delle parafarmacie e dei distributori intermedi, anche in collaborazione con il DIP	Bini, Azzano, Micol	Attuazione delle visite ispettive ordinarie nei confronti di almeno il 50% farmacie pianificate sul territorio provinciale, di almeno il 50% delle parafarmacie e di almeno il 50% dei distributori intermedi entro il 31/12/13
7. miglioramento dell'allestimento delle richieste farmaceutiche	7.1. Partecipazione all'allestimento delle confezioni personalizzate dei farmaci	Di Giorgio, Minca, Rizzetto	7.1 Supporto al farmacista confezionando in forma personalizzata i medicinali destinati

Obiettivo generale	azione	S.S O c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
destinate alle Strutture dipendenti e accreditate	destinati alla distribuzione diretta/ADI 7.2 Predisposizione di apposite etichette per la spedizione corretta dei medicinali alle Strutture dipendenti e accreditate.		alla distribuzione diretta/ADI 7.2 100% dei colli destinati alle Strutture dipendenti e accreditate hanno l'etichettatura corretta
8 Percorso di miglioramento delle verifiche sull'erogazione dell'Assistenza Farmaceutica Integrativa Regionale	8.1 Definizione di una procedura per la verifica della corretta applicazione dell'aliquota iva al 4% sui dispositivi per diabetici erogati convenzionalmente e invio alla Direzione Strategica per l'approvazione. 8.2 Applicazione della procedura a partire dalla sua approvazione	Bini	8.1 Procedura definita e trasmessa entro il 30/09/13 8.2 Applicazione della procedura sulle ricette del primo trimestre del 2013
9 Miglioramento dell'applicazione del codice dell'amministrazione digitale (Dlgs 82/2005 s.m.i.)	Trasmissione di documenti via PEC	Azzano, L'Abbate, Micol, Pettinelli, Viller, Zucca	Incremento dei documenti inoltrati via PEC nel 2013 vs 2012
10. Espletamento di tutte le procedure che riguardano le verifiche contabili su quanto riconoscere in addebito/accredito alle farmacie pianificate sul territorio relativi agli anni 2011, 2012 e 2013	10.1. Fornire indicazioni scritte e specifiche (Procedura) al personale amministrativo affinché predisponga il report delle rettifiche contabili sulla base delle informazioni fornite da Cedoca 10.2 Verifica professionale dei resoconti	Bini	Procedura entro il 31.07.13 e comunicazione formale al Responsabile della S.C.A.F entro il 30.10.13 dell'evidenza degli importi da addebitare/ accreditare alle farmacie pianificate sul territorio relativi agli anni 2011 e 2012 entro il 31.12.13 dell'evidenza degli

Obiettivo generale	azione	S.S O c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>inviati mensilmente da Cedoca analizzando a campione le differenze contabili dovute alla valorizzazione delle ricette per evidenziare</p> <p>10.3</p> <p>Predisposizione del report analitico per ogni farmacia degli importi da addebitare/ accreditare alle farmacie pianificate sul territorio</p> <p>10.4</p> <p>Comunicazione formale al Responsabile della S.C.A.F entro il 30.10.13 dell'evidenza degli importi da addebitare/ accreditare alle farmacie pianificate sul territorio relativi agli anni 2011 e 2012</p> <p>10.5</p> <p>Comunicazione formale al Responsabile della S.C.A.F entro il 31.12.13 dell'evidenza degli importi da addebitare/ accreditare alle farmacie pianificate sul territorio relativo all' anno 2013 (relativamente ai dati resi disponibili da Cedoca)</p>		<p>importi da addebitare/ accreditare alle farmacie pianificate sul territorio relativo all' anno 2013 (relativamente ai dati resi disponibili da Cedoca)</p>

Gestione Servizi Generali

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Monitoraggio dei consumi dei materiali stoccati a Magazzino Scorte Varie (MSV)	Estrapolazione da Ascot economato dei consumi raggruppati per macrocentro aziendale suddiviso per categoria merceologica	Zanier Massimo, Bisiani, Zebochin, Orlandini, Ellero, Giovanoni, Zullich, Nadalin, Matarrese	Invio, via @mail, con cadenza semestrale alle macrostrutture aziendali dei report riepilogativi dei consumi materiale stoccato a MSV.
2. Miglioramento del controllo sui servizi in outsourcing.	Redigere una procedura per la gestione del Processo esternalizzato del Servizio lavanderia e lavanolo.	Masè, Giovanoni, Zangrando, Matarrese, Foraboschi, Marsi, Petrarcheni, Canciani, De Santis	Entro il 30/11/2013 trasmissione, via @mail, all'Ufficio Certificazione e Accreditamento della bozza della procedura.
3. Registrazione tramite l'applicativo ASCOT dei costi per lo smaltimento dei rifiuti suddivisi per CER e per centro di costo	3.1 Suddivisione dei costi per centro di costo e tipo di rifiuto. 3.2 Inserimento in Ascot dei costi per tipo di rifiuto 3.3 Imputazione della spesa al centro di costo corrispondente	Miglionico, Bellanti, Klobas, Puzzone, Zanier Mauro, Zullich, Gennari, Romano, Zangrando	Imputazione dei costi nel gestionale ASCOT di almeno il 90% delle fatture ricevute e validate dal Direttore Esecuzione.
4. Prosecuzione dell'attività di registrazione della documentazione nel sistema informatizzato per la catalogazione archivio cartaceo	Implementazione ed aggiornamento del database dell'archivio aziendale, con layout delle pratiche, secondo nuova collocazione, relativamente alle cartelle degli utenti del Consultorio pediatri-	Masè, Contento, Bernardini, Zanier Mauro, Zanier Massimo, Bisiani, Zebochin	implementazione ed archiviazione 95% delle cartelle relative agli utenti del Consultorio pediatrico dei quattro distretti.

	co dei quattro distretti.		
5. Corretto utilizzo dei plichi postali al fine di contenere eventuali costi di spedizione postali.	Predisposizione di un circolare esplicativa sulle modalità di spedizione della posta aziendale (raccomandate, posta prioritaria e posta ordinaria) mediante scelta della busta più idonea per dimensioni e peso rispetto ai fogli da spedire.	Marsi, Petrarcheni, Canciani, De Santis, Foraboschi, Nadalin, Miglionico	Trasmissione della circolare a tutta l'ASS1 entro il 31.12.2013.
6. Gestione dell'intervento sostitutivo della stazione appaltante in caso di inadempienza contributiva dell'esecutore e del subappaltatore.	Predisposizione di una procedura intervento sostitutivo in caso di ottenimento di DURC irregolare.	Responsabile SSGSG in collaborazione con Responsabili SCPCA e SCFC	Trasmissione della bozza di Procedura alla Direzione aziendale entro il 30/09/2013.
7. Catalogazione dei beni presenti nel deposito arredi al fine di evitare nuovi acquisti qualora il bene fosse disponibile a deposito.	Creazione di un catalogo dei beni con descrizione quali-quantitativa di quanto presente presso il deposito aziendale.	Gennari, Orlandini. Romano, Ellero, Klobas, Puzone, Bellanti, Contento, Bernardini.	Predisposizione e trasmissione alla SC Programmazione e Controllo Acquisti del catalogo con l' inserimento di almeno il 90% dei beni presenti entro il 30/09/2013 e aggiornamento trimestrale.
8. Riorganizzazione della gestione del Magazzino di Transito.	8.1 Analisi gestione attuale con consegne da parte dei fornitori direttamente ai subcentri. 8.2 Analisi gestione centralizzata delle consegne da parte dei	Meriglioli Oriella	Trasmissione dello studio di fattibilità alla Direzione Amministrativa entro il 30/11/2013

	fornitori presso il Magazzino Scorte Varie.		
--	--	--	--

Affari Generali

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Prosecuzione dell'iter di acquisizione/rinnovo di alloggi per la realizzazione di progetti socio-assistenziali art. 15 della L.R. 15/04</p>	<p>1.1. Attivazione delle competenze presenti nella S.C. Affari Generali per le attività tecnico-amministrative di supporto all'acquisizione degli alloggi. Effettuazione delle verifiche tecniche di competenza dell'ufficio immobiliare al fine di accertare l'idoneità dei locali ove esercitare le attività socio-assistenziali.</p> <p>1.2. Predisposizione degli atti necessari all'approvazione dei relativi contratti di nuove acquisizioni e/o rinnovi.</p>	<p>Fabio Carbone Fabio Crevatin Elena Zompicchiatti Emmanuela Quinz</p>	<p>1.1. Atti necessari all'approvazione dei relativi contratti di nuove acquisizioni e/o rinnovi.</p> <p>1.2. Soddisfazione – al 31.12.2013 – del 100% delle richieste pervenute alla struttura entro il 15.10.2013.</p>
<p>2. Ricognizione straordinaria delle apparecchiature radiotelevisive detenute dall'A.S.S: n. 1 e/o di proprietà della medesima per ottemperare all'obbligo di pagamento dell'imposta denominata "canone radiotelevisivo"</p>	<p>Effettuazione della verifica – se del caso con sopralluoghi in loco – e dell'eventuale aggiornamento su apposito file excel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - del numero degli apparecchi radiotelevisivi di proprietà e/o detenuti dall'A.S.S. n. 1; - della loro ubicazione 	<p>Fabio Carbone Fabio Crevatin Elena Zompicchiatti Emmanuela Quinz</p>	<p>2.1. Predisposizione di un file riepilogativo suddiviso per Centro di Costo – in formato excel – contenente i dati relativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - al numero degli apparecchi radiotelevisivi di proprietà e/o detenuti dall'ASS1;

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	all'interno delle varie sedi aziendali; - del costo totale dell'imposta, denominata "canone radiotelevisivo, suddiviso per "Centro di Costo".		- alla loro ubicazione all'interno delle varie sedi aziendali; - al costo totale dell'imposta, denominata "canone radiotelevisivo. 2.2. Perfezionamento del file riepilogativo alla data del 30/11/2013.
3. Prosecuzione dell'attività di razionalizzazione afferente la funzione immobiliare. Aggiornamento rapporti attivi e passivi dell'A.S.S. n.1 "Triestina" in essere alla data del 15.12.2013.	3.1 Aggiornamento – tramite raccolta e classificazione dei dati – del "file riepilogativo relativo all'ano 2012" con riguardo ai contratti attivi e passivi in vigore al 15.12.2013 inerenti: - gli immobili di proprietà A.S.S. utilizzati da terzi; - gli immobili detenuti dall'A.S.S. a vario titolo; - i titoli giuridici di utilizzo con relative scadenze contrattuali/convenzionali; - ove esistenti e/o recuperabili, gli estremi dei provvedimenti di cessione o acquisizione con indicazione	Fabio Carbone Fabio Crevatin Elena Zompicchiatti Emmanuela Quinz	3. 3.1 "File riepilogativo relativo all'anno 2012" aggiornato con riguardo ai contratti attivi e passivi in vigore al 15/12/13 inerenti: - gli immobili di proprietà A.S.S. utilizzati da terzi; - gli immobili detenuti dall'A.S.S. a vario titolo; - i titoli giuridici di utilizzo con relative scadenze contrattuali/convenzionali; - ove esistenti e/o recuperabili, gli estremi dei provvedimenti di cessione o acquisizione con indicazione dei dati identificativi dei relativi

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>dei dati identificativi dei relativi contratti/atti/convenzioni/ (ad es. n. repertorio e data di sottoscrizione).</p> <p>3.2 Inserimento risultanze di cui al punto 1 nel file riepilogativo relativo all'anno 2012.</p>		<p>contratti/atti/convenzioni/ (ad es. n. repertorio e data di sottoscrizione).</p> <p>3.2. Perfezionamento del "file riepilogativo anno 2013.</p>
<p>4. Alienazione degli immobili dell'A.S.S. n. 1 "Triestina" individuati come "dismissibili".</p>	<p>4.1 Ricerca, acquisizione e studio di Regolamenti sulle alienazioni immobiliari vigenti presso altre pubbliche amministrazioni.</p> <p>4.1 Studio/analisi della normativa in vigore in materia e contestuale approfondimento giurisprudenziale e dottrinario.</p> <p>4.3 Confronto degli atti regolamentari acquisiti da altre P.A. con la normativa vigente in materia.</p> <p>4.4 Redazione di una bozza di "Regolamento sulle alienazioni del patrimonio immobiliare aziendale.</p>	<p>Fabio Carbone Fabio Crevatin Elena Zompicchiatti Emmanuela Quinz</p>	<p>4. Redazione su file word di una bozza di "Regolamento sulle alienazioni del patrimonio immobiliare aziendale.</p> <p>4.2 Perfezionamento della bozza di cui al punto 1) entro la data del 31.12.2013.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
5. Razionalizzazione dell'attività contrattuale della S.S. Attività Contrattuali, in previsione della possibile informatizzazione del Repertorio.	5.1 Predisposizione di un file del Repertorio dei contratti e convenzioni dell'A.S.S. n. 1 stipulati e repertoriati dal 16.12.2012 al 15.12.2013.	Scarcia Adriana, Pinchera Olga, Dalmistro Odoni Morena, Blanzan Paola, Budin Giuliana, Tonini Carla.	5.1 File completo inviato al responsabile della struttura AG.
	5.2 Aggiornamento dell'archivio delle convenzioni, con contestuale aggiornamento dei file delle convenzioni repertorate e del file di quelle per le quali la S.S. Attività Contrattuali ha curato l'istruttoria, alla data del 30/11/2013.	Scarcia Adriana, Pinchera Olga, Dalmistro Odoni Morena, Blanzan Paola Tonini Carla	5.2. Archivio delle convenzioni aggiornato, (con contestuale aggiornamento dei file delle convenzioni repertorate e del file di quelle per le quali la S.S. Attività Contrattuali ha curato l'istruttoria), alla data del 30/11/2013.
6. Aggiornamento delle norme e disposizioni che regolamentano l'attività della S.S. Attività Contrattuali, in riferimento alle fonti dell'ordinamento statale (leggi, atti aventi forza di leggi e regolamenti	6. Creazione di fascicolo e di un file, contenente norme e disposizioni che regolamentano l'attività della S.S. Attività Contrattuali, in riferimento alle fonti dell'ordinamento statale (leggi, atti aventi forza di leggi e regolamenti dell'esecutivo) nonché fonti regionali (leggi e regolanti della Regione Friuli Venezia Giulia), pubblicate entro il 15 novembre	Scarcia Adriana, Pinchera Olga, Dalmistro Odoni Morena, Blanzan Paola	6. Fascicolo e file completi trasmessi al responsabile di struttura (contenente norme e disposizioni che regolamentano l'attività della S.S. Attività Contrattuali, in riferimento alle fonti dell'ordinamento statale (leggi, atti aventi forza di leggi e regolamenti dell'esecutivo) nonché fonti regionali (leggi e regolanti della Regione Friuli

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	2013, entro il 31.12.2013.		Venezia Giulia), pubblicate entro il 15 novembre 2013, entro il 31/12/2013.
7. Documento relativo alle modalità operative ed organizzative aziendali circa i rapporti con le Associazioni di Volontariato.	In stretto contatto con le S.O. sanitarie coinvolte (DIP, DDD, DSM, Distretti), la Direzione Strategica e il Collegio Sindacale, ove necessari: a. verifica e studio della nuova disciplina, di cui alla L.R. 9.11.2012 n. 23; b. verifica ed analisi delle principali criticità, anche operative, evidenziate nel corso dell'anno 2012, con riferimento all'attribuzione di contributi aziendali; c. studio dei possibili correttivi da apportare.	Responsabile AG Alessandra Crocenzi	Predisposizione del testo del/i provvedimento/i, che si dovesse/ro evidenziare come necessario/i, al fine della modifica del documento relativo alle modalità operative ed organizzative aziendali circa i rapporti con le Associazioni di Volontariato. Entro il 31/12/2013.
8. Conservazione di un registro di tutte le raccomandate pervenute all'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina".	Registrazione su un file condiviso di tutte le raccomandate pervenute al Protocollo Generale.	Bacci Alessandro, Lenardon Elisabetta, Sirca Rodolfo	Registrazione di ogni raccomandata pervenuta, in giornata. Entro il 31/12/2013.
9. Modifica codici delle Strutture aziendali, per la protocollazione	9.1 Verifica della corrispondenza dei codici d'identificazione delle	Budin Giuliana, Massaria Daniela	Entro il 31.12.2013

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>degli atti in arrivo e in partenza, a seguito - ad ultimum - dell'adozione del nuovo Atto Aziendale dell'Azienda per i Servizi Sanitari, approvato con delibera n. 391 dd. 22.11.2012.</p>	<p>attuali Strutture aziendali, collegate al Protocollo Informatico; 9.2 Studio dell'attribuzione di nuovi codici identificativi; 9.3 Predisposizione elenco dei nuovi codici identificativi; 9.4 predisposizione di bozza di circolare esplicativa.</p>		<p>9.3 Elenco dei nuovi codici identificativi 9.4 Bozza di circolare esplicativa, a tutte le Strutture aziendali, dell'utilizzo dei nuovi codici identificativi, per la protocollazione degli atti in arrivo e in partenza.</p>
<p>10. Conservazione dei Registri annuali delle deliberazioni e delle determinazioni dirigenziali.</p>	<p>Archiviazione, in ADWEB, di tutte le deliberazioni e determinazioni adottate dall'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina", nel corso del 2013.</p>	<p>Bacci Alessandro, Lenardon Elisabetta, Massaria Daniela, Sirca Rodolfo</p>	<p>Raggiungimento del 100% della percentuale d'archiviazione delle deliberazioni e delle determinazioni dirigenziali, adottate entro il 10/12/2013. Entro il 31.12.2013.</p>

Gestione e Valorizzazione del Personale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Adeguamento delle regole per la gestione delle assenze per malattia alla evoluzione della normativa e delle tecnologie	1.1 Aggiornamento del MANUALE di GESTIONE delle ASSENZE per MALATTIA, per completamento rispetto alle fattispecie di assenza esistenti	Responsabile di SS e responsabile di P.O.	1.1 Presentazione del testo del MANUALE entro 30/04/13 Invio con mail al responsabile GEVAP
	1.2 Integrazione dell'attuale procedura Qualità GESTIONE ASSENZE PERSONALE DIPENDENTE, con le nuove modalità di gestione malattie	Crnigoj	1.2 Presentazione della procedura integrale entro 30/11/13 Invio con mail al responsabile GEVAP
2. Gestione delle autorizzazioni a svolgere attività extra istituzionale	2.1 Definizione delle regole per effettuare monitoraggi periodici, definizione dei contenuti minimi dei monitoraggi 2.2 Produzione del monitoraggio periodico	Ciciulla Pikiz	2.1 Presentazione del testo entro 31/05/13 2.2 Invio con mail al responsabile GEVAP Primo monitoraggio, relativo al I semestre 2013, entro 30/09/13 Invio con mail al responsabile GEVAP
3.	3.1	Lorenzi	3.1

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Progressiva espansione della Procedura Self Service del Dipendente – SSD a tutta l’Azienda, in dipendenza della disponibilità tecnologica e degli account individuali	<p>Formazione del personale destinatario di SSD e dei responsabili sugli adempimenti correlati alla procedura SSD</p> <p>3.2 Attivazione concreta di SSD</p> <p>3.3 Codifica degli ORARI esistenti in WINRAP, per personale turnista, fuori turno e dirigente</p>		<p>Formazione a tutto il DSM, entro 31/07/13</p> <p>3.2 Messa a regime per tutte le strutture del DSM, entro 31/08/13 o, se successiva, entro un mese dalla disponibilità tecnologica e degli account individuali</p> <p>3.3 Definizione della tabella ORARI E TURNI per il DSM, entro 30/06/13 mail ai Responsabili DSM</p>
4. Funzionalità della procedura SSD nelle strutture già attivate	Formazione del personale nuovo assunto o trasferito, nelle strutture operanti con SSD	Lorenzi	Attivazione di almeno un corso, entro 30/11/13
5. Diffusione verso i Responsabili delle strutture delle regole e degli obblighi su precipui istituti contrattuali	5.1 Definizione di un gruppo di domande poste frequentemente – FAQ, completo di risposte esaurienti e sintetiche, previo incontri preparatori con gruppi di responsabili, sul divieto di cumulo di impieghi	Ciciulla Pikiz	Pubblicazione in INTRANET delle FAQ, entro 31/10/13

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	5.2 Definizione di un gruppo di FAQ, completo di risposte esaurienti e sintetiche, previo incontri preparatori con gruppi di responsabili, sull'osservanza dell'orario di lavoro	Responsabile di SS e responsabile di P.O.	Pubblicazione in INTRANET delle FAQ, entro 31/10/13
6. Ottimizzazione del flusso delle informazioni presenti in WINRAP verso il trattamento economico, procedura ASCOT	Invio quindicinale con e mail delle informazioni di pertinenza con file, con eliminazione delle comunicazioni cartacee, con archiviazione puntuale dei file prodotti	Crnigoj Biancotto	Dimostrazione dell'invio quindicinale. Gestione a regime, a decorrere da febbraio 2013
7. Archiviazione tempestiva di tutto il materiale che deve essere conservato nel fascicolo personale	7.1 Definizione schematica delle tipologie di materiale da archiviare, con definizione della tempistica 7.2 Messa a regime delle regole con archiviazione tempestiva di tutto il materiale ricevuto	Depangher	7.1 Produzione dell'elenco, entro 30/04/13 7.2 Archiviazione entro il 31/12/13 di tutto il materiale pervenuto entro il 30/11/13, con assenza di documentazione residua

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>8. Gestione sperimentale, per gli anni 2013-2015, dell'istituto del congedo obbligatorio e facoltativo di paternità (DM 22.12.2012)</p>	<p>8.1 Circolare informativa a tutto il personale sulla nuova normativa</p> <p>8.2 Definizione della modulistica per accedere ai benefici</p> <p>8.3 Individuazione della platea dei destinatari del nuovo beneficio, definizione delle singole pratiche per il congedo</p>	<p>Responsabile di P.O. Biancotto</p>	<p>8.1 Produzione della circolare, entro un mese dalla operatività della norma mail al responsabile GEVAP</p> <p>8.2 Inserimento in INTRANET della modulistica, entro il mese successivo alla pubblicazione della circolare</p> <p>8.3 Selezione di tutte le nascite note di dipendenti A.S.S., dall'1/01/13, con produzione di elaborato, entro il mese successivo alla pubblicazione della circolare. Gestione a regime con definizione di tutte le pratiche: evidenza delle nascite note fino al 31/10/13 e produzione di elaborato</p>
<p>9. Regolamentazione attività "Punto distaccato Uff. Trattamento Economico" presso l'Ist. Burlo, onde favorire i rapporti del personale dell'Istituto con l'Ufficio</p>	<p>1.1 Condivisione con Responsabile Personale dell'I.R.C.C.S. Burlo della logistica e tempistica per lo svolgimento dell'attività connessa al "Punto distaccato</p>	<p>TRATTAMENTO ECONOMICO (ASS E BURLO)</p>	<p>1.1 Inoltro, tramite mail, a Resp. Pers e DA del Burlo di una proposta per attivazione "Punto distaccato" entro il 31.03.13;</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
e viceversa.	Trattamento Economico". 1.2 Attivazione del "Punto distaccato" per l'effettuazione di tutti i rapporti dell'Ufficio con il personale dell'Istituto.		1.2 Predisposizione ed invio apposita Circolare a tutto il personale dell'Istituto con indicazioni operative (sede, orari, ecc.) entro un mese dall'accordo con Burlo (evidenza presenze individuali, desumibili anche dai rilevatori elettronici)
10. Presentazione telematica all'INPS Gestione ex INPDAP delle domande di prestazioni creditizie (piccoli prestiti e prestiti pluriennali) nell'ottica dell'incremento dell'informatizzazione e riduzione del materiale cartaceo	10.1 Verifica da parte dell'Ufficio del possesso di tutte le credenziali e abilitazioni necessarie (accreditamento, password, ecc.) 10.2 Presentazione telematica delle domande di piccolo prestito, prestito pluriennale e anticipata estinzione.	TRATTAMENTO ECONOMICO (ASS E BURLO)	10.1 Effettuazione verifiche operative e conferma credenziali tramite posta elettronica al titolare di Posizione Organizzativa dell'Ufficio entro il 15/03/13. 10.2 Invio domande delle prestazioni creditizie all'INPS Gestione ex Inpdap esclusivamente on line dall'01.04.13, con informazione al personale delle Aziende gestite dall'Ufficio (A.S.S. N. 1 Triestina e Ist. Burlo) tramite emissione entro il 31/03/13 di apposita circolare
11.	Elaborazione dei nuovi contratti	Il personale della SS Relazioni	11.1.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Revisione dei vigenti regolamenti sui servizi pubblici essenziali – personale delle due Aree dirigenziali (CCNL dd. 25.09.2001 e CCNL dd. 26.09.2001)</p>	<p>integrativi aziendali del personale delle due Aree Dirigenziali inerenti il regolamento sui servizi pubblici essenziali.</p>	<p>Sindacali</p>	<p>Presentazione dei testi al Responsabile della SC GEVAP, tramite posta elettronica, per la relativa discussione e approvazione. Entro il 30/06/13. 11.2. Presentazione alla Direzione Strategica, tramite posta elettronica, per l'autorizzazione all'avvio alla trattativa con le Delegazioni Sindacali delle due aree dirigenziali. Entro 30 giorni dall'approvazione da parte del Responsabile della SC GEVAP.</p>
<p>12. Illustrazione del sistema di relazioni sindacali, a seguito dell'entrata in vigore del D.L. 95/2012, convertito nella L.135/2012, art. 2, commi 17 e ss.</p>	<p>12.1. Analisi della normativa ed elaborazione di idonea relazione illustrativa del nuovo sistema di relazioni sindacali. 12.2 Illustrazione del nuovo sistema di relazioni alle Delegazioni Sindacali delle tre aree negoziali.</p>	<p>Il personale della SS Relazioni Sindacali</p>	<p>12.1. Presentazione della relazione al Responsabile della SC GEVAP. Entro il 30/04/13. 12.2 Presentazione della relazione alla Delegazione di Parte Pubblica, tramite posta elettronica, per l'autorizzazione all'illustrazione alle Delegazioni</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			Sindacali. Entro 30 giorni dalla data di approvazione da parte del Responsabile della SC GEVAP.
<p>13. Definizione di una procedura per la rilevazione e trasmissione delle deleghe sindacali per la misurazione della rappresentatività sindacale.</p>	<p>13.1. Studio ed analisi del contesto normativo – contrattuale di riferimento, anche al fine della corretta definizione delle competenze a carico delle diverse/i Strutture/uffici coinvolte/i.</p> <p>13.2 Redazione della procedura secondo le regole del Sistema Gestione Qualità (SGQ), mediante idoneo confronto con Strutture/uffici coinvolte/i.</p>	<p>13.1. Il Responsabile della SS Relazioni Sindacali</p> <p>13.2 Il Responsabile della SS Relazioni Sindacali Il Responsabile della SS Gestione del Trattamento Giuridico</p>	<p>13.1 Presentazione di idonea relazione al Responsabile della SC GEVAP Entro il 31/07/13</p> <p>13.2 Presentazione della procedura al Responsabile della SC GEVAP, tramite posta elettronica, per la relativa discussione e approvazione. Entro il 30/09/13.</p>
<p>14. Consulenze previdenziali sulle norme previste per l'adesione al "Fondo PERSEO", ex L. 335/95. L'adesione consentirà di poter disporre, al momento della cessazione dal servizio, di una rendita vitalizia identificata come "Pensione Complementare"</p>	<p>Programmazione di una serie di incontri "InFormativi" con il personale dipendente dell'Area Vasta "Giuliano-Isontina":</p> <ul style="list-style-type: none"> - predisposizione di un calendario di incontri con il personale: Osp. Cattinara (n.1 giornata) Osp. Maggiore (n.1 giornata) 	<p>Trattamento Previdenziale di Area Vasta "Giuliano-Isontina"</p>	<p>Attivazione di n. 6 incontri entro il 31/12/13.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
oppure sulla liquidazione del Capitale investito nel “Fondo”, comprensivo degli interessi maturati, che rappresentano vere e proprie opportunità per tutti i dipendenti e soprattutto per la giovane generazione di lavoratori.	S.Giovanni (n.1 giornata) I.R.C.C.S Burlo(n.1 giornata) Osp. Gorizia (n.1 giornata) Osp .Monfalcone (n.1 giornata)		
15. Creazione di un “Vademecum Previdenziale Informatico” da destinare ai portali Intranet delle Aziende d’Area Vasta . L’accesso al sito darà la possibilità di trovare immediate risposte a gran parte dei quesiti che periodicamente vengono formulati al Team dell’Ufficio Trattamento Previdenziale da parte dei dipendenti.	Sviluppo analitico delle tematiche previdenziali destinate ai dipendenti che accederanno al portale di riferimento, con accanto le indicazioni risolutive o i suggerimenti propedeutici per le azioni operative che dovranno essere intraprese per ogni singolo argomento trattato.	Responsabile Ufficio Trattamento Previdenziale A. V. “Giuliano-Isontina	Completamento in file del progetto con inoltro dello stesso ad ogni singolo Ufficio Comunicazioni del Sistema Informativo per la pubblicazione nei siti intranet aziendali entro il 31.12.13
16. Adozione di un Regolamento per le procedure di conferimento degli incarichi dirigenziali, quale adeguamento della regolamentazione pre-esistente (CIA) alle evoluzioni normative degli ultimi	16.1 Redazione di una bozza di regolamento da presentare al Responsabile della SC Ge.Va.P. 16.2 Invio del Regolamento alla Direzione strategica per la firma del	SS Acquisizione e Carriera del Personale – Tutto il personale	16.1. Invio della bozza di regolamento al Responsabile della SC Ge.Va.P., mediante mail, entro il 30/06/13. 16.2. Presentazione alla firma in

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
anni.	provvedimento di adozione. 16.3 Adeguata diffusione del Regolamento adottato a tutti gli attori coinvolti nelle procedure.		ADWEB del provvedimento di adozione e del Regolamento entro 15 gg dall'approvazione del testo da parte del Responsabile Ge.Va.P., che avverrà previo esperimento dell'idonea informazione sindacale. 16.3. Invio del Regolamento, mediante mail aziendale, a tutti i responsabili di SO/SC/SS dipartimentale e, per conoscenza, a tutto il restante personale dirigenziale.
17. Supportare l'attuazione del piano annuale di promozione della sicurezza del paziente (punto 2) Implementazione del sistema Incident reporting	Progettazione Pinificazione Erogazione eventi formativi	FQP	Personale formato differenziato per qualifica e sede / personale differenziato per qualifica e sede = o > 70% afferenti a 2 strutture
18. Supportare l'attuazione del piano annuale di promozione della sicurezza del paziente (punto 6: indicatore 1.1) Sicurezza e appropriatezza dell'uso dei farmaci	Progettazione Pinificazione Erogazione eventi formativi	FQP	Personale formato differenziato per qualifica e sede / personale differenziato per qualifica e sede = o > 60% afferenti a due strutture

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>19. Supportare l'attuazione del piano annuale di promozione della sicurezza del paziente (punto 7.1 -7.2 -7.3 -7.4 -7.7) Controllo delle infezioni correlate all'assistenza</p>	<p>Progettazione Pianificazione Erogazione eventi formativi</p>	<p>FQP</p>	<p>Personale formato differenziato per qualifica e sede / personale differenziato per qualifica e sede = o > 70% afferenti a due strutture</p>
<p>20. Definizione della destinazione delle trattenute, ai sensi legge 662/1996, ai componenti Commissioni Patenti.</p>	<p>20.1 Convocazione di un tavolo congiunto con le strutture aziendali. 20.2 Aggiornamento dei conteggi delle trattenute relative ai compensi per Commissioni Patenti effettuate al 31.12.12</p>	<p>Resp. GeVaP</p>	<p>20.1 Attivazione del tavolo congiunto. (Sì/No). 20.2 Predisposizione della proposta della delibera.</p>

Finanza e Controllo

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Archivio digitale relativo alle cessioni di crediti	Raccolta delle notifiche relative alle cessioni crediti pervenute e predisposizione di un archivio digitale per la conservazione e consultazione degli stessi.	Tutto il personale della struttura	Creazione di un archivio digitale condiviso
2. Gestione dell'intervento sostitutivo della stazione appaltante in caso di inadempienza contributiva dell'esecutore e del subappaltatore (ex art. 4, DPR 207/2010).	Predisposizione congiuntamente con le altre strutture aziendali competenti, di una procedura intervento sostitutivo in caso di ottenimento di DURC irregolare.	Dirigente SCFC In collaborazione con dirigenti SCPCA, SSGSG	Trasmissione della bozza di Procedura alla Direzione aziendale entro il 30/09/2013.
3. Predisposizione di una procedura relativo al pagamento dei rimborsi delle cure termali	Stesura di una procedura e invio della stessa ai referenti distrettuali	Tutto il personale della struttura	Invio procedura entro il 30/06/2013
4. Definizione della destinazione delle trattenute, ai sensi legge 662/1996, ai componenti Commissioni Patenti.	4.1 Convocazione di un tavolo congiunto con le strutture aziendali. 4.2 Aggiornamento dei conteggi delle trattenute relative ai compensi per Commissioni Patenti effettuate al 31/12/2012	Ufficio Contabilità Stipendi SCFC In collaborazione con Dirigente GeVaP	4.1 Attivazione del tavolo congiunto. (Si/No). 4.2 Invio della revisione dei conteggi ai referenti delle strutture aziendali interessate.
5. Conservazione digitale della corrispondenza della SCFC in arrivo e	5.1 Scansione dei documenti cartacei in	Tutto il personale della struttura	Inserimento di almeno l'80% della corrispondenza intercorsa con la

partenza	arrivo e partenza dalla e per la Direzione Centrale Salute. 5.2 Inserimento dei documenti nel gestionale del protocollo informatico.		Direzione Centrale Salute.
6. Predisposizione di un archivio digitale condiviso del giornale di cassa.	Adesione al servizio sperimentale offerto dal Servizio di Tesoreria e conseguente messa a regime del servizio.	Tutto il personale della struttura	Creazione di un archivio digitale relativo al giornale di cassa in sostituzione della conservazione cartacea.

Sistema Informativo

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Conclusione della prima fase del progetto per la realizzazione del nuovo sito web aziendale	Adozione del nuovo CMS OpenCMS come piattaforma di base, in accordo con gli standard tecnologici adottati per la creazione dei siti web in ambito regionale	Sistema Informativo – Ufficio Comunicazione Informatica	Invio del resoconto di collaudo entro il 31.12.2013 al Responsabile Sistema Informativo
2. Proposta Regolamento per la comunicazione web	2.1 Predisposizione del testo del Regolamento 2.2 Predisposizione del testo per l'eventuale Delibera di approvazione	Sistema Informativo – Ufficio Comunicazione Informatica	Invio dei testi alla Direzione Generale entro 31.12.2013.
3. Attivazione sistema di messaggistica vocale per telefonia VOIP	3.1 Installazione degli apparati 3.2 Configurazione dei collegamenti verso il Gateway 3.3 Configurazione del servizio sui telefoni e dei client Outlook ove richiesto	Telefonia	Attivazione del servizio per tutto il sistema e distribuzione su almeno 20 interni.
4. Attivazione nuovo CED	Trasferire i collegamenti e gli apparati di rete Test di configurazione e	Telefonia	Piena operatività del nuovo CED entro il 31/12 condizionata all'acquisizione entro il 31/08/13

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	funzionalità Attivazione completa del nuovo CED		della strumentazione necessaria.
5. Attivazione sistema di monitoraggio apparati attivi di rete	5.1 Installazione e configurazione del server 5.2 Installazione e configurazione dell'applicazione HP 5.3 Attivazione dell'applicazione e distribuzione sull'intera rete ASS1	Telefonia	Copertura del servizio sull'intera rete geografica e rilevamento del 80% degli apparati.
6. Applicazione dei criteri di priorità definiti a livello regionale	Adozione dei criteri regionali di accesso prioritizzato nelle branche specialistiche e per le prestazioni concordate a livello regionale	CUP	Avvio della agende di prenotazione stratificate per criterio di priorità entro 4 mesi dall'emanazione ufficiale. Entro la configurazione delle agende già in essere e non oltre i 4 mesi
7. Completare la diffusione dell'anagrafe unica e del CUP	Rappresentazione omogenea dell'offerta a livello regionale	CUP	La rappresentazione dell'offerta è omogenea con il livello regionale.
8. Contenimento e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto	Attrezzaggio e supporto alle strutture che utilizzeranno i piani terapeutici	Informatica	Possibilità garantita di utilizzo del sistema di prescrizione informatizzata dei piani

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
costo: garantire l'utilizzo del sistema di prescrizione informatizzata per i piani terapeutici			terapeutici, attraverso l'impiego dell'applicativo dedicato, in almeno due strutture in cui è diffusa la prescrizione di medicinali che richiedono la compilazione del piano terapeutico.
9. Prescrizione elettronica e firma digitale	Attrezzaggio, supporto e controllo delle attività distrettuali corrispondenti Verifica che tutte le strutture ambulatoriali abbiano la carta e possano operare	Informatica	Nel 2013 tutti i prescrittori che utilizzano sistemi con prescrizione elettronica devono poter operare attraverso la ricetta elettronica e tutte le strutture ambulatoriali che utilizzano sistemi di prescrizione elettronica devono poter utilizzare la firma digitale. Il Sistema Informativo al 31/10/2013 produrrà un rapporto sul controllo delle attività.
10. Verifica dell'utilizzo sistematico degli strumenti di valutazione tipo Val.Graf.	Attività di controllo, monitoraggio e verifica delle attività residenziali e semiresidenziali	Sistema Informativo – SIA-Segreteria	Monitoraggio sulla registrazione dei dati e sulla produzione della reportistica e produzione di sintetica relazione entro il 31/10/2013.
11. Rispetto degli obblighi informativi verso i sistemi aziendali a	Produzione dei nuovi report per il monitoraggio dell'attività ambulatoriale e dell'affluenza agli	Sistema Informativo – SIA-Segreteria	Creazione delle query di interrogazione del sistema BO (da CUP WEB regionale),

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
seguito dell'adozione del G3	sportelli CUP attraverso Business Objects		convalida e pubblicazione nel repository dell'Azienda. Allineamento e pubblicazione sulla intranet aziendale della relativa reportistica entro il 30/09/2013.
12. Definizione delle modalità di comunicazione, collaborazione e integrazione fra DSM, MMG e altri soggetti	Partecipazione con supporto tecnico a un progetto di continuità assistenziale fra DSM e MMG supportato da strumenti informatici	Direttore	Proposta di sperimentazione di uno strumento di continuità con particolari organizzativi e elementi di dettaglio.
13. Applicazione dei protocolli per la corretta identificazione del paziente in RSA	Attrezzaggio, dotazione e supporto per l'identificazione dei pazienti in RSA attraverso braccialetti	Dirigente	Sperimentazione di un sistema di identificazione completo di apparecchiature e procedura.

Immobili e Impianti

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Nuovo CED aziendale realizzazione di un sistema di controllo TVCC.	1.1 Affidamento dei lavori 1.2 Esecuzione lavori 1.3 Redazione CRE	Tutta la struttura	CRE (Certificato Regolare Esecuzione) Entro il 30/06/13
2. Nuovo CED aziendale realizzazione di un sistema di rilevazione fumi e impianto di spegnimento incendi.	2.1 Affidamento dei lavori 2.2 Esecuzione lavori 2.3 Redazione CRE	Tutta la struttura	CRE (Certificato Regolare Esecuzione) Entro il 31/07/13
3. Completamento ristrutturazione integrale padiglione "G"	3.1 Completamento lavori edili e impiantistici 3.2 Redazione CRE	Tutta la struttura	CRE (Certificato Regolare Esecuzione) Entro il 31/07/13
4. Realizzazione delle linee salvavita di sicurezza per la manutenzione dei tetti piani dei fabbricati aziendali	4.1 Approvazione progetto definitivo 4.2 Esecuzione gara 4.3 Affidamento lavori	Tutta la struttura	Provvedimento di affidamento dei lavori
5. Progetto per l'adeguamento	5.1. Redazione progetto esecutivo	Responsabile di Struttura dott ing. Alberto Russignan	5.1,2 Provvedimento di approvazione

dell'ex Clinica Psichiatrica a nuova sede del Servizio di alcologia	edile impiantistico 5.2 Approvazione del progetto 5.3 Attivare le procedure di gara		del progetto esecutivo entro il 31/07/13 5.3 Bando di gara entro 30 giorni dall'approvazione della Regione
---	---	--	--

Programmazione Controllo Acquisti

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Attivare la gestione di uno scadenziario contratti e appalti di servizi</p>	<p>1.1. Analisi delle informazioni necessarie (alla luce dei vari adempimenti normativi, a scopo monitoraggio interno ed esterno, ecc.) e predisposizione di una griglia condivisa di raccolta dati 1.2. Compilazione dello scadenziario con verifica di funzionalità e completezza campi e dati raccolti 1.3. Gestione condivisa e <i>in progress</i> dello scadenziario da parte di tutto il personale (con periodica verifica di funzionalità e eventuale modifica, integrazione e implementazione dei campi)</p>	<p>Personale dell'Area SERVIZI</p>	<p>Elaborazione griglia dati condivisa compilata con lo stato dell'arte (entro il 30.06.2013) e gestione condivisa e aggiornata dello scadenziario (entro il 30.09.2013). Report finale al Responsabile S.C. e di verifica trimestrale di funzionalità con eventuale modifica, integrazione e implementazione dei campi</p>
<p>2. Attivazione dei servizi integrati di assistenza alla gestione amministrativa, finanziaria e operativa, di coordinamento scientifico e di garanzia della qualità nell'ambito del progetto</p>	<p>1. Analisi ed elaborazione documentazione progetto "SMARTCARE" con incontri con il Coordinatore del progetto 2. Predisposizione del Capitolato</p>	<p>Personale dell'Area SERVIZI</p>	<p>1,2. Capitolato Speciale d'appalto (entro la data di approvazione aziendale di partecipazione al progetto)</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
europeo "SMARTCARE "	speciale d'appalto per i servizi integrati 3. Invio materiale necessario alla predisposizione della gara al DSC 4. Presa d'atto aggiudicazione del servizio		3. Entro 5 gg dall'approvazione aziendale di partecipazione al progetto 4. Entro 7 gg dal decreto di approvazione del DSC
3. Linee guida per la selezione dei fornitori negli affidamenti d'importo inferiore ad € 40.000	1 Individuazione dei casi in cui è possibile procedere ad affidamenti diretti. 2 Indicazione delle soglie e del corrispondente numero di soggetti da interpellare nell'ambito di un'eventuale indagine di mercato 3 Individuazione dei criteri di selezione dei fornitori 4 Attivazione di elementi di flessibilità ed autonomia del sistema di selezione dei fornitori	Rossana Formentin/Monica Benich	1. Incontro di presentazione del sistema di selezione e dei criteri individuati agli operatori della SCPCA e confronto con gli stessi (entro 31/10/2013). 2,3. Schema in file riepilogativo delle soglie e corrispondente numero dei soggetti da interpellare ed elenco dei possibili criteri di selezione (entro il 30/11/2013). 4. Procedura interna per la selezione dei fornitori negli affidamenti d'importo inferiore ad € 40.000 (entro 31/12/2013).
4.	1.	Personale dell'Area BENI	1.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Acquisto automezzi da sostituire nel 2013	<p>Ricognizione delle richieste di acquisto per sostituzione nel 2013</p> <p>2. Ricerca in CONSIP o predisposizione dei capitolati per l'avvio della gara</p>		<p>File riepilogativo con tutte le richieste di acquisto per sostituzione (entro il 30.06.2013).</p> <p>2. Adesione alla convenzione CONSIP o avvio delle gare – provvedimenti relativi (entro il 31/12/2013).</p>
5. Programmazione fabbisogni per le gare centralizzate tramite DSC	<p>1. Ricognizione fabbisogni aziendali e confronto con programmazione DSC anno 2013</p> <p>2. Ricognizione delle eventuali gare non inserite nell'elenco DSC che dovranno essere aggiudicate nel secondo semestre del 2013</p> <p>3. Ricognizione delle eventuali gare non inserite nell'elenco DSC che dovranno essere aggiudicate nel primo semestre del 2014.</p>		<p>1. Entro il 31.01.2013 ASS1 trasmette l'adesione al programma DSC per l'anno 2013</p> <p>2. Entro il 31.03.2013 trasmette al DSC l'elenco delle eventuali gare non inserite nell'elenco DSC che dovranno essere aggiudicate nel secondo semestre del 2013.</p> <p>3. Entro il 30.09.2013 trasmette al DSC l'elenco delle eventuali gare non inserite nell'elenco DSC che dovranno essere aggiudicate nel primo semestre del 2014.</p>
6.	1.	Responsabile PCA	1.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Coerenza del processo di approvvigionamento aziendale con il sistema regionale tramite DSC</p>	<p>Analisi e mappatura del processo degli approvvigionamento secondo le seguenti linee:</p> <ul style="list-style-type: none"> - programmazione - definizione fabbisogni - gruppo tecnico - commissione di gara - sottoscrizione del contratto - esecuzione del contratto <p>2. Definizione di ruoli e responsabilità</p>	<p>Rosa Caramanoli</p>	<p>Partecipazione agli incontri convocati dal DSC a partire dal 9.9.2013 ed analisi del processo di approvvigionamento tramite DSC</p> <p>2. Stesura di un documento condiviso che definisce ruoli e responsabilità</p>

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: FABIO SAMANI

CODICE FISCALE: SMNFBA57C03L424I

DATA FIRMA: 07/08/2013 10:26:14

IMPRONTA: 95E97BD2C21FFF9B945F52432686DA1250EAF6E8F76F181B4B7427BCE68E395
50EAF6E8F76F181B4B7427BCE68E395AB23808960589955999735DB4734D00A
AB23808960589955999735DB4734D00A4B99F2E3F60732B1B363195828192A28
4B99F2E3F60732B1B363195828192A28204B2A8F8D366E9B4CB5863579EE9D86

NOME: ADELE MAGGIORE

CODICE FISCALE: MGGDLA54D55B428P

DATA FIRMA: 07/08/2013 10:30:28

IMPRONTA: 851B594705AA71B079B101F264ACFEBBC40D5A540A8616F74EE5FE7FE6D6AB24
C40D5A540A8616F74EE5FE7FE6D6AB247DC3E5F801415DA7E9983ACF18A3BCF7
7DC3E5F801415DA7E9983ACF18A3BCF730AD18B23DE6A32B8C7EAB4070D49918
30AD18B23DE6A32B8C7EAB4070D4991822A852DF34D4C2770B86FA4C47346FB0

NOME: CINZIA CONTENTO

CODICE FISCALE: CNTCNZ66C69L424H

DATA FIRMA: 07/08/2013 10:33:56

IMPRONTA: 02B8E78680ACF7A685931C40E5754D82376E940B71DDA1B352C4665560A94D7C
376E940B71DDA1B352C4665560A94D7C654322467454C451D9A7962AD32E377D
654322467454C451D9A7962AD32E377D195E7045E1799837C4FDDB315DAA27AE
195E7045E1799837C4FDDB315DAA27AE42B11AE888FCE13B693F6C35BAA58366