



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 1 "TRIESTINA"  
TRIESTE**

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

**n. 256 del 26/06/2014**

**OGGETTO**

Assegnazione ai Centri di responsabilità del budget e degli obiettivi incentivanti per l'anno 2014.  
Progetto complessivo aziendale.

L'anno duemilaquattordici, il giorno ventisei del mese di giugno nella sede legale,

**IL DIRETTORE GENERALE**

**Dott. Nicola DELLI QUADRI, nominato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 0226/Pres dd. 28.11.2013, coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Referente delle funzioni amministrative ha adottato la deliberazione che segue:**

<b>OGGETTO:</b>	Assegnazione ai Centri di responsabilità del budget e degli obiettivi incentivanti per l'anno 2014. Progetto complessivo aziendale.
-----------------	---

Visto il "Regolamento per la disciplina delle responsabilità e delle competenze dirigenziali nell'adozione di atti e provvedimenti amministrativi e nella definizione del processo di budget" adottato da ultimo con deliberazione n. 107 dd. 29.3.2012, il quale, fra l'altro, individua nel processo di budget il fondamentale strumento attraverso cui l'Azienda stabilisce gli obiettivi e dispone l'allocatione interna delle risorse ai diversi livelli organizzativi e codifica le modalità di verifica dell'andamento del budget e di variazione e revisione dello stesso in corso di esercizio;

considerato che è vigente l'atto aziendale, sottoscritto dal Direttore Generale al rep. n. 9106 dd. 10.11.2006 e modificato con l'atto di rep. n. 9720 dd. 08.06.2009 e da ultimo con l'atto di rep. n. 10165 dd 26.11.2012 e definitivamente adottato con deliberazione n. 391 dd. 22/11/2012;

vista la deliberazione n 507 dd. 30.12.2013 con la quale è stato approvato il Piano attuativo locale per l'anno 2014;

esaminati i documenti di seguito elencati, che compongono il budget definito per l'anno 2014;

- Progetto Complessivo Aziendale (Allegato 1);
- Risorse aggiuntive per il personale distaccato presso i corsi di laurea sanitari, tutor I° livello e coordinatori (Allegato 2);
- Risorse Correnti per ogni Struttura Operativa e per le Strutture Interdistrettuali (Allegato 3);
- Budget Centri di Risorsa anno 2014 (Allegato 4);

accertato che in data 19.03.2014 e 23.04.2014 sono stati sottoscritti, a livello regionale, gli Accordi, per l'anno 2014, per l'attribuzione, alle Aziende Sanitarie Regionali, delle risorse aggiuntive regionali delle tre aree negoziali del personale, con l'indicazione delle relative modalità di utilizzo;

preso atto che, per quanto concerne il personale del Comparto, la Regione ha previsto, nell'ambito delle risorse aggiuntive, specifiche quote per il personale distaccato presso i corsi di laurea sanitari (tutor I° livello e coordinatori);

inteso che dette risorse sono correlate a specifiche progettualità, da individuarsi a livello

aziendale sentita l'Università, prevedendosi indicatori e parametri idonei ad accertare l'effettivo raggiungimento degli obiettivi assegnati;

considerato che in data 29.12.2011 con Deliberazione del Direttore Generale n. 473 si è proceduto alla costituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) dell'A.S.S. n. 1 "Triestina" in sostituzione del Nucleo di valutazione che si intende quindi soppresso, con decorrenza 01.01.2012 e per un periodo di tre anni;

dato atto che in data 16 e 17 giugno 2014 sono state attivate le negoziazioni con le Delegazioni Sindacali delle tre aree negoziali per l'utilizzo delle risorse dei fondi della produttività/risultato del personale – esercizio 2014, della dirigenza medica e veterinaria, della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa e del comparto;

che le negoziazioni di cui sopra sono tutt'ora in corso;

accertato che il finanziamento del Progetto Complessivo Aziendale di cui all'oggetto, risulta comunque garantito dalle risorse presenti nei competenti fondi delle tre aree contrattuali relativi all'esercizio 2014;

dato atto che il Progetto Complessivo Aziendale, come assegnato ai centri di responsabilità aziendali, è assoggettato alla valutazione da parte dell'Organismo di valutazione aziendale ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato per il personale dirigente e della produttività collettiva per il personale del comparto;

richiamata la norma Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 in attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15 e in particolare il titolo II "Misurazione, valutazione e trasparenza della performance";

rilevato nel contempo che l'evoluzione normativa emergente dall'entrata in vigore del D.Lgs. 150/09 (in particolare all'art. 14, di creazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione - OIV) e dalla conseguente LR 16/10 prevedono un progressivo avvio di nuovi metodi di misurazione della performance e di remunerazione della produttività del personale;

che peraltro ciò è correlato al perfezionamento dell'intero ambiente relativo al merito ed ai premi del pubblico impiego (titolo III del citato D.Lgs. 150/09), ivi compresa la negoziazione a livello nazionale, attualmente non avviata per effetto della L. 122/10, art. 9, comma 17;

preso atto che la LR 16 di cui sopra, al comma 1, prevede che l'adozione del sistema di misurazione e valutazione sia adottato progressivamente, senza peraltro stabilire una precisa tempistica o altri obblighi temporali;

dato ancora atto che la valutazione dei dirigenti dovrà tenere anche conto dei seguenti ulteriori elementi, puntualmente indicati nell'art. 27 dei CCNL '05 delle dirigenze:

- 1) per i dirigenti di struttura complessa e di struttura semplice:
  - a) la gestione del budget finanziario formalmente affidato e delle risorse umane e strumentali effettivamente assegnate in relazione agli obiettivi concordati e risultati conseguiti;
  - b) ogni altra funzione gestionale espressamente delegata in base all'atto aziendale;
  - c) l'efficacia dei modelli gestionali adottati per il raggiungimento degli obiettivi annuali;
- 2) per tutti gli altri dirigenti:
  - a) l'osservanza delle direttive per il raggiungimento dei risultati in relazione all'incarico attribuito;
  - b) il raggiungimento degli obiettivi prestazionali quali-quantitativi espressamente affidati;
  - c) l'impegno e la disponibilità correlati all'articolazione dell'orario di lavoro rispetto al conseguimento degli obiettivi;

considerato che il citato CCNL dispone che l'esito positivo della valutazione annuale di cui al comma 1 comporta l'attribuzione ai dirigenti della retribuzione di risultato, concordata secondo le procedure di cui all'art. 62, commi 4 e 6 del CCNL 5 dicembre 1996 per la Dirigenza SPTA e all'art. 65, c. 4 e 6 del CCNL 5 dicembre 1996 per la Dirigenza Medico-Veterinaria;

ribadito che nel corso dell'esercizio, in aderenza a quanto previsto dal citato regolamento di organizzazione aziendale ed a seguito delle verifiche sul grado di raggiungimento degli obiettivi e delle risorse assegnate, sarà eventualmente adottato ogni altro provvedimento per la modifica degli stessi;

atteso che per definire compiutamente l'attività delle strutture è necessario evidenziarne obiettivi di lavoro di produttività nonché di qualità, budget definito e investimenti;

ritenuto di procedere all'approvazione dei citati documenti, che allegati alla presente deliberazione ne costituiscono parte integrante e sostanziale e di procedere alla sottoscrizione degli stessi da parte del Direttore Generale e di ogni Responsabile di Struttura Operativa e di Struttura interdistrettuale ognuno per la parte di propria competenza;

preso atto che il provvedimento è presentato dalla Struttura Semplice di Staff Programmazione Strategica i cui uffici hanno curato la relativa istruzione di concerto con: la Struttura Complessa Finanza e Controllo; la Struttura Complessa Gestione e Valorizzazione del Personale; la Struttura Complessa Programmazione e Controllo Acquisiti;

che, con delibera n. 3 dd. 20/01/2014, è stato affidato alla dott.ssa Cristina Turco, in caso di assenza o impedimento temporaneo del Direttore Amministrativo, l'incarico di Referente delle funzioni amministrative;

rilevato che il Direttore Amministrativo è assente dal 23 giugno 2014 a tuttora;

inteso il parere favorevole del Direttore Sanitario;

## **Il Direttore Generale**

### **Delibera**

per quanto esposto in narrativa, di approvare i documenti di seguito elencati, che compongono il budget assegnato per l'anno 2014, allegati alla presente deliberazione quale sua parte integrante:

- Progetto Complessivo Aziendale (Allegato 1);
- Risorse aggiuntive per il personale distaccato presso i corsi di laurea sanitari, tutor I° livello e coordinatori (Allegato 2);
- Risorse Correnti per ogni Struttura Operativa e per le Strutture Interdistrettuali (Allegato 3);
- Budget Centri di Risorsa anno 2013 (Allegato 4).

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

\*\*\*\*\*

**Il Direttore Sanitario**

dott.ssa Adele MAGGIORE

(Firmato elettronicamente)

**Il Referente delle funzioni amministrative**

dott.ssa Cristina Turco

(Firmato elettronicamente)

**Il Direttore Generale**

dott. Nicola DELLI QUADRI

(Firmato elettronicamente)

---

Allegati: 4

# 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: NICOLA DELLI QUADRI

CODICE FISCALE: DLLNCL47S01A080L

DATA FIRMA: 26/06/2014 17:20:20

IMPRONTA: 7F7BAE8B151870A91B145C0D24928C053072639E407BF42055CA1F7C0465587F  
3072639E407BF42055CA1F7C0465587F86E90C5CC8547BD575EBD7FB37C7278D  
86E90C5CC8547BD575EBD7FB37C7278D366CA7C47EBA47DB48D8258329282FEA  
366CA7C47EBA47DB48D8258329282FEAEB120E75DD551EB25D24D5599421E871

NOME: CRISTINA TURCO

CODICE FISCALE: TRCCST64M68L424G

DATA FIRMA: 26/06/2014 17:25:10

IMPRONTA: 1244733472CE9DBD9BBAB4FBCBB54D5133CEA7DFA6AF9A61B1C5F9D386F5CC41  
33CEA7DFA6AF9A61B1C5F9D386F5CC416E5929062BBCEDFAB9241646C4EE50F3  
6E5929062BBCEDFAB9241646C4EE50F33197658C1E85E64AADA979E1EAB77738  
3197658C1E85E64AADA979E1EAB777384EC930FEEDAECBAAE4C53CC4DB2F55F2

NOME: ADELE MAGGIORE

CODICE FISCALE: MGGDLA54D55B428P

DATA FIRMA: 26/06/2014 17:30:48

IMPRONTA: 1B3F8D145CA74F0929BC7BA05693F986200F97BD8C4794D4B86F98DCCBA26715  
200F97BD8C4794D4B86F98DCCBA26715FF7654CCD56DA5E993455E8ACBAA0169  
FF7654CCD56DA5E993455E8ACBAA01696F631ED229059F7DD93506814002929D  
6F631ED229059F7DD93506814002929DC5612381A9D98CC032C2B080D3147D2A



PROGETTO COMPLESSIVO AZIENDALE

2014

## SOMMARIO

---

<a href="#">Distretto 1.....</a>	<a href="#">3</a>
<a href="#">Distretto 2.....</a>	<a href="#">18</a>
<a href="#">Distretto 3.....</a>	<a href="#">43</a>
<a href="#">Distretto 4.....</a>	<a href="#">62</a>
<a href="#">Dipartimento di Salute Mentale .....</a>	<a href="#">89</a>
<a href="#">Dipartimento delle Dipendenze.....</a>	<a href="#">105</a>
<a href="#">Dipartimento di Prevenzione.....</a>	<a href="#">114</a>
<a href="#">Centro Cardiovascolare.....</a>	<a href="#">141</a>
<a href="#">Centro Sociale Oncologico.....</a>	<a href="#">153</a>
<a href="#">Sistema 118.....</a>	<a href="#">158</a>
<a href="#">Affari Giuridici e delle Attività di Supporto Direzionale.....</a>	<a href="#">162</a>
<a href="#">Programmazione Strategica.....</a>	<a href="#">173</a>
<a href="#">Ufficio Relazioni con il Pubblico.....</a>	<a href="#">175</a>
<a href="#">Direzione Sanitaria.....</a>	<a href="#">177</a>
<a href="#">Direzione sanitaria: Ufficio Progetti Area Sanitaria.....</a>	<a href="#">178</a>
<a href="#">Servizio Infermieristico Aziendale.....</a>	<a href="#">182</a>
<a href="#">Servizio Riabilitativo Aziendale.....</a>	<a href="#">186</a>
<a href="#">Gestione Convenzioni Medicina Generale e Specialistica.....</a>	<a href="#">189</a>
<a href="#">Verifiche Strutture Pubbliche e Private.....</a>	<a href="#">193</a>
<a href="#">Assistenza Farmaceutica.....</a>	<a href="#">194</a>
<a href="#">Gestione e Valorizzazione del Personale.....</a>	<a href="#">204</a>
<a href="#">Finanza e Controllo.....</a>	<a href="#">216</a>
<a href="#">Sistema Informativo.....</a>	<a href="#">219</a>
<a href="#">Immobili e Impianti.....</a>	<a href="#">224</a>
<a href="#">Programmazione Controllo Acquisti.....</a>	<a href="#">227</a>

## Distretto 1

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Implementare un sistema complessivo aziendale di monitoraggio dell'attività	1. Ricognizione degli strumenti della Struttura di registrazione dati di attività e costi 2. Identificazione elementi significativi e intervalli logici di monitoraggio per ognuno. 3. Produzione report periodico con evidenziazione eventuali scostamenti da risultato atteso e segnalazione criticità	Direttore Distretto Dirigente infermieristico Responsabile amministrativo	Produzione di report periodico contenente l'andamento degli elementi scelti e analisi critica dei fenomeni.
2. Presenza in carico precoce dei nuclei familiari a rischio di sviluppo di psicopatologie e disagio psicosociale.	1. Individuazione in tutte le vie di accesso ai servizi C.F. e S.S.T.S.B.A. delle situazioni a rischio nel periodo compreso tra i 3 mesi prima del parto e i 2 anni d'età del bambino. 2. Individuazione dei supporti necessari al fine di determinare un attaccamento sicuro mamma/bambino	SC BADOF Obiettivo dei dirigenti (K. Wolf, S. Battistutta, V. Aiosa, C. Zago, I. Fontanot)	Stesura del progetto riportante le situazioni a rischio, gli strumenti per la loro identificazione e gli interventi di sostegno al nucleo. Presentazione del progetto al corso di formazione interdistrettuale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>3. PAL - linea 1.3.2.1- Prevenzione delle malattie infettive e politiche vaccinali: <i>mantenimento/ miglioramento delle coperture vaccinali</i> (3° dose esavalente; 1° dose MPR; Vaccinazione antivariella: tassi da raggiungere al 31/12/2014</p> <p>3 dose Esavalente = 95,9% 1 dose MPR = 90,5% Varicella nuovi nati = 50%</p>	<p>1 Informazione alle donne nel post parto (CAN)</p> <p>2. Formazione personale: partecipazione del personale dedicato (2 infermieri della SSTSBA e almeno 2 ostetriche del Consultorio Familiare) alla formazione concordata con DIP-PLS.</p>	<p>SC BADOF tutto il personale Dirigenti: (C. Zago, I. Fontanot)</p>	<p>Tutti i gruppi post parto hanno un incontro informativo sulle vaccinazioni entro il 2° mese di vita.</p>
<p>4. PAL - Linea 1.3.4.3- salute Mentale: consolidamento della collaborazione tra gli attori della rete territoriale per gli "esordi" psicotici e affettivi e per altre forme di disagio/ sofferenza in adolescenza</p>	<p>Identificare e valutare, tra tutti i nuovi casi nel 2014 arrivati alla SCBADOF nella fascia d'età 15-25 soggetti con disagio psico-relazionale</p> <p>Attivazione approfondimento specialistico (NPI e CSM) se consenziente, quando ritenuto</p>	<p>SC BADOF tutto il personale Dirigenti: (K. Wolf, S. Battistutta, V. Aiosa, C. Zago, I. Fontanot)</p>	<p>A tutti i nuovi casi in fascia d'età 15-25 che afferiscono alla SCBADOF per possibile patologia psichica o relazionale viene applicata la procedura concordata con il DSM per l'individuazione degli stati mentali a rischio o esordi psicotici ed avviata valutazione preliminare quando positiva, se consenzienti.</p> <p>100% di Stati Mentali a Rischio/ esordio segnalati alla NPI/ CSM</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>5. PAL linea 1.3.2.4 - Attività di promozione sensibilizzazione e formazione: prevenzione obesità e promozione della corretta nutrizione. <i>Promozione dell'allattamento al seno</i></p>	<p>1. Informazione alle donne in gravidanza secondo <i>Check list prenatale</i> di gruppo entro le 34 settimane di età gestazionale (passo 3 BFCI) 2. Informazione alle madri/famiglie nel post parto secondo <i>Check list postnatale</i> (passi 4 e 5 BFCI) 3. Rilevazione modalità di alimentazione al momento della 2° vaccinazione</p>	<p>SC BADOF tutto il personale Dirigenti: (C. Zago , I. Fontanot)</p>	<p>se consenzienti 1. Tutti i gruppi parto (CAN pre) hanno ricevuto le informazioni contenute nella <i>Check list prenatale</i> entro la 34 settimana di gestazione 2. Tutte le coppie mamma bambino che accedono alla S. C.BADOF entro il 1° mese dalla nascita hanno le informazioni contenute nella <i>Check List Postatale</i> 3. Compilazione delle schede di alimentazione alla 2° vaccinazione ed inserimento informatico (SIASI) in tutti i casi.</p>
<p>6. PAL Linea 1.3.4.8 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 residen-</p>	<p>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</p>	<p>Servizi amministrativi P.O. Gestione servizi amministrativi (G. Adamo)</p>	<p>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 in merito all'utilizzo sistematico dei sistemi informativi e- GENeSys e SIRA-</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
ziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti, in particolare attraverso l'integrazione dei sistemi informativi a disposizione			FVG 31.12.2014
7. Effettuare il monitoraggio periodico della soddisfazione del cliente al fine di verificare il livello qualitativo offerto all'utenza	1. Predisposizione entro il 31/03/2014 di un Questionario di Valutazione della Soddisfazione dell'utente contenente una serie di domande "chiuse", per la valutazione "quantitativa" dei diversi aspetti del servizio, e alcune domande "aperte", per la segnalazione dei punti di forza e dei punti di debolezza 2. Distribuzione del questionario da parte del personale amministrativo di sportello a n. 100 utenti a campione (iscrizione SSR (40 casi), iscrizione neonati SSR (30 casi), rilascio esenzione (30 casi o entro il 31/12/2013 3. Relazione sulla Customer Satisfaction entro il 31/12/2014	Servizi amministrativi Personale amministrativo	Elaborazione dati con evidenziazione eventuali punti di criticità. Relazione presente.
8.	1.	Servizi amministrativi	1.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Creazione di una Biblioteca Distrettuale.	Creazione di un catalogo delle risorse e del patrimonio bibliografico della biblioteca 2. Creazione procedura di gestione dei prestiti entro il 30/06/2014 3. Invio di mail trimestrali dal 30/06/2014 di avviso dei nuovi arrivi del materiale bibliografico.	Personale amministrativo	Predisposizione della procedura di gestione dei prestiti entro il 30/06/2014 2. Invio successivo di mail trimestrali di aggiornamento catalogo
9. Linea 13.4.1 Attuazione pianificazione locale nelle aree di integrazione socio-sanitaria  PAA n. 11.2 Promuovere lo sviluppo di comunità attraverso il programma Habitat-Microaree e Microarea/solidarietà :	1. Partecipare agli incontri con il Comune finalizzati all'avvio della MA di Villa Carsia : - analizzare il territorio - programmare i primi interventi integrati - definire operativamente le modalità di presa in carico congiunta delle persone fragili 2. Formare gli operatori delle nuove MA al corretto utilizzo della "scheda di fragilità"  3. Ottimizzare i percorsi integrati	SSD Servizio Infermieristico Distrettuale Obiettivo del dirigente (B. Ianderca)  2 in collaborazione con la referente di MA Gretta	1. Studio di fattibilità e piano operativo relativo a Villa Carsia come da azione (consegnato al Direttore di Distretto) entro il 31.12.2014  2. Formati almeno 2 operatori sanitari e/o sociali per ogni nuova MA (Prepotto, Villaggio Pescatore e Villa Carsia) entro 30/06/2014 3.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	per la presa in carico di situazioni complesse: apprendere il modello e definire gli strumenti operativi per la gestione dei casi (MA Ambito 1.1).		a) Realizzato un percorso formativo (FSC) b) Definiti gli strumenti operativi entro il 31/12/2014
<p>10. PAA n. 11.2 Promuovere lo sviluppo di comunità attraverso il programma Habitat-Microaree</p> <p>Sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria tra servizi attraverso azioni di sostegno, accompagnamento, presa in carico integrata di persone fragili residenti nelle microaree.</p>	<p>1. Proseguire nell'utilizzo delle schede di fragilità: a) valutare tutti i nuovi casi conosciuti nella MA (Gretta) nel 2014 . b) utilizzare la scheda di fragilità nelle MA di nuova istituzione (dopo la formazione degli operatori)</p> <p>2. Valutare in UVM le persone residenti nella Ma Gretta e in quelle di nuova costituzione con punteggio "scheda di fragilità" &gt;30 e progettare un percorso personalizzato con individuazione del case manager</p>	<p>SSD Servizio Infermieristico Distrettuale (B. landerca) (MA Gretta) M. Degrassi</p> <p>(MA Prepotto/S.Pelagio, Villaggio del Pescatore e Villa Carsia )</p> <p>In collaborazione con tutte le SS distrettuali coinvolte nei percorsi di presa in carico dei soggetti individuati</p>	<p>1.1 100% schede sui nuovi casi di MA Fonte: data base di MA Gretta</p> <p>1.2 Almeno 10 casi (complessivamente) entro il 31/12/2014</p> <p>2. Valutati almeno 30 soggetti del distretto con scheda di fragilità &gt; 30 e predisposizione progetto personalizzato congiunto con SSC entro 31.12.2014</p>
<p>11. PAA n. 11.2 Promuovere lo sviluppo di comunità attraverso il programma Ha-</p>	Evidenziare e raccogliere le azioni di partecipazione di soggetti terzi promosse nei percorsi di cura e di salute.	SSD Servizio Infermieristico Distrettuale Dirigente (B. landerca) (MA Gretta) M. Degrassi	Report descrittivo presente al 31.12.2014

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>bitat-Microaree</p> <p>Promozione della partecipazione attiva, l'inclusione sociale e lo sviluppo di comunità nelle aree oggetto di intervento.</p>			
<p>12. Linea 1.3.4.5 Il paziente con malattie cronico degenerative: continuità assistenziale. Implementare la rete di presa in carico nel settore delle demenze.</p>	<p>Creazione di rete e di presa in carico nel settore delle demenze tramite applicazione del PDTA Demenze/Deterioramento cognitivo approvato (vedi prot. N. 54697/GEN I.1.A del 18/11/2013).</p>	<p>Obiettivo dei Dirigenti (V. Selmo) (L. Besanzini) (M. Bartolini)</p>	<p>Applicazione del PDTA approvato in tutti nuovi casi eleggibili secondo protocollo che afferiscono al CDDD del Distretto.</p>
<p>13. Linea 1.3.4.8 Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti</p>	<p>1. Monitorare costantemente il requisito "dolore nella persona anziana" attraverso l'indice di "pain scale"(Val.Graf), NRS e doloplus-2 in caso di persone con disturbi cognitivi che non permettono scale di misurazione self report. (CdR Stuparich)</p> <p>2. Monitorare, verificare ed eventualmente sollecitare l'utilizzo sistematico dello strumento VMD Val.Graf.-FVG e</p>	<p>S.S. Anziani e Residenze (tutto il personale).</p>	<p>1. Controllo bimestrale delle cartelle con verifica della presenza delle schede NRS e doloplus-2 e predisposizione di una relazione finale sull'attività di monitoraggio a partire dal secondo semestre 2014.</p> <p>2. Report che evidenzia le verifiche trimestrali e le eventuali sollecitazioni ai servizi</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio.		residenziali e semiresidenziali per anziani convenzionati del proprio territorio in merito all'utilizzo sistematico dello strumento VMD Val.Graf.,-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA.
<p>14. Linea n.1.3.3.11 Diabete Fornire il necessario supporto alla definizione e attuazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali finalizzati all'implementazione delle migliori evidenze garantendo il coinvolgimento di tutti i professionisti interessati e successivamente provvedendo all'implementazione dei percorsi così definiti.</p>	<p>1. Definizione e creazione di un PDTA in ambito di transizione del giovane con diabete. a. Organizzazione di una serie di incontri tra Centri Diabetologici Distrettuali di A.S.S. 1 e Struttura Diabetologica Pediatrica del Burlo finalizzati alla definizione e stesura di un protocollo per la transizione del giovane con diabete dalla Struttura Diabetologica Pediatrica ai Centri Diabetologici Distrettuali di A.S.S. 1 b. Definizione e stesura del protocollo.</p>	<p>Obiettivo del dirigente: (A. Petrucco)  Tutto il personale CD  <i>In collaborazione con i CD degli altri Distretti</i></p>	<p>Entro 31.12.2014 definizione e stesura del protocollo condiviso tra Centri Diabetologici Distrettuali di A.S.S. 1 e Struttura Diabetologica Pediatrica del Burlo</p>
	Definizione e creazione di un PDTA sul diabete gestazionale 2.1	2.1	2.1

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>Organizzazione di un incontro tra Centri Diabetologici Distrettuali di A.S.S. 1, Struttura di Ostetricia del Burlo e Ginecologi dei Consultori di A.S.S. 1 per la definizione e condivisione di un protocollo sul diabete gestazionale.</p> <p>2.2 Definizione e stesura del protocollo sul diabete gestazionale condiviso tra S.S. Centri Diabetologici Distruttuali, Struttura di Ostetricia del Burlo e Ginecologi dei Consultori di A.S.S. 1</p> <p>2.3 Attuazione del protocollo in tutte le donne con diabete gestazionale che afferiscono ai Centri Diabetologici Distrettuali</p>	<p>Responsabile CD (A. Petrucco)</p> <p>2.2. Tutto il personale del CD</p>	<p>Entro 31.06.2014 definizione e stesura del protocollo sul diabete gestazionale condiviso tra Centri Diabetologici Distrettuali di A.S.S. 1 Struttura di Ostetricia del Burlo e Ginecologi dei Consultori di A.S.S. 1</p> <p>2.2 Al 31.12.2014 presa in carico ai Centri Diabetologici Distrettuali di tutte donne con diabete gestazionale consenzienti segnalate dai ginecologi secondo il protocollo definito</p>
	<p>3. Definizione e creazione di un PDTA tra i Centri Diabetologici Distrettuali ed il Sistema 118 per la presa in carico dei pazienti che hanno manifestato un</p>		

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>episodio di ipoglicemia severa.</p> <p>3.1 Definizione e creazione di un protocollo tra i Centri Diabetologici Distrettuali ed il Sistema 118 dell'A.S.S. 1 per la presa in carico dei pazienti che hanno manifestato un episodio di ipoglicemia severa.</p> <p>3.2 Attuazione del protocollo con segnalazione da parte del Sistema 118 ai Centri Diabetologici Distrettuali dei pazienti con diabete che hanno avuto un episodio di ipoglicemia severa e presa in carico dei pazienti che acconsentano ad un intervento educativo e di eventuale rivalutazione della terapia da parte dei Centri Diabetologici Distrettuali al fine di prevenire recidive ipoglicemiche.</p>	<p>3.1 Responsabile CD (A. Petrucco)</p> <p>Obiettivo della dirigente SC TSAA (A. Benedetti)</p> <p>3.2 Tutto il personale del CD Benedetti (Resp. SC TSAA)</p> <p><i>In collaborazione con 118</i></p>	<p>3.1 Entro il 30.06.2014 definito e redatto un protocollo tra i Centri Diabetologici Distrettuali ed il Sistema 118 dell'A.S.S. 1 per la presa in carico dei pazienti che hanno manifestato un episodio di ipoglicemia severa.</p> <p>3.2 Al 31.12.2014 presa in carico da parte dei Centri Diabetologici Distrettuali di tutti i pazienti che hanno avuto un episodio di ipoglicemia severa segnalati dal Sistema 118 secondo protocollo e che acconsentono alla presa in carico</p>
<p>15. Linea n.1.3.3.11 Diabete Fornire il necessario supporto alla definizione e</p>	<p>Prevenzione e gestione delle complicanze del diabete.</p> <p>4.1 Definizione di percorsi formativi</p>	<p>Tutto il personale del CD (coordinatore inf. Anziani e Residenze del Distretto1: Fabio Cimador)</p>	<p>Entro 31.12.2014 organizzazione ed effettuazione di almeno 2 incontri formativi sulla base dei bisogni espressi dalle Strutture</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>attuazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali finalizzati all'implementazione delle migliori evidenze garantendo il coinvolgimento di tutti i professionisti interessati e successivamente provvedendo all'implementazione dei percorsi così definiti.</p>	<p>condivisi con i coordinatori infermieristici distrettuali delle Residenze centrati sull'assistenza alla persona con diabete istituzionalizzata e finalizzati all'implementazione delle competenze del personale sanitario e non sanitario operante nelle Strutture Protette di Trieste e Provincia con l'obiettivo di migliorare la presa in carico della persona con diabete e la gestione del diabete e delle sue complicanze.</p> <p>4.2 Organizzazione e attuazione di eventi formativi mirati rivolti al personale sanitario e non sanitario delle Strutture Protette di Trieste e Provincia.</p>	<p><i>In collaborazione con le dietiste</i></p>	<p>Protette del Distretto di riferimento su tematiche relative a:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gestione del diabete e delle sue complicanze nell'anziano istituzionalizzato</li> <li>2. Alimentazione nella persona con diabete istituzionalizzata</li> </ol>
<p>16. PAL linea 1.3.3.1 Contenimento della spesa farmaceutica territoriale ed appropriatezza prescrittivi e assistenza integrativa</p>	<p>Mantenimento della piena operatività della fornitura diretta :</p> <p>-del 1° ciclo ambulatoriale distrettuale dei farmaci PHT-dei farmaci PHT non in DPC con verifica dei PT per le tre sedi (Stock, Opicina, Aurisina) relativamente all'appropriatezza pre-</p>	<p>SS Cure Ambulatoriali e domiciliari Obiettivo del Dirigente (G. Cepi)</p>	<p>Entro il 31.12.2014 il 100% dei PT/programmi terapeutici e prescrizioni pervenuti in distretto verificati per la fornitura diretta e per l'autorizzazione AFIR</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	scrittiva - verifica delle prescrizioni di assistenza integrativa relativamente all'aderenza alla DL N. 513 dd31.12.2013 e relativa autorizzazione		
17. Linea PAL 1.3.4.7 Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata	Consolidamento dell'utilizzo della classificazione ICD9-CM per la codifica della diagnosi dei pazienti in carico ai Distretti e l'uso di strumenti uniformi e validati per la valutazione del bisogno assistenziale, migliorando l'implementazione dei dati sul SISSR: 1. Codifica con ICD9-CM e caricamento dei dati sui sistemi informativi pertinenti delle diagnosi nei pazienti con PAI presi in carico dal SID/AID dal 1/1/2014 2. Valutazione dei bisogni assistenziali, dei pazienti presi in carico dal SID dall'1/1/2014, con la scheda di valutazione Valgraf	SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari (tutto il personale) A. Benedetti D. Daneu	1. Codifica ICD) presente in oltre il 90% dei pazienti presi in carico dal 1/1/2014  2. Valutazione con ValGraf presente in oltre il 70% prese in carico dal 1/1/2014

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	versione essenziale 2012 e implementazione dei dati raccolti su sistema informativo		
<p>18. 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</p>	<p>1. Realizzazione della presa in carico integrata (SC Adulti Anziani – UOT 1) di persone con malattie cronico-degenerativa o in fase terminale e con problematiche socio-assistenziali. 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 A. Benedetti D. Daneu R. Fonda S. Giussi</p>	<p>Presa in carico integrata di 15 soggetti affetti da patologia di lunga durata o in fase terminale e con problematiche socio-assistenziali.</p>
<p>19. Linea 1.3.4.1 Attuazione pianificazione locale nelle aree di integrazione sociosanitaria</p>	<p>Attuazione dell'obiettivo 4.4 dei PdZ 2013-2015 per l'area della disabilità</p>	<p>S.S.D Riabilitazione Obiettivo del dirigente (S. Gasperi)</p>	<p>Definizione del Progetto Individualizzato secondo la nuova modulistica ( PdZ ob.4.4) per le persone con disabilità che a partire dall'attivazione del protocollo saranno valutati in sede di Equipe Multidisciplinare per l'Handicap Adulto Fonte: Schede EMHA</p>
<p>20.</p>	<p>Valutazione dei bisogni</p>	<p>Personale della S.S.D</p>	<p>Oltre il 70% dei pazienti in carico</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Linea n. 1.3.4.7 Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata</p>	<p>assistenziali dei pazienti in carico ai servizi domiciliari distrettuali con la scheda di valutazione ValGraf versione essenziale 2012 e implementazione dei dati raccolti su sistema informativo.</p>	<p>Riabilitazione Distrettuale</p>	<p>alla S.S.D. Riabilitazione Distrettuale con PRI-SI per l'anno 2014 è stato valutato con scheda Val-Graf come indicato nel PAL 2014 Fonte: Genesys</p>
<p>21. Linea n. 1.3.3.4 Assistenza protesica: Applicazione del Piano Regionale di revisione dell'assistenza protesica e ai regolamenti di attuazione adottati in Area Vasta</p>	<p>1. Formazione del personale delle S.S.D Riabilitazione Distrettuale: partecipazione di tutto il personale ad almeno 1 evento formativo dei seguenti nell'ambito del tema "Assistenza protesica":</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Formazione sul programma SI3C,</li> <li>b. Formazione sul campo su "Revisione dei regolamenti di ASS1/AOUTS di assistenza protesica" e produzione della nuova modulistica,</li> <li>c. Formazione residenziale su nuovi regolamenti e procedure per assistenza protesica.</li> </ul> <p>2. Applicazione sperimentale del</p>	<p>Personale della S.S.D Riabilitazione Distrettuale</p>	<p>Sperimentazione della modulistica con compilazione di almeno 30 proposte prescrittive a distretto</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	nuovo regolamento di "Assistenza Protesica"		
22. Adempimenti derivanti dalla Legge 6 novembre 2012 n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" e dal D.Lgs 8 aprile 2013, n. 39 "Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190."	Garantire l'applicazione delle norme in materia di incompatibilità degli incarichi dirigenziali in applicazione della disposizione interna di cui al prot. n. 26597/GEN.III.3.A6. -	Direttore di SO	Acquisizione ed inoltro all'Ufficio Comunicazione delle dichiarazioni di incompatibilità dei singoli dirigenti della Struttura entro il 30.06.14.

## Distretto 2

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Implementare un sistema complessivo aziendale di monitoraggio dell'attività	1. Ricognizione degli strumenti della Struttura di registrazione dati di attività e costi 2. Identificazione elementi significativi e intervalli logici di monitoraggio per ognuno. 3. Produzione report periodico con evidenziazione eventuali scostamenti da risultato atteso e segnalazione criticità	Direttore Distretto Dirigente infermieristico Responsabile amministrativo	Produzione di report periodico contenente l'andamento degli elementi scelti e analisi critica dei fenomeni.
<b>Direzione– Servizi Amministrativi</b>			
2. PAA 2014 OB 4.7 PdZ 2013-2015. Attivazione e sperimentazione dello strumento Budget di salute e integrazione con le procedure già in essere	1. Governo della sperimentazione dello strumento nelle SC/SSD/SS del Distretto 2, secondo le indicazioni contenute nel documento prodotto nel 2013 e formalizzato. 2. Valutazione della idoneità e congruità dello strumento con even-	Direttore Distretto 2 (M.G. Cogliati)	1. almeno 10 BdS completi e condivisi (schede in distretto)  2. Valutazione e eventuale modifica dell'intesa e sua formalizzazione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>tuale modifica, qualora necessaria, dell'intesa già formalizzata.</p> <p>3. Organizzazione seminario di confronto e monitoraggio su l'uso della misura con partecipazione dei 3 ambiti, dei Distretti, del DSM e del DdD</p>		<p>3. Seminario organizzato entro il 31.12.2014</p>
<p>3. Promozione dell'allattamento al seno. Incremento della diffusione della brochure "Allattamento al seno, una scelta per la vita" attraverso la consegna alle gestanti che accedono al Distretto per la registrazione, sulla tessera sanitaria, del codice di esenzione per gravidanza</p>	<p>Distribuzione della brochure "Allattamento al seno , una scelta per la vita" alle gestanti che accedono al Distretto per la registrazione, sulla tessera sanitaria, del codice di esenzione ticket per gravidanza (uno dei primi contatti significativi con gli operatori). Contestuale orientamento /informazioni, in qualità di "operatori informati" con competenze di carattere generale, verso i servizi competenti,</p>	<p>Personale amministrativo Mercusa Lorraine Mosetti Laura Roberto Paolini Dudine Fiorella Lenardon Elisabetta</p>	<p>Distribuite le brochure alle gestanti per le quali il Distretto ha eseguito una registrazione del codice di esenzione per gravidanza con contestuale orientamento/informazioni sulla politica aziendale e verso i servizi competenti e quindi delle risorse dedicate 31.12.2014</p>
<p>4. PAL Linea 1.3.4.8 In continuità con le azioni avviate negli anni precedenti, implementare gli interventi e strumenti volti</p>	<p>Monitorare, verificare ed eventualmente sollecitare, l'utilizzo sistematico dei sistemi informativi e- GENeSys e SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residen-</p>	<p>P.O. Gestione servizi amministrativi (P. Napoli)</p>	<p>Presenza di un report distrettuale trimestrale che evidenzi le verifiche e le eventuali sollecitazioni ai servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenziona-</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>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</p>	<p>ziali per anziani convenzionati del proprio territorio</p>		<p>ti del proprio territorio in merito all'utilizzo sistematico dei sistemi informativi e- GENeSys e SIRA-FVG 31.12.2014</p>
<p>5. Riordino dell'archivio delle autorizzazioni dei prodotti AFIR e contestuale aggiornamento dei dati riferiti ai presidi ad assorbenza</p>	<p>1. Archiviazione delle autorizzazioni AFIR scadute e delle autorizzazioni riferite agli utenti deceduti</p> <p>2. Comunicazione alla ditta aggiudicataria dei presidi ad assorbenza dell'eventuale aggiornamento dei dati</p>	<p>Personale amministrativo Dudine Fiorella Lenardon Elisabetta Mercusa Lorraine Mosetti Laura Roberto Paolini</p>	<p>1. Selezionate ed inviate in archivio centrale tutte le autorizzazioni AFIR riferite agli utenti deceduti, al 31.12.2013, e le autorizzazioni AFIR scadute, al 31.12.2012 <i>(Fonte: richieste di archiviazione/macero inviate all'archivio centrale)</i> Entro il 30.06.2014</p> <p>2. Comunicati alla ditta aggiudicataria dei presidi ad assorbenza gli aggiornamenti dei dati riferiti a tali presidi <i>(Fonte: rapportino/comunicazioni periodiche inviate alla ditta aggiudicataria dei presidi ad assorbenza)</i></p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			Entro 31.12.2014
<p>6.</p> <p>Sanità penitenziaria. Iscrizione dei detenuti al Sistema sanitario regionale. Predisposizione ed aggiornamento di un documento di sintesi che illustri le modalità di registrazione, adeguato alle indicazioni regionali. <i>Collegato a PAL Linea 1.3.3.12</i></p>	<p>1. Raccolta ed analisi della casistica più frequente</p> <p>2. Creazione e/o aggiornamento di un vademecum operativo/documento di sintesi illustrante le modalità di registrazione per le singole fattispecie</p>	<p>P.O. Gestione servizi amministrativi (P. Napoli)</p>	<p>1. Analisi dei dati raccolti presente al 30.09.2014</p> <p>2. Vademecum operativo/documento di sintesi presente al 31.12.2014</p>
<b>S.S.D. Servizio Infermier. Distrettuale</b>			
<p>7.</p> <p>PAA OB. 11.2 Promuovere lo sviluppo di comunità attraverso il programma Habitat-Microaree <i>Apertura nuova microarea Campi Elisi. Azioni di sostegno nel consolidamento delle attività di comunità</i></p>	<p>Analisi di fattibilità di un progetto di inclusione sociale di giovani non ancora occupati nel mercato del lavoro ("Banca del tempo young")</p> <p>stesura di 1 report</p>	<p>Dirigente infermieristico (C. Rusgnach)</p> <p>(in collaborazione con la referente della MA Campi Elisi)</p>	<p>Al 30.6 Studio di fattibilità del progetto presente</p> <p>Al 31.12 avvio del progetto e report d'attività presente</p>
<p>8</p> <p>PAA OB. 11.2 Promuovere lo sviluppo di comunità attraverso il programma Habitat-Microaree</p>	<p>1. Proseguimento nell'utilizzo delle schede di fragilità a tutte le nuove persone fragili 2014 per ogni MA</p>	<p>SSD Servizio Infermieristico Distrettuale: dirigente infermieristico</p> <p>Referenti e operatori incardinati in MA: Ponziana, Cittavecchia,</p>	<p>1. al 31.12 100% schede sui nuovi casi di MA (Fonte: data base di MA)</p> <p>2.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<i>Sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria tra servizi attraverso azioni di sostegno, accompagnamento, presa in carico integrata di persone fragili residenti nelle microaree.</i>	2. Valutazione UVD e conseguente progettazione di percorso personalizzato con individuazione di case manager con scheda di fragilità con score >30	Campi Elisi, Vaticano  (In collaborazione con tutte le SS distrettuali coinvolte nei percorsi di presa in carico dei soggetti individuati)	Valutati almeno 30 soggetti del distretto con scheda di fragilità > 30 e predisposizione progetto personalizzato congiunto con SSC entro 31.12.2014
9. <i>Promozione della partecipazione attiva, l'inclusione sociale e lo sviluppo di comunità nelle microaree oggetto di intervento.</i>	evidenziare e raccogliere le azioni di partecipazione di soggetti terzi promosse nei percorsi di cura e di salute.	Responsabile di Distretto/Coordinatore Sociosanitario SSD Servizio Infermieristico Distrettuale: dirigente infermieristico Referenti: MA Ponziana, MA Citavecchia, MACampi Elisi, MA Vaticano)	al 31.12 report descrittivo presente
<b>S.C. Adulti e Anziani (1,2,3)</b>			
<b>1. S.S. Anziani e Residenze – RSA San Giusto</b>			
10. Linea 1.3.3.2 Governo clinico e sicurezza delle cure: standardizzazione della documentazione.  <i>Adozione di un Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI) integrato</i>	Ridefinizione e formalizzazione dello strumento di pianificazione assistenziale individuale, redatto su base multidimensionale e multiprofessionale, che garantisca la centralità dell'assistito accolto e dei suoi diritti con una forte spinta verso l'autonomia. - Il piano di intervento deve essere definito mediante:	Tutto il personale dell'RSA	1. Strutturazione del nuovo PAI integrato e formazione del personale all'utilizzo dello strumento entro il 31/03/14 2. Adozione del nuovo PAI integrato per tutti gli accolti dal 1/09/14, 3. Stesura e formalizzazione dello strumento definitivo .

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	a) La rilevazione dei bisogni dell'assistito (comprese le valutazioni del rischio di lesione da decubito e di cadute) b) La definizione degli obiettivi da raggiungere c) La definizione degli indicatori soggettivi e oggettivi per verificare il raggiungimento degli obiettivi d) La pianificazione di attività di tipo sanitario e socio-assistenziale e) La pianificazione di attività di revisione e verifica		
11. Linea 1.3.3.2 Governo clinico e sicurezza delle cure: sicurezza nell'uso dei farmaci.  <i>Strategie di miglioramento e sicurezza nell'utilizzo del foglio Unico di Terapia (FUT)</i>	Implementazione dell'utilizzo del FUT (Foglio Unico di Terapia) con particolare attenzione a: - annotazione puntuale della terapia (principio attivo/farmaco, posologia, numero di somministrazioni/die). - corretta rilevazione del dolore dal primo giorno di degenza, valutazione nel tempo anche dopo introduzione di terapia analgesica.	Medici, infermieri, fisioterapisti, OSS, della RSA	Presenza del FUT completo in tutti gli item assistenziali in tutte le cartelle a partire dal 1/07/14

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- rilevazione di almeno un peso corporeo durante la degenza</li> <li>-rilevazione dei parametri vitali,</li> <li>-corretta compilazione multi professionale del diario clinico-assistenziale-riabilitativo</li> </ul>		
<p>12. Linea 1.3.3.2 Governo clinico e sicurezza delle cure: sicurezza nell'uso dei farmaci, gestione del rischio infettivo, lesioni da decubito, cadute accidentali.</p> <p><i>Formazione del personale sulle tematiche specifiche</i></p>	<p>Progettazione e attuazione di eventi formativi interni all'RSA:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atipia nella presentazione delle patologie nell'anziano fragile</li> <li>2. L'anziano tra polifarmacoterapia e reazioni avverse da farmaci</li> <li>3. principi di idratazione e alimentazione nell'anziano come strumenti di miglioramento della riattivazione motoria e globale</li> <li>4. il ruolo della prevenzione nella pratica geriatrica</li> <li>5. valutazione dell'autonomia e dei bisogni assistenziali dell'anziano</li> <li>6. criteri di riattivazione motoria e di recupero funzionale nella persona anziana polipatologica (broncopatico, cardiopatico,</li> </ol>	<p>dirigenti medici dell'RSA (MC. Vazzaz, L. Santon)</p>	<p>Realizzare 6 eventi formativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 nel primo trimestre</li> <li>- 2 nel secondo trimestre</li> <li>- 1 nel terzo trimestre</li> <li>- 2 nel quarto trimestre</li> </ul> <p>con reportistica di efficacia formativa per ogni evento (n. 6 report di efficacia al 31.12)</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>13. Linea 1.3.4.8 Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti</p> <p><i>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</i></p>	<p>paziente protesizzato)</p> <p>11.1 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</p>	<p>S.S. Tutela Anziani e Residenze</p>	<p>Presenza di un report al 31.12. che evidenzi le verifiche e gli eventuali solleciti trimestrali ai sevizi residenziali e semiresidenziali per anziani convenzionati del proprio territorio</p>
<p>14. Linea 1.3.4.8 Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti</p> <p><i>Progetto regionale di monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani</i></p>	<p>Realizzazione di una visita approfondita di audit presso la ASP ITIS di Trieste sulla base di criteri e standard validati.</p> <p>L'audit effettuato sarà supportato da adeguata documentazione, seguendo le indicazioni declinate sul Manuale per il miglioramento della qualità all'interno delle strutture residenziali redatto dalla Direzione Centrale Salute, integrazione socio sanitaria e politiche sociali (versione 1.0-</p>	<p>S.S. Tutela Anziani e Residenze</p>	<p>1 audit effettuato in struttura protetta ASP ITIS e report di audit.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>15. PAA OB. 11.2 Promuovere lo sviluppo di comunità attraverso il programma Habitat-Microaree</p> <p><i>Sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria tra servizi.</i></p>	<p>ottobre 2011)</p> <p>1. Partecipazione del personale della SS Anziani e Residenze agli incontri di macroarea (presenza di operatori dei diversi servizi distrettuale / dipartimentali/ sociali che insistono sullo stesso territorio a scala sottodistrettuale).</p> <p>2. Presa in carico dei casi complessi in modo congiunto con gli altri servizi coinvolti.</p> <p>3. Monitoraggio e analisi dell'attività di macroarea della SS.</p>	<p>Responsabile di Struttura (G. Benedetti)</p>	<p>Analisi ed eventuale presa in carico congiunta dei casi complessi di macroarea segnalati dai singoli servizi</p>
<p>16. Linea 1.3.4. 5 Il paziente con malattie cronico degenerative: continuità assistenziale</p>	<p>Creazione di rete e di presa in carico nel settore delle Demenze tramite applicazione del PDTA Demenze/Deterioramento cognitivo recentemente approvato (vedi prot N 54697/GEN I.1.A del 18/11/2013) nei nuovi casi che afferiscono al CDDD .</p>	<p>Dirigente S.S. Tutele Anziani e Residenze (Filomena Vella)</p>	<p>Al 31.12 PDTA applicato a tutti i nuovi casi (Fonte: cartelle cliniche in sede)</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<b>2. S.S. Cure Ambulatoriali e Domiciliari</b>			
<p>17. PAL Linea n. 1.3.3.1 ASSISTENZA FARMACEUTICA</p> <p><i>Nuova procedura per la distribuzione diretta dei farmaci a favore di assistiti in carico al Distretto 2</i></p>	<p>1. Definizione di una nuova procedura informatizzata di valutazione, acquisizione e archiviazione del 100% di Piani Terapeutici, prescrizioni di farmaci da Pronuario h-t, di farmaci inseriti in fascia H, ex H (ora h-t) pervenuti ex novo all'ambulatorio distrettuale per l'erogazione diretta farmaci dal 01.01.2014</p> <p>2. Progettazione e realizzazione di incontri formativi a beneficio del personale medico, infermieristico e OSS di struttura, relativi ai farmaci a distribuzione diretta distrettuale. Contestuale condivisione della procedura informatica di cui al punto 1 con tutto il personale</p> <p>3. Rotazione di tutto il personale infermieristico e OSS/IG presso l'ambulatorio deputato all'eroga-</p>	<p>Coordinatore infermieristico Medicina Specialistica Lara Schrey Infermieri e OSS/IG Medicina Specialistica Carlo Rotelli Tiziana Oliverio</p>	<p>Presentazione della nuova procedura entro il 31.03.14 e sua adozione dal 1/04/14 con definizione della turnistica di rotazione.</p> <p>Formazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- almeno 2 incontri (come da azione 2)</li> <li>- formazione sul campo (come da azione 4)</li> </ul> <p>Al 31/12 tutto il personale infermieristico ed OSS/IG ha effettuato la turnazione all'interno dell'ambulatorio distrettuale per l'erogazione diretta farmaci</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>zione diretta distrettuale dei farmaci</p> <p>4. Formazione sul campo a beneficio del personale infermieristico e OSS/IG finalizzata all'acquisizione delle procedure informatizzate di cui al punto 1 e della prassi vigente relativa a ordine, conservazione e distribuzione diretta distrettuale dei farmaci</p>		
<p>18. PAL – Linea 13.4.1 ATTUAZIONE E PIANIFICAZIONE LOCALE DELLE AREE DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA Recepimento degli obiettivi Piano Attuativo Annuale 2014 – Piano di Zona 2013-2015</p> <p><i>Coordinamento e gestione organizzativa per l'anno 2014 del Tavolo Obiettivo 11.1 PAA-PDZ 2013-2015: Modalità innovative di presa in carico di persone con</i></p>	<p>1. Convocazione e avvio dell'attività del Tavolo Obiettivo 11.1 – almeno 5 riunioni organizzative periodiche verbalizzate nell'arco del 2014;</p> <p>2. Verifica trimestrale e annuale dello stato di avanzamento degli obiettivi come da documento Obiettivo 11.1 PAA 2014 ;</p> <p>3. Partecipazione ad almeno 80% delle riunioni istituzionali di coordinamento PAA PDZ</p>	<p>Responsabile di struttura (C. Rotelli)</p>	<p>1-3. Almeno 5 verbali di riunione plenaria e report trimestrale ( al 30.06, 30.09e 31.12.2014) recante lo stato di avanzamento dei lavori del Tavolo Obiettivo 11.1.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<i>malattia cronica o in fase terminale</i>	(Cabina di Regia). 4. Garantire la presa in carico di persone afferenti al distretto 2 secondo quanto previsto dalle azioni del tavolo ob. 1.1		4. Presa in carico secondo protocollo di almeno 30 casi di distretto
<p>19. PAL - Linea n. 1.3.3.1 ASSISTENZA FARMACEUTICA</p> <p><i>Contenimento e governo della spesa farmaceutica territoriale, appropriatezza prescrittiva e assistenza integrativa</i></p> <p><i>Ottimizzazione e razionalizzazione del percorso per il rilascio delle autorizzazioni e ricette per prodotti alimentari in persone affette da malattie metaboliche</i></p>	<p>1. Per tutti i nuovi assistiti in carico al Distretto 2 affetti da una patologia che comporti l'erogazione di voucher per l'acquisto di prodotti alimentari: valutazione e validazione della documentazione sanitaria certificante la malattia rilasciata dal Centro di Riferimento Nazionale</p> <p>2. Compilazione delle autorizzazioni/ricette per prodotti destinati ad un'alimentazione particolare per pazienti affetti da malattie metaboliche prima della data di scadenza del contratto dell'anno precedente.</p>	<p>Dirigente medico (T. Oliverio)</p>	<p>1. 1 report relativo a acquisizione e validazione della documentazione certificante la patologia che comporti una alimentazione particolare (sprue celiaca, fenilchetonuria, etc.), rilasciata da Centro di Riferimento Nazionale nel 100% di nuovi casi (Fonte: documentazione agli atti)</p> <p>2. Al 31.12.2014 consegna delle impegnative per prodotti destinati a pazienti affetti da morbo celiaco (o altra malattia con particolari necessità alimentari) che richiedono tale presidio presso il nostro Distretto; le impegnative sono compilate prima della data di scadenza</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			dell'autorizzazione precedente al 90% dei pazienti.
<p>20. PAL Linea n. 1.3.3.11 DIABETE</p> <p><i>Prevenzione dell'insorgenza delle complicanze: raccordo con l'anno precedente</i></p>	<p>1. Prosecuzione dello screening retinografico a beneficio di pazienti diabetici, finalizzato alla diagnostica e alla stadiazione di un quadro di retinopatia nota o misconosciuta (rif. protocollo operativo presentato nel 2013).</p> <p>2. Incontri infomativi con la popolazione generale nelle sedi delle Microaree del Distretto 2, volti alla prevenzione dell'insorgenza e delle complicanze del diabete mellito a livello oculare.</p>	<p>Dirigente Medico Specialista (G. Rinaldi)</p>	<p>1. Entro il 31 dicembre 2014 valutazione di almeno 200 pazienti diabetici con le caratteristiche evidenziate nel protocollo operativo presentato nel 2013 (Fonte: G2 clinico).</p> <p>2. Entro il 30.09.2014 almeno tre incontri organizzati in sede di Microarea.</p>
<p>21. PAL – Linea 13.4.1 ATTUAZIONE E PIANIFICAZIONE LOCALE DELLE AREE DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA PAA OB. 11.2 Promuovere lo sviluppo di comunità attraverso il programma Habitat-Microaree</p>	<p>1. Partecipazione SID 2 alla UVD in tutti i soggetti fragili individuati nell'anno 2014 mediante apposita scheda, in cui emerge indicazione alla presenza in equipe di personale infermieristico domiciliare</p> <p>2. Partecipazione a stesura e</p>	<p>Tutto il personale SID 2 Coord. Infermieristico Bianca Lenardoni Carlo Rotelli</p> <p>Collegamento all'obiettivo di presa in carico di soggetti fragili (30 per Distretto), selezionati mediante modulistica ad hoc, tra residenti di tutte le Microaree</p>	<p>Partecipazione a tutte le convocazioni UVD pervenute entro il 31.12.2014. e presa in carico con progetto personalizzato di tutti i casi previsti a seguito di UVD (Fonte: Siasi)</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p><i>Sviluppo dell'integrazione sociosanitaria tra servizi attraverso azioni di sostegno, accompagnamento, presa in carico integrata di persone fragili residenti nelle microaree.</i></p>	<p>realizzazione di progetto personalizzato con individuazione di case manager nei casi in cui emerga indicazione alla presenza in equipe di personale infermieristico domiciliare</p>		
<p>22. PAL LINEA 1.3.4.7 Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata</p> <p><i>Consolidamento dell'utilizzo della classificazione ICD9-CM per la codifica diagnostica SISR dei pazienti in carico ai Distretti.</i></p> <p><i>Uso di strumenti uniformi e validati per la valutazione del bisogno assistenziale.</i></p>	<p>1. Codifica diagnostica ICD9-CM e inserimento dati nei sistemi informativi sanitari regionali a beneficio di assistiti con Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) presi in carico dal Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) a partire dal 01.01.2014</p> <p>2. Valutazione dei bisogni assistenziali mediante valutazione Valgraf (versione essenziale 2012) e implementazione in SISR dei dati raccolti a beneficio dei pazienti SID con PAI, presi in carico dal 01.01.2014</p>	<p>Tutto il personale SID 2 Bianca Lenardoni Carlo Rotelli</p>	<p>1. Codifica ICD9-CM in oltre il 90% dei pazienti con PAI presi in carico dal SID dal 01.01.2014. (Fonte: Sistema SISR)</p> <p>2. Valutazione dei bisogni assistenziali con Valgraf essenziale 2012 in oltre il 70% dei pazienti SID con PAI iniziato dopo il 01.01.2014. (FONTE: SISR)</p>
<p>23. PAL- LINEA 1.3.4.7</p>	<p>1. Sviluppo e consolidamento della</p>	<p>Infermieri e OSS/IG della Medicina Specialistica</p>	<p>1. Le persone prese in carico</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico</p>	<p>presa in carico integrata presso l'ambulatorio infermieristico distrettuale</p> <p>2. Utilizzo della classificazione ICD-9 CM per la codifica della diagnosi degli assistiti presi in carico presso l'Ambulatorio Infermieristico Distrettuale</p> <p>3. Discussione all'interno del gruppo di lavoro della Medicina Specialistica Distrettuale dei casi complessi presi in carico presso l'ambulatorio infermieristico distrettuale</p>	<p>Carlo Rotelli Tiziana Oliverio Lara Schrey</p>	<p>dall'ambulatorio e conosciute da almeno 1 altro servizio hanno un PAI integrato (FONTE: SIASI E CARTELLE CLINICHE)</p> <p>2. Codifica delle diagnosi con ICD-9 CM e caricamento dei dati sui sistemi informativi pertinenti nel 100% degli assistiti presi in carico di cui al punto 1 (FONTE: SISR)</p> <p>3. Elaborazione di un documento narrativo del lavoro sui casi complessi effettuati ed esaminati negli incontri</p>
<b>3. S.S. Centro Diabetologico</b>			
<p>24. Linea n.1.3.3.11 Diabete. Fornire il necessario supporto alla definizione e attuazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali finalizzati all'implementazione delle migliori evidenze.</p> <p><i>PDTA per la transizione del giovane con diabete dalla struttura</i></p>	<p>1. Organizzazione di una serie di incontri tra Centri Diabetologici Distrettuali di A.S.S. 1 e Struttura diabetologica pediatrica del Burlo finalizzati alla definizione del PDTA</p> <p>2. Stesura di una bozza di PDTA per la transizione del giovane</p>	<p>Responsabile CD ( dott.ssa E. Manca) Tutto il personale del CD</p>	<p>Stesura del PDTA condiviso tra Centri Diabetologici Distrettuali e struttura di diabetologia pediatrica</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<i>diabetologica pediatrica ai Centri Diabetologici Distrettuali di ASS1</i>	con diabete dalla struttura diabetologica pediatrica ai Centri Diabetologici Distrettuali di A.S.S. 1		
<p>25. Linea n.1.3.3.11 Diabete. Fornire il necessario supporto alla definizione e attuazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali finalizzati all'implementazione delle migliori evidenze.</p> <p><i>PDTA su diabete gestazionale</i></p>	<p>Diabete gestazionale</p> <p>1. Stesura di una bozza di PDTA su diabete gestazionale</p> <p>2. Organizzazione di un incontro tra Centri Diabetologici Distrettuali di A.S.S. 1 e Strutture di ostetricia del Burlo e Consultori Familiari di A.S.S. n. 1 per la condivisione del PDTA</p> <p>3. Attuazione del PDTA nelle donne con diabete gestazionale che afferiscono ai Centri diabetologici</p>	<p>1,2 Responsabile CD (E. Manca)</p> <p>3 Tutto il personale del CD</p>	<p>1,2 al 30/06 stesa bozza di PDTA, condiviso con strutture di ostetricia del Burlo e Consultori Familiari di A.S.S. n. 1</p> <p>3 Presa in carico secondo PDTA delle donne consenzienti segnalate dai ginecologi alla S.S. Centro diabetologico per diabete gestazionale. ( Fonte: cartelle cliniche in sede)</p>
<p>26. Linea n.1.3.3.11 Diabete. Fornire il necessario supporto alla definizione e attuazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali finalizzati all'implementazio-</p>	<p>Ipoglicemia</p> <p>1. Definizione e creazione di un PDTA tra i Centri Diabetologici Distrettuali ed il Sistema 118 dell'A.S.S. 1 per la presa in</p>	<p>Responsabile del CD (E. Manca) Tutto il personale del CD</p>	<p>1 al 30/6 definito un PDTA per la presa in carico dei pazienti che hanno manifestato un episodio di ipoglicemia severa.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>ne delle migliori evidenze.  <i>PDTA tra i Centri Diabetologici Distrettuali ed il Sistema 118 dell'A.S.S. 1 per la presa in carico dei pazienti che hanno manifestato un episodio di ipoglicemia severa.</i></p>	<p>carico dei pazienti che hanno manifestato un episodio di ipoglicemia severa                      2.                      Attuazione del PDTA con segnalazione da parte del Sistema 118 ai Centri Diabetologici Distrettuali dei pazienti con diabete che hanno avuto un episodio di ipoglicemia severa e presa in carico dei pazienti che acconsentano ad un intervento educativo e di eventuale rivalutazione della terapia da parte dei Centri Diabetologici Distrettuali al fine di prevenire recidive ipoglicemiche.</p>		<p>2                      Presa in carico secondo PDTA dei pazienti consenzienti con diabete segnalati dal 118 a partire dal 1/7/14 per ipoglicemia severa.                      ( Fonte: cartelle cliniche in sede)</p>
<p>27.                      Linea n.1.3.3.11 Diabete. Fornire il necessario supporto alla definizione e attuazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali finalizzati all'implementazione delle migliori evidenze   <i>Migliorare la presa in carico, individuare eventuali complicanze e</i></p>	<p>Prevenzione dell'insorgenza delle complicanze                      1.                      Definizione di percorsi formativi condivisi con i coordinatori infermieristici distrettuali delle Residenze centrati sull'assistenza all'utente diabetico istituzionalizzato e finalizzati all'implementazione</p>	<p>Tutto il personale del CD                       In collaborazione con le dietiste dei Centri Diabetologici Distrettuale coordinatore inf. Residenze del distretto</p>	<p>1,2                      2 incontri formativi itineranti sulla base dei bisogni espressi a novembre 2013 dalle Strutture Protette del Distretto di riferimento, su:                      a. gestione del diabete nell'anziano                      b. alimentazione alla persona diabetica istituzionalizzata</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<i>gestire adeguatamente l'alimentazione.</i>	delle competenze del personale sanitario e non sanitario operativo nelle Strutture Protette di Trieste e Provincia con l'obiettivo di migliorare la presa in carico, individuare eventuali complicanze e gestire adeguatamente l'alimentazione. 2. Attuazione di eventi formativi mirati rivolti al personale sanitario e non sanitario delle Strutture Protette di Trieste e Provincia		( Fonte: report conclusivo)
<b>S.S.D. Riabilitazione Adulti</b>			
28 Linea n. 1.3.4.7 Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata	Valutazione dei bisogni assistenziali dei pazienti in carico ai servizi domiciliari distrettuali con la scheda di valutazione ValGraf versione essenziale 2012 e implementazione dei dati raccolti su sistema informativo.	Personale della S.S. Dipartimentale di Riabilitazione Distrettuale	Oltre il 70% dei pazienti in carico alla S.S. Dipartimentale. di Riabilitazione Distrettuale con PRI-SI per l'anno 2014 deve essere valutato con scheda Val-Graf come indicato nel PAL 2014 (Fonte:e-Genesys)
29 Linea n. 1.3.3.4 Assistenza protesica: Applicazione del Piano Regionale di revisione dell'assistenza protesica e dei regola-	1. Formazione del personale delle S.S. Dipartimentale Riabilitazione Distrettuale: Il del personale partecipa ad almeno uno dei se-	Personale della S.S. Dipartimentale di Riabilitazione Distrettuale	Compilazione di almeno 30 proposte prescrittive secondo la nuova modulistica (Fonte: archivio in sede)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>menti di attuazione adottati in Area Vasta</p>	<p>guenti eventi formativi nell'ambito del tema "Assistenza protesica":</p> <p>a) Formazione sul programma SI3C</p> <p>b) Formazione sul campo su " Revisione dei regolamenti di ASS1/AOUTS di assistenza protesica" e produzione della nuova modulistica</p> <p>c) Formazione residenziale su nuovi regolamenti e procedure per assistenza protesica.</p> <p>2. Applicazione sperimentale del nuovo regolamento di "Assistenza Protesica" e sperimentazione della nuova modulistica con compilazione corretta delle proposte prescrittive</p>		
<p>30 Linea 1.3.4.1 Attuazione pianificazione locale nelle aree di integrazione sociosanitaria</p>	<p>Attuazione dell'obiettivo 4.4 dei PdZ 2013-2015 per l'area della disabilità</p>	<p>Personale Dirigente della Struttura Semplice Dipartimentale di Riabilitazione Distrettuale</p>	<p>Definizione del Progetto Individualizzato secondo la nuova modulistica ( PdZ ob.4.4) per le persone con disabilità che a partire dal 1° marzo 2014 saranno valutati in sede di</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			Equipe Multidisciplinare per l'Handicap Adulto (Fonte: archivio in sede)
<p>31 PAA OB. 11.2 Promuovere lo sviluppo di comunità attraverso il programma Habitat-Microaree</p> <p>Sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria tra servizi.</p>	<p>1. Partecipazione del personale della SS Riabilitazione agli incontri di macroarea (presenza di operatori dei diversi servizi distrettuale / dipartimentali/ sociali che insistono sullo stesso territorio a scala sottodistrettuale).</p> <p>2. Presa in carico dei casi complessi in modo congiunto con gli altri servizi coinvolti.</p> <p>3. Monitoraggio e analisi dell'attività di macroarea della SS.</p>	Dott ssa Elena Ellero	<p>Analisi ed eventuale presa in carico congiunta dei casi complessi di macroarea segnalati dai singoli servizi.</p> <p>Report al 31/12.</p>
<b>S.C. Bambini, Adolescenti, Donne e Famiglie (BADoF)</b>			
<p>32 PAL 2014 Linea 1.3.2.4 Attività di promozione sensibilizzazione e formazione</p> <p>Prevenzione obesità e promozio-</p>	<p>1 Mantenimento di modalità operative coerenti e condivise nelle SC BADoF secondo le seguenti indicazioni degli standard della BFCI UNICEF:</p>	Tutto il personale della SC BADoF	<p>1 1.1 Per ogni gruppo pre-parto è utilizzata la "Check list di gruppo prenatale-alimentazione infantile" (n.check list compilate/n. gruppi pre-parto; risultato atteso=100%)</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>ne della corretta nutrizione - Promozione dell'allattamento al seno</p>	<p>1.1 utilizzare la check list pre-natale nei gruppi pre parto 1.2 avvio check list postnatale con le coppie Mamma/Bambino che accedono ai servizi della SC BAdoF 2. Formazione del personale della SC BAdoF: partecipazione da parte degli "operatori coinvolti" alla formazione sull'allattamento al seno. 3. Monitoraggio dei tassi di allattamento esclusivo alla 2° vaccinazione attraverso l'inserimento dei dati nel sistema regionale</p>		<p>( conservate in sede) 1.2 Alle coppie mamma/bambino che accedono ai servizi della SC BAdoF nel post parto entro il 1° mese di vita viene compilata la check list post natale (31.12.2014) 3. Inserimento informatico del 100% delle schede sull'alimentazione al momento della 2a vaccinazione (31/12/14) (fonte: schede allattamento)</p>
<p>33 PAL 2014 Linea 1.3.2.1- Prevenzione delle malattie infettive e politiche vaccinali: mantenimento/ miglioramento delle coperture vaccinali (3° dose esavalente; 1° dose MPR; Vaccinazione antivaricella: tassi da raggiungere al 31/12/2014</p>	<p>1. Informazione alle donne nel post parto (CAN) 2. Partecipazione del personale coinvolto alla formazione concordata con DIP- PLS</p>	<p>Tutto il personale della SC BAdoF</p>	<p>Tutti i gruppi post parto hanno un incontro informativo sulle vaccinazioni entro il 2° mese di vita</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<ul style="list-style-type: none"> <li>· 3 dose Esavalente= 95,9%</li> <li>· 1 dose MPR = 90,5%</li> <li>· Varicella nuovi nati = 50%</li> </ul>			
<p>34 PAL 2014 Linea 1.3.4.3 salute mentale</p> <p>Consolidamento della collaborazione tra gli attori della rete territoriale per gli “esordi psicotici e affettivi e per altre forme di disagio/sofferenza nell’adolescenza</p>	<p>1. Accoglienza di tutti i soggetti della fascia d’età 15-25 che accedono alle SS consultorio familiare e SS TSBA con richiesta diretta o eterodiretta di aiuto psicologico (help seeking)</p>	<p>1 Tutto il personale della SC BADoF</p>	<p>1 evidenza 100% accoglienza (fonte: registro di accoglienza)</p>
	<p>2 Valutare - attraverso colloquio ed eventuale somministrazione di test - e identificare gli stati mentali ad alto rischio di esordio di disturbo mentale severo, dei soggetti che richiedono aiuto psicologico alla SC BADoF (help seeking)</p> <p>3 Segnalare al CSM di competenza per valutazione integrata dei soggetti risultati alla positivi alla valutazione distrettuale</p>	<p>2 Dr.ssa Genoveffa Corvino Dr.ssa Daniela Vidoni Dr.ssa Antonella Celea</p>	<p>2,3 100% consenzienti valutati (fonte:registro casi) 100% dei soggetti risultati positivi alla valutazione segnalati al CSM/NPI (fonte: schede di segnalazione)</p>
	<p>4 Mantenimento del registro specifico per la fascia di età 15-</p>	<p>4 Dr.ssa Daniela Vidoni</p>	<p>4 Analisi dei dati e dei percorsi sui casi incidenti (registro e report in</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	25, analisi dei dati e dei percorsi sui casi incidenti e realizzazione di report (nuovi casi 2014)		struttura)
	5 Revisione del protocollo 2011	5 Responsabile SC BADOF <i>In collaborazione con il DSM</i>	5 Protocollo revisionato
<p>35 PAL 2014 Linea 1.3.2.4 Attività di promozione sensibilizzazione formazione</p> <p>Valorizzare gli interventi di sviluppo di comunità e le azioni di promozione alla salute (obiettivo pluriennale)</p>	1 Sostenere le attività di promozione alla salute, con il coinvolgimento attivo delle agenzie del territorio, scuole, parrocchie, microaree ecc., rivolte ai giovani ed alle famiglie e volte a garantire informazioni sull'offerta e sui percorsi di accesso ai servizi della SC BADOF	1 Dr.ssa Barbara Fazi Logopediste SS TSBA	1 Almeno un'attività strutturata viene condivisa con attori del territorio. (fonte: report attività)
	2. Realizzare incontri di sostegno alla genitorialità presso il servizio , anche in un'ottica di empowerment e di auto aiuto dell'utenza, rivolti a genitori	2. Dr.ssa Barbara Fazi	2. Realizzare presso il servizio almeno 20 incontri di gruppo. (fonte: report attività)
	3. Miglioramento dell'offerta di servizi attraverso la promozione di un gruppo sull'assertività	33.3. Dr. Oscar Dionis	3. Realizzare presso il servizio almeno 1 cicli di 8 incontri a cadenza settimanale.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>rivolto ad adolescenti e giovani adulti, in raccordo e collaborazione con progetti di comunità presenti sul territorio (contrasto alla fragilità)</p>		<p>(31 dicembre 2014) (fonte: report attività)</p>
	<p>4. Implementazione e monitoraggio di progetti con l'associazionismo del territorio relativi ad attività complementari all'attività istituzionale dei CCFF</p>	<p>4. Dr.ssa Maria Vanto</p>	<p>4. Almeno 3 progetti di con associazioni del territorio (di nuova attivazione o implementazione di già avviati). Monitoraggio delle attività con report finale</p>
<p>36 PAL 2014 Linea 13.4.1 aree di integrazione sociosanitarie  Valutare e prendere in carico i minori di nuclei familiari in situazioni multiproblematiche</p>	<p>1. Realizzare incontri di rete tra UOT di riferimento SS CF e SS TSBA finalizzati all'identificazione, condivisione e valutazione congiunta di situazioni familiari multiproblematiche con minori che presentano disagio psicosociale o che sono soggette a provvedimenti dell'AAGG 2. Avviare la eventuale presa in carico dei minori individuati come da az. 1</p>	<p>Dr.ssa Sabrina Ruberti</p>	<p>Presa in carico nei casi valutati come da azione 1 e presenza di verbali (modulistica PdZ) di rete per ciascun caso (fonte: documentazione sanitaria)</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>37                      Contenere la lista d'attesa per le valutazioni delle coppie disponibili all'adozione nazionale e internazionale, inviate dal Tribunale per i Minorenni (TM), anche in presenza di carenza di personale</p>	<p>1.                      Avviare secondo priorità cronologica le valutazioni dei casi                      2.                      Completare la valutazione psico sociale richiesta nei tempi definiti per ogni caso con il TM</p>	<p>1.2.                      Dr.ssa Ravalico Francesca                      Dr.ssa Laura Zancola</p>	<p>Stesura ed invio - per ogni coppia disponibile all'adozione – di relazione al Tribunale per i Minorenni entro i tempi previsti dalla normativa di riferimento di tutti i nuovi casi .                      (fonte: richieste del TM, elenco casi, documentazione sanitaria)</p>
<p>38.                      Adempimenti derivanti dalla Legge 6 novembre 2012 n. 190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalita' nella pubblica amministrazione” e dal D.Lgs 8 aprile 2013, n. 39 “Disposizioni in materia di inconfiribilita' e incompatibilita' di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190.”</p>	<p>Garantire l'applicazione delle norme in materia di incompatibilità degli incarichi dirigenziali in applicazione della disposizione interna di cui al prot. n. 26597/GEN.III.3.A6. -</p>	<p>Direttore di SO</p>	<p>Acquisizione ed inoltro all'Ufficio Comunicazione delle dichiarazioni di incompatibilità dei singoli dirigenti della Struttura entro il 30.06.14.</p>

## Distretto 3

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Implementare un sistema complessivo aziendale di monitoraggio dell'attività	1. Ricognizione degli strumenti della Struttura di registrazione dati di attività e costi 2. Identificazione elementi significativi e intervalli logici di monitoraggio per ognuno. 3. Produzione report periodico con evidenziazione eventuali scostamenti da risultato atteso e segnalazione criticità	Direttore Distretto Dirigente infermieristico Responsabile amministrativo	Produzione di report periodico contenente l'andamento degli elementi scelti e analisi critica dei fenomeni.
2. Garantire l'appropriatezza degli interventi attraverso la ridefinizione dei percorsi di continuità e presa in carico di persone con malattie a lungo termine o in fase terminale che coinvolgono le SS della SC Adulti Anziani e SSD Riabilitazione	1. Verifica delle modalità organizzative in essere e definizione di percorsi di presa in carico appropriati a partire da: a) individuazione delle criticità attraverso l'analisi casi complessi in carico (a partire da persone affette da BPCO o colpite da ictus ) che hanno richiesto l'intervento congiunto della SS Diparti-	Responsabile della S.O. Angelina Pianca Responsabile SSD Serv. Infermieristico Ofelia Altomare	Definizione dei percorsi di presa in carico: - post-dimissione e reinserimento domiciliare - post-dmissione-RSA-Domicilio - post -dimissione- RSA-residenzialità - da domicilio - da residenzialità entro il 30.06.2013

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<b>OBIETTIVO STRATEGICO</b>	mentale di Riabilitazione, della SS Anziani e della SS Cure ambulatoriali e Domiciliari b) individuazione delle criticità attraverso l'analisi di situazioni con pluricoveri residenti nelle MA 2. Sperimentazione dei percorsi individuati tramite l'applicazione in situazioni di persone con bisogni complessi		<ul style="list-style-type: none"> <li>Almeno 15 casi complessi presi in carico entro il 31.12.2014 secondo i percorsi assistenziali individuati</li> </ul>
3. PAA n. 11.2 Promuovere lo sviluppo di comunità attraverso il programma Habitat-Microaree  Sviluppo dell'integrazione sociosanitaria tra servizi attraverso azioni di sostegno, accompagnamento, presa in carico integrata di persone fragili residenti nelle microaree.	1. Proseguimento nell'utilizzo delle schede di fragilità a tutte le nuove persone fragili conosciute nel 2014 in MA 2. Valutazione UVD e conseguente progettazione di percorso personalizzato con individuazione di case manager con scheda di fragilità con score >30	SSD Servizio Infermieristico Distrettuale (dirigente inf e referenti: MA Valmaura; MA Giarizzole; MA Grego; referenti distrettuali: MA Soncini; MA Zindis)  Tutte le SS distrettuali coinvolte nei percorsi di presa in carico dei soggetti individuati e il Servizio Amministrativo	1. 100% schede sui nuovi casi di MA (fonte data base MA)  2. Almeno 30 soggetti per distretto con UVD, presa in carico, progetto personalizzato e individuazione Case Manager 31.12.2014
4. Promozione della partecipazione attiva, l'inclusione sociale e lo sviluppo di comunità nelle aree	Evidenziare e raccogliere le azioni di partecipazione di soggetti terzi promosse nei percorsi di cura e di salute	SSD Servizio Infermieristico Distrettuale (dirigente inf e referenti: MA Valmaura; MA Giarizzole; MA Grego; referenti	Report descrittivo presente al 31.12.2014

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
oggetto di intervento.		distrettuali: MA Soncini; MA Zindis)	
5. Promozione della salute attraverso interventi proattivi rivolti alla popolazione ad alto rischio delle Microaree in collaborazione con MMG	Attuazione di programma di screening del diabete di tipo 2 (prevenzione primaria) nella popolazione ad alto rischio delle Microaree: applicazione di un questionario validato atto a valutare il rischio di sviluppare diabete nella popolazione di Microarea. 1.1 Pre-screening ambulatoriale individuale o di massa tramite questionario validato da applicare alla popolazione di Microarea al fine di individuare soggetti a rischio di diabete 1 2 Esecuzione di glicemia ed emoglobina glicata nelle persone individuate ad alto rischio sulla base del questionario.	Referenti di Microarea Dott.ssa Ofelia Altomare  Dott.ssa Montesi  S.S. Centro Diabetologico Distretto 3	1.1 Somministrazione del questionario al 100% delle persone valutate con la Scheda di Fragilità delle MA con presenza di pluripatologie ma non con diabete noto.  1.2 Esecuzione di glicemia a digiuno e di emoglobina glicata nell'80% della popolazione individuata ad alto rischio sulla base del questionario in collaborazione con MMG.
6. Attivazione della nuova	Definizione dell'area e del contesto di riferimento;	Dott.ssa Ofelia Altomare	Documento analitico/descrittivo con dati di popolazione e di

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Microarea di Altura	definizione del piano di attività		contesto e azioni prioritarie (al 30.12.2014)
7. Monitoraggio dei cittadini comunitari croati e razionalizzazione del percorso per il rilascio del modello S1	1. Ricognizione dei cittadini comunitari croati già titolari dei modelli S1 afferiti al D3 2. Inoltro ai cittadini comunitari croati già iscritti al SSN in carico al D3 di un invito all'esperienza delle pratiche relative all'eventuale rinnovo, previo appuntamento, presso lo sportello amministrativo	Tutto il personale amministrativo	Invito a presentarsi in distretto per il rinnovo del modello S1 in scadenza a tutti i cittadini croati in possesso dei requisiti e appuntamento a tutti coloro che lo richiedono. 31.12.2014
8. PAL 2014 – Linea 1.3.4.8 In continuità con le azioni avviate negli anni precedenti, monitorare, verificare ed eventualmente sollecitare, l'utilizzo sistematico del sistema informativo SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del territorio del Distretto 3	Verifica: - 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	LivianaLoredan LorianaVigini Annamaria Biasutti	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 in merito all'utilizzo sistematico del sistema informativo SIRA. 31.12.2014

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>ciascun trimestre, dei report relativi alla presenza, ai movimenti degli ospiti e alle liste d'attesa prodotti trimestralmente a cura delle strutture residenziali convenzionate;</p> <p>- 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>		
<p>9. Miglioramento della risposta all'utenza e snellimento dei percorsi interni mediante l'aggiornamento degli operatori di tutte le strutture distrettuali sulle tematiche di carattere amministrativo maggiormente utilizzate</p>	<p>1. Analisi delle disposizioni normative vigenti disciplinanti le procedure amministrative maggiormente utilizzate in ambito distrettuale</p> <p>2. Predisposizione di un vademecum indirizzato agli operatori distrettuali riassuntivo delle procedure e dei percorsi da adottare</p>	<p>Tutto il personale amministrativo</p>	<p>Presenza del vademecum per almeno 5 percorsi ed utilizzo delle procedure indicate nello stesso</p> <p>31.12.2014</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>10. Linea n. 1.3.4.7 Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata</p>	<p>Valutazione dei bisogni assistenziali dei pazienti in carico ai servizi domiciliari distrettuali con la scheda di valutazione ValGraf versione essenziale 2012 e implementazione dei dati raccolti su sistema informativo.</p>	<p>Personale della S.S. Dipartimentale di Riabilitazione Distrettuale</p>	<p>Oltre il 70% dei pazienti in carico alla S.S. Dipartimentale. di Riabilitazione Distrettuale con PRI-SI per l'anno 2014 è valutato con scheda Val-Graf 31.12.2014</p>
<p>11. Linea n. 1.3.3.4 Assistenza protesica: Applicazione del Piano Regionale di revisione dell'assistenza protesica e ai regolamenti di attuazione adottati in Area Vasta</p>	<p>1. Formazione del personale delle S.S. Dipartimentale Riabilitazione Distrettuale: Il del personale partecipa ad almeno uno dei seguenti eventi formativi nell'ambito del tema "Assistenza protesica": d) Formazione sul programma SI3C e) Formazione sul campo su "Revisione dei regolamenti di ASS1/AOUTS di assistenza protesica" e produzione della nuova modulistica f) Formazione residenziale su nuovi regolamenti e procedure per assistenza protesica.</p> <p>2.</p>	<p>1. Personale della S.S. Dipartimentale di Riabilitazione Distrettuale Coll. Amm. Signora Annamaria Biasutti</p> <p>2. Personale della S.S.</p>	<p>Compilazione di almeno 30 proposte prescrittive secondo la nuova modulistica (Fonte: archivio in sede)</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Applicazione sperimentale del nuovo regolamento di “Assistenza Protesica” e sperimentazione della nuova modulistica con compilazione corretta delle proposte prescrittive	Dipartimentale di Riabilitazione Distrettuale	
12. Linea 1.3.4.1 Attuazione pianificazione locale nelle aree di integrazione sociosanitaria	Attuazione dell’obiettivo 4.4 dei PdZ 2013-2015 per l’area della disabilità	Personale Dirigente della S.S. Dipartimentale di Riabilitazione Distrettuale	Definizione del Progetto Individualizzato secondo la nuova modulistica ( PdZ ob.4.4) per tutte le persone con disabilità che a partire dal 1° marzo 2014 saranno valutati in sede di Equipe Multidisciplinare per l’Handicap Adulto.
13. PAL - Linea n. 1. 3.4.4 Salute Mentale Proseguire nel consolidare la Rete regionale di risposta ai Disturbi del Comportamento Alimentare (primo, secondo livello)	1. Gruppo di lavoro integrato tra il team diabetologico e il Punto di Accoglienza dei DCA per valutazione diagnostica e eventuale presa in carico congiunta dei pazienti con doppia diagnosi: diabete 1 o 2 e disturbo alimentare. 2. Per migliorare la motivazione al cambiamento dello stile di vita e	Nutrizionista: Dott. Beniamino Ciocchi Dietista: S. Cum  In collaborazione con Punto di Accoglienza dei Disturbi del Comportamento Alimentare: Dott. Gemma Cannata Dietista dei Centri Diabetologici: E. Del Forno	1. Selezione dei pazienti con diabete tipo 1 o 2 e disturbo alimentare e Invio al Punto di Accoglienza DCA secondo i criteri stabiliti nel protocollo già redatto. 2. Svolgimento di almeno 4 incontri di gruppo per pazienti con obesità associata a diabete e disturbo alimentare.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	ad assumere una corretta alimentazione si organizza un ciclo di incontri di gruppo a cadenza mensile rivolti esclusivamente a persone prese in carico.		Al 31/12/14
<p>14. Linea n.1.3.3.11 Diabete Fornire il necessario supporto alla definizione e attuazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali finalizzati all'implementazione delle migliori evidenze garantendo il coinvolgimento di tutti i professionisti interessati e successivamente provvedendo all'implementazione dei percorsi così definiti.</p>	<p>Corso di educazione terapeutica strutturata per pazienti con diabete tipo 1 in terapia insulinica con microinfusore per migliorare il self care nella gestione del microinfusore e della dieta utilizzando il metodo della conta dei carboidrati.</p>	<p>Dietista del Centro Diabetologico Distrettuale: Cum Silvana  Personale del Centro Diabetologico Distrettuale  In collaborazione con Elisa Del Forno (D4)</p>	<p>Progettazione e realizzazione di un corso (almeno 2 incontri) per i pazienti dei 4 Centri Diabetologici distrettuali in terapia insulinica con microinfusore e raccolta dei questionari di ingresso e di uscita  31/12/14</p>
<p>15. Linea n.1.3.3.11 Diabete Fornire il necessario supporto alla definizione e attuazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali finalizzati all'implementazione delle migliori evidenze garantendo il</p>	<p>Prevenzione e gestione delle complicanze del diabete. 1. Definizione di percorsi formativi condivisi con i coordinatori infermieristici distrettuali delle Residenze centrati sull'assistenza alla persona con</p>	<p>- Tutto il personale del CD - Coordinatore inf. Residenze di Distretto: Luigi Marrazzo Dietista del Centro Diabetologico Distrettuale: Cum Silvana  In collaborazione con Elisa Del Forno (D4)</p>	<p>Organizzazione ed effettuazione di almeno 2 incontri formativi sulla base dei bisogni formativi espressi dalle Strutture Protette del Distretto di riferimento su tematiche relative a:  - Gestione del diabete e delle sue complicanze nell'anziano</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
coinvolgimento di tutti i professionisti interessati e successivamente provvedendo all'implementazione dei percorsi così definiti.	diabete istituzionalizzata e finalizzati all'implementazione delle competenze del personale sanitario e non sanitario operante nelle Strutture Protette di Trieste e Provincia con l'obiettivo di migliorare la presa in carico della persona con diabete e la gestione del diabete e delle sue complicanze. 2. Organizzazione e attuazione di eventi formativi mirati rivolti al personale sanitario e non sanitario delle Strutture Protette di Trieste e Provincia..		istituzionalizzato - Alimentazione nella persona con diabete istituzionalizzata  31.12.2014
16. Linea n.1.3.3.11 Diabete Fornire il necessario supporto alla definizione e attuazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali finalizzati all'implementazione delle migliori evidenze garantendo il coinvolgimento di tutti i professionisti interessati e successivamente	1. Definizione e creazione di un PDTA in ambito di transizione del giovane con diabete. 1 .1 Organizzazione di una serie di incontri tra Centri Diabetologici Distrettuali di A.S.S. 1 e Struttura Diabetologica Pediatrica del Burlo finalizzati alla definizione e stesura di un PDTA per la	Responsabile CD (dott. Riccardo Candido) Tutto il personale del CD	1. Definizione e stesura del PDTA condiviso tra Centri Diabetologici Distrettuali di A.S.S. 1 e Struttura Diabetologica Pediatrica del Burlo 31.12.2014

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
provvedendo all'implementazione dei percorsi così definiti.	transizione del giovane con diabete dalla Struttura Diabetologica Pediatrica ai Centri Diabetologici Distrettuali di A.S.S. 1 1.2. Definizione e stesura del PDTA.		
	2. Definizione e creazione di un PDTA sul diabete gestazionale 2.1 Organizzazione di un incontro tra Centri Diabetologici Distrettuali di A.S.S. 1, Struttura di Ostetricia del Burlo e Consulteri di A.S.S. 1 per la definizione e condivisione di un PDTA sul diabete gestazionale. 2.2. Definizione e stesura del PDTA sul diabete gestazionale condiviso tra S.S. Centri Diabetologici Distrettuali, Struttura di Ostetricia del Burlo e Consulteri di A.S.S. 1 2.3. Attuazione del PDTA in tutte le	Responsabile CD (dott. Riccardo Candido) Tutto il personale del CD  In collaborazione con i ginecologi dei Consulteri	2.1,2. Definizione e stesura del PDTA sul diabete gestazionale condiviso tra Centri Diabetologici Distrettuali di A.S.S. 1 Struttura di Ostetricia del Burlo e Consulteri di A.S.S. 1 30.06.2014  2.3 Presa in carico ai Centri

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>donne con diabete gestazionale che afferiscono ai Centri Diabetologici Distrettuali</p>		<p>Diabetologici Distrettuali del 90% delle donne con diabete gestazionale segnalate dai ginecologi dei consultori secondo il PDTA definito e che acconsentono alla presa in carico. 31.12.2014</p>
	<p>3. Definizione e creazione di un PDTA tra i Centri Diabetologici Distrettuali ed il Sistema 118 per la presa in carico dei pazienti che hanno manifestato un episodio di ipoglicemia severa. 3.1. Definizione e creazione di un PDTA tra i Centri Diabetologici Distrettuali ed il Sistema 118 dell'A.S.S. 1 per la presa in carico dei pazienti che hanno manifestato un episodio di ipoglicemia severa. 3.2 Attuazione del PDTA con segnalazione da parte del Sistema 118 ai Centri</p>	<p>3.1. Responsabile del CD (dott. Riccardo Candido)  In collaborazione con il Sistema 118  3.2 . Tutto il personale del CD  In collaborazione con il Sistema 118</p>	<p>3.1. Definito e redatto un PDTA tra i Centri Diabetologici Distrettuali ed il Sistema 118 dell'A.S.S. 1 per la presa in carico dei pazienti che hanno manifestato un episodio di ipoglicemia severa. 30.6.2014 3.2. Presa in carico da parte dei Centri Diabetologici Distrettuali di tutti i pazienti che hanno avuto un episodio di ipoglicemia severa</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Diabetologici Distrettuali dei pazienti con diabete che hanno avuto un episodio di ipoglicemia severa e presa in carico dei pazienti che acconsentano ad un intervento educativo e di eventuale rivalutazione della terapia da parte dei Centri Diabetologici Distrettuali al fine di prevenire recidive ipoglicemiche.		segnalati dal Sistema 118 secondo PDTA e che acconsentono alla presa in carico. 31.12.2014
Linea n.1.3.3.11 Diabete 17. Fornire il necessario supporto alla definizione e attuazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali finalizzati all'implementazione delle migliori evidenze garantendo il coinvolgimento di tutti i professionisti interessati e successivamente provvedendo all'implementazione dei percorsi così definiti.	Presa in carico dei pazienti seguiti dal SERT per problemi chirurgici, prevalentemente di pertinenza vascolare. 1.1. Selezione ed invio da parte del SERT dei pazienti con lesioni acute e croniche, di pertinenza chirurgica, non in regime di emergenza per la presa in carico presso l'ambulatorio chirurgico sovradistrettuale del piede diabetico. 1.2 Incontri scadenziati tra SERT e amb. chirurgico, per la condivisione e discussione dei casi presi in carico.	Dott. Maurizio Ceschin  (ambulatorio chirurgico sovradistrettuale)	1.1 Invio per contatto diretto (telefono) tra i medici del SERT ed il dr. Ceschin, distaccato nel Distretto 2 e presa in carico di tutti i pazienti segnalati. 1.2 Organizzazione di almeno 2 incontri tra il personale dell'ambulatorio chirurgico sovradistrettuale del piede diabetico ed il personale del SERT per la condivisione e discussione dei casi inviati e presi in carico. 1.3 Trattamento del 100% dei

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>1.3 Trattamento dei pazienti segnalati in collaborazione con le branche specialistiche necessarie (Clinica Dermatologica, Chirurgia Plastica, Radiologia, Ortopedia e le Malattie Infettive)</p>		<p>pazienti inviati e presi carico. 31.12.2014</p>
<p>18. Linea 1.3.4.8 Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti (Progetto regionale di monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani)</p>	<p>Realizzazione di un audit presso la Casa Emmaus di Trieste e Casa di Riposo Comunale di Muggia secondo criteri e standard validati. L'audit effettuato sarà supportato da adeguata documentazione, seguendo le indicazioni declinate nel Manuale per il miglioramento della qualità all'interno delle strutture residenziali redatto dalla Direzione Centrale Salute, integrazione socio sanitaria e politiche sociali (versione 1.0-ottobre 2011)</p>	<p>SC Tutela Adulti e Anziani SSD Riabilitazione</p>	<p>Definizione del gruppo di lavoro e pianificazione progetto audit 30/04/2014: - 1 audit effettuato in Struttura Protetta Emmaus - 1 audit effettuato in Casa di Riposo Comunale di Muggia Report di audit presente. 31/12/2014</p>
<p>19. PAA n. 11.2 Promuovere lo sviluppo di comunità attraverso il</p>	<p>Collegamento all'obiettivo di presa in carico di soggetti fragili (obt n.1 - 30 per Distretto), selezionati mediante modulistica</p>	<p>Tutto il personale della SS Cura Ambulatoriali e Domiciliare</p>	<p>Partecipazione al 100% delle convocazioni UVD pervenute. Presa in carico con progetto personalizzato del 100% delle</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>programma Habitat-Microaree</p> <p>Sviluppo dell'integrazione sociosanitaria tra servizi attraverso azioni di sostegno, accompagnamento, presa in carico integrata di persone fragili residenti nelle microaree.</p>	<p>ad hoc, tra residenti di tutte le Microaree</p> <p>1. Partecipazione del personale della SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari alla UVD in tutti i soggetti fragili individuati nell'anno 2014 mediante apposita scheda</p> <p>2. Co-partecipazione alla stesura di progetto personalizzato con individuazione di case manager</p>		<p>situazioni di competenza</p> <p>31.12.2014</p>
<p>20.</p> <p>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>Realizzazione della presa in carico integrata (SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari – UOT 4 e Ambito 1.3) di persone con malattie cronico-degenerativa o in fase terminale e con problematiche socio-assistenziali attraverso la definizione del PAI applicando lo strumento "Budget di Salute"</p>	<p>Responsabile di SS Dott.ssa Montesi Cristina</p> <p>Responsabile Infermieristica SID Stembergher Vanessa</p> <p>Responsabile Infermieristica Ambulatoriale Brunetta Alessandra</p> <p>Tutto personale SS cure ambulatoriali e domiciliari</p>	<p>Presa in carico integrata di 10 soggetti affetti da patologia di durata o in fase terminale e con problematiche socio-assistenziali con budget di salute.</p> <p>31.12.2014</p>
<p>21.</p> <p>PAL- LINEA 1.3.4.7</p> <p>Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a</p>	<p>Sviluppo e consolidamento della presa in carico presso l'ambulatorio infermieristico distrettuale</p>	<p>Responsabile Infermieristico Cure Ambulatoriali</p> <p>Tutto il personale delle cure am-</p>	<p>1.</p> <p>Il 100% delle persone prese in carico dall'ambulatorio hanno un PAI (FONTE: SIASI)</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
supporto della presa in carico	Partecipazione degli infermieri dell'ambulatorio infermieristico distrettuale agli incontri di micro equipe di casi presi in carico congiuntamente con altri servizi	bulatoriali Responsabile di SS Dott.ssa Montesi Cristina	2. Partecipazione degli infermieri al 100% degli incontri di micro equipe per i casi con PAI con presenza di report conclusivo
22. PAL: Linea 1.2.4.1 Attuazione pianificazione locale nelle aree di integrazione sociosanitaria	Realizzazione della presa in carico integrata (SS Anziani e Residenze – UOT 4 e Ambito 1.3) di persone con malattie cronico-degenerativa o in fase terminale o con problematiche socio-assistenziali applicando lo strumento "Budget di Salute".	Dott.ssa Mazzoleni Barbara Responsabile Infermieristico Bertolissi Silva Responsabile Infermieristico Marrazzo Luigi	Presa in carico integrata di 10 soggetti affetti da patologia di durata o in fase terminale e con problematiche socio-assistenziali con budget di salute. (fonte: presenza delle schede ad hoc in sede) 31.12.2014
23. PAA n. 11.2 Promuovere lo sviluppo di comunità attraverso il programma Habitat-Microaree Sviluppo dell'integrazione sociosanitaria tra servizi attraverso azioni di sostegno, accompagnamento, presa in carico integrata di persone fragili residenti nelle microaree.	Collegamento all'obiettivo di presa in carico di soggetti fragili (obt n.1-30 per Distretto), selezionati mediante modulistica ad hoc, tra i residenti di tutte le Microaree 1. Partecipazione del personale della SS Anziani e Residenzialità alla UVD in tutti i soggetti fragili individuati nell'anno 2014 mediante apposita scheda 2. Co-partecipazione alla stesura	Tutto il personale della SS Anziani e Residenzialità	Partecipazione al 100% delle convocazioni UVD pervenute e presa in carico con progetto personalizzato del 100% delle situazioni di competenza 31.12.2014

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	di progetto personalizzato con individuazione di case manager		
<p>24. Linea 1.3.4.8 Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti Utilizzo sistematico dello strumento di VMD Val.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENeSys e SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio</p>	<p>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.</p>	<p>Tutto il personale della S.S. Anziani e Residenze</p>	<p>Presenza di report trimestrali che evidenzino verifiche ed eventuali solleciti ai sevizi residenziali e semiresidenziali per anziani convenzionati del proprio territorio 31.12.2014</p>
<p>25. Linea 1.3.4. 5 Il paziente con malattie cronico degenerative: continuità assistenziale</p>	<p>Creazione di rete e di presa in carico nel settore delle Demenze tramite applicazione del PDTA Demenze/Deterioramento cognitivo recentemente approvato ( vedi prot N 54697/GEN I.1.A del 18/11/2013)</p>	<p>Dott. Ghersetti Daria</p>	<p>Applicazione del PDTA approvato a tutti i nuovi casi eleggibili che afferiscono al CDDD di Distretto (Fonte: cartelle cliniche in sede) 31.12.2014</p>
<p>26. PAL 2014 (linea 1.3.2.1- Prevenzione delle malattie</p>	<p>1. Informazione alle donne nel post parto (CAN).</p>	<p>SC BADOF tutto il personale</p>	<p>L. Tutti i gruppi post parto hanno un incontro informativo sulle vaccinazioni</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>infettive e politiche vaccinali):  <i>mantenimento/ miglioramento delle coperture vaccinali</i> (3° dose esavalente; 1° dose MPR; Vaccinazione antivaricella: tassi da raggiungere al 31/12/2014</p> <p>3 dose Esavalente= 95,9%                      1 dose MPR = 90,5%                      Varicella nuovi nati = 50%</p>	<p>2.                      Partecipazione del personale coinvolto alla formazione concordata con DIP- PLS</p>		<p>entro il 2° mese di vita                      31.12.2014</p>
<p>27.                      PAL 2014 (Linea 1.3.4.3- salute Mentale): consolidamento della collaborazione tra gli attori della rete territoriale per gli “esordi” psicotici e affettivi e per altre forme di disagio/ sofferenza in adolescenza</p>	<p>1.                      Identificare e valutare, tra tutti i nuovi casi nel 2014 arrivati alla SCBADOF nella fascia d'età 15-25 soggetti con disagio psico relazionale.                      Attivazione approfondimento specialistico (NPI e CSM) se consenziente, quando ritenuto.</p> <p>2.                      Mantenimento del registro</p>	<p>SC BADOF tutto il personale</p> <p>1.                      dott.ssa N. Milos, dott. F. Bruni</p> <p>2.                      dott.ssa M. Stocchi</p>	<p>1.                      A tutti i nuovi casi in fascia d'età 15-25 che afferiscono alla SCBADOF per possibile patologia psichica o relazionale viene applicata la Check List Early Detection per la individuazione degli stati mentali a rischio o esordi psicotici ed avviata valutazione preliminare quando positiva, se consenzienti.                      100% di Stati Mentali ad Alto Rischio/ esordio segnalati alla NPI/ CSM se consenzienti</p> <p>2.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	specifico per la fascia di età 15-25, analisi dei dati e dei percorsi sui casi incidenti (nuovi casi 2014) e rilevazioni di eventuali criticità.		Aggiornamento del registro e report finale.  31/12/2014
28. Disabilità minori: valutazione e presa in carico integrata delle situazioni di minori con disabilità grave/ complessa	Avvio della valutazione e presa in carico integrata sociosanitaria per i minori con disabilità grave/ complessa ( fascia di età 3- 11 anni)	SS TSBA tutto il personale  Dott.ssa P. Abad	Tutti i nuovi casi 2014 con disabilità grave/ complessa sono valutati dalla SSTSBA ai fini dell'integrazione scolastica. Segnalazione agli ambiti comunali dei nuovi casi di disabilità grave/ complessa per avvio della presa in carico integrata  Registro dei casi di minori con disabilità in carico alla SSTSBA nel 2014 e analisi dei percorsi e delle criticità  31/12/2014
29. PAL 2014 (linea 1.3.2.4- Attività di promozione sensibilizzazione e formazione): prevenzione obesità e promozione della corretta nutrizione. <i>Promozione dell'allattamento al seno</i>	1. Informazione alle donne in gravidanza secondo <i>Check list prenatale</i> di gruppo entro le 34 settimane di età gestazionale (passo 3 BFCI) 2. Informazione alle madri/famiglie	SC BADOF 3 tutto il personale dott.ssa S. Olivo	1. 100% dei gruppi preparto (CAN pre) hanno ricevuto le informazioni contenute nella <i>Check list prenatale</i> entro la 34 settimana di gestazione 2. Tutte le coppie mamma bambino

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>nel post parto secondo <i>Check list postnatale</i> (passi 4 e 5 BFCI)</p> <p>3. Rilevazione modalità di alimentazione al momento della 2° vaccinazione</p> <p>4. Prosecuzione dell'attività formativa degli operatori sanitari secondo la definizione della politica aziendale</p>		<p>che accedono alla SCBADOF entro il 1° mese dalla nascita hanno le informazioni contenute nella <i>Check List Postnatale</i></p> <p>3. Compilazione delle schede dialimentazione alla 2° vaccinazione ed inserimento informatico (SIASI) nel 100%% dei casi.</p>
<p>30. PAL 2014 (Linea 11.3.2.7- altre attività di prevenzione): Meglio Sapere Tutto- la promozione dei comportamenti protettivi nella sfera delle relazioni affettive e sessuali: prevenire le MST, l'uso di sostanze ed altri comportamenti a rischio attraverso la metodologia della Peer Education Coordinamento del progetto Meglio Sapere Tutto</p>	<p>1. Pianificazione e valutazione della formazione dei Peer Educator reclutati nelle scuole aderenti al progetto</p> <p>2. Pianificazione e valutazione della formazione degli insegnanti delle scuole aderenti al progetto</p> <p>3. Pianificazione e valutazione degli interventi dei Peer Educator e degli insegnanti nelle classi target delle scuole aderenti al progetto</p>	<p>Dott.ssa M. V. Sola, Dott.ssa R. Ravelli</p>	<p>1. Completamento della formazione e report finale</p> <p>2. Completamento della formazione e report finale</p> <p>3. Verifica degli interventi svolti nelle classi da parte di insegnanti e Peer Educator: report delle attività e valutazione dell'impatto degli interventi 31/12/2014</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>31. Adempimenti derivanti dalla Legge 6 novembre 2012 n. 190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione” e dal D.Lgs 8 aprile 2013, n. 39 “Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell’articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190.”</p>	<p>Garantire l’applicazione delle norme in materia di incompatibilità degli incarichi dirigenziali in applicazione della disposizione interna di cui al prot. n. 26597/GEN.III.3.A6. -</p>	<p>Direttore di SO</p>	<p>Acquisizione ed inoltro all’Ufficio Comunicazione delle dichiarazioni di incompatibilità dei singoli dirigenti della Struttura entro il 30.06.14.</p>

**Distretto 4**

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Implementare un sistema complessivo aziendale di monitoraggio dell’attività</p>	<p>1. Ricognizione degli strumenti della Struttura di registrazione dati di attività e costi</p> <p>2.</p>	<p>Direttore Distretto Dirigente infermieristico Responsabile amministrativo</p>	<p>Produzione di report periodico contenente l’andamento degli elementi scelti e analisi critica dei fenomeni.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>Identificazione elementi significativi e intervalli logici di monitoraggio per ognuno.</p> <p>3. Produzione report periodico con evidenziazione eventuali scostamenti da risultato atteso e segnalazione criticità</p>		
<p>2. Riorganizzazione dei servizi territoriali e dell'offerta finalizzata al miglioramento della gestione nelle aree di integrazione sociosanitaria delle malattie croniche e della continuità assistenziale. I tre progetti si inseriscono nelle progettualità di PAL (linee 1.3.2.4; 1.3.2.7;1.3.4.3; 1.3.4.5) e negli obiettivi PDZ (6.1; 6.4; 7.1; 11.1)</p>	<p>1. Direzione dell'esecuzione del contratto relativo alla fornitura dei servizi di gestione, manutenzione e implementazione, in via sperimentale, dello sportello informativo integrato dedicato alle persone con disabilità, denominato progetto "TRIESTEABILE" e dei servizi di contrasto dell'esclusione sociale, telefonia sociale e punto d'ascolto permanente sul rischio suicidario, denominato "ex-Amalia – Telefono speciale" (del. n. 313 del 26/08/2013)</p> <p>2. Conduzione dei gruppi aziendali di coordinamento e operativi integrati (Distretti, Comune di</p>	<p>Direttore di Distretto Dr.ssa Emanuela Fragiacomò</p> <p>Direttore dell'esecuzione del contratto di fornitura dei progetti "TRIESTEABILE" "AMALIA – TELEFONO SPECIALE" (del. n. 313 del 26/08/2013)</p>	<p>Report di monitoraggio sul lavoro dei gruppi aziendali di coordinamento e operativi integrati (Distretti, Comune di Trieste, DSM, DDD) dei 3 progetti/servizi (TriesteAbile, Amalia, Telefono Speciale) e verifica sulla corretta esecuzione del contratto di fornitura dei 3 servizi : TriesteAbile, Amalia, Telefono speciale. 31.12.14</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Trieste, DSM, DDD) dei 3 progetti/servizi (TriesteAbile, Amalia, Telefono Speciale) con compiti di gestione e monitoraggio delle attività oggetto dell'appalto e di gestione di obiettivi e risorse destinate alla comunicazione sociale.		
3. Riorganizzazione dei servizi territoriali e dell'offerta finalizzata al miglioramento della gestione nelle aree di integrazione sociosanitaria delle malattie croniche e della continuità assistenziale Pal (linee 1.3.2.4;1.3.4.5) e negli obiettivi PDZ (7.1;11.1)	<p>Costituzione e supervisione di un gruppo di ricerca interdistrettuale al fine di analizzare gli eventi avversi a distanza di tempo negli utenti non presi in carico a seguito di una valutazione per continuità assistenziale in previsione di una dimissione ospedaliera, dimissione da RSA e dimissione dal Pronto Intervento Domiciliare.</p> <p>Analisi a distanza di tre e sei mesi degli esiti di salute (su specifici indicatori) delle persone non prese in carico dai servizi sanitari e sociosanitari post dimissione ospedaliera, post dimissione da RSA e post dimissione dal PID</p>	<p>Dirigente SSD Servizio Infermieristico Distrettuale</p> <p>Referente Tutela Salute Anziani</p> <p>Dr. Flavio Paoletti</p>	<p>Stesura Protocollo di ricerca Marzo 2014</p> <p>Report conclusivo di analisi ed eventuali proposte operative di revisione della procedura di presa in carico sociosanitaria 31.12.2014</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>4. PAA OB. 11.2 Promuovere lo sviluppo di comunità attraverso il programma Habitat-Microaree. Sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria tra servizi attraverso azioni di sostegno, accompagnamento, presa in carico integrata di persone fragili residenti nelle microaree.</p>	<p>1. Proseguimento nell'utilizzo delle schede di fragilità a tutte le nuove persone fragili 2014 per ogni MA 2. Valutazione UVM e conseguente progettazione di percorso personalizzato con individuazione di case manager con scheda di fragilità con score &gt;30</p>	<p>SSD Servizio Infermieristico Distrettuale Referenti microarea</p>	<p>1. 100% schede sui nuovi casi di MA (Fonte: data base di MA) 2. Valutati almeno 30 soggetti del distretto con scheda di fragilità &gt; 30 e predisposizione progetto personalizzato congiunto con SSC entro 31.12.2014</p>
<p>5. Promozione della partecipazione attiva, l'inclusione sociale e lo sviluppo di comunità nelle aree oggetto di intervento.</p>	<p>Definizione delle azioni di partecipazione di soggetti terzi nei percorsi di cura e di salute</p>	<p>SSD Servizio Infermieristico Distrettuale Referenti microarea</p>	<p>Report descrittivo presente entro il 31.12.2014</p>
<p>6. PAL Linea 1.3.4.8 Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti</p>	<p>In relazione al progetto regionale di monitoraggio e promozione della qualità all'interno delle residenze per anziani si procederà alla realizzazione di una visita di audit approfondita presso la Struttura Protetta Casa Bartoli sulla base di criteri e standard validati.</p>	<p>S.S. Anziani e Residenze</p>	<p>Adeguata documentazione sulla visita di audit effettuata presso la struttura protetta di riferimento territoriale (Struttura Protetta Casa Bartoli) seguendo le indicazioni declinate sul Manuale per il miglioramento della qualità all'interno delle strutture residenziali redatto dalla Direzione Centrale Salute, integrazione socio sanitaria e politiche sociali (versione</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			1.0 /ottobre 2011). 31/12/14
7. PAL Linea 1.3.4.8 Governo e ri-qualificazione 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-GENe-Sys e SIRA-FVG nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio.	S.S. Anziani e Residenze	Evidenza di un report comprendente le verifiche trimestrali e le eventuali sollecitazioni (trimestrali) ai sevizi residenziali e semiresidenziali per anziani convenzionati del proprio territorio in merito all'utilizzo sistematico dello strumento di VMD Vaf.Graf.-FVG e dei sistemi informativi e-GENe-Sys e SIRA. 31/12/14
8. PAL Linea 1.3.4.5 Il paziente con malattie cronico degenerative: continuità assistenziale.	Creazione di rete e di presa in carico nel settore delle Demenze tramite applicazione del PDTA Demenze/Deterioramento cognitivo recentemente approvato ( vedi prot N 54697/GEN I.1.A del 18/11/2013).	Dirigente S.S. Anziani e Residenze Dott. Carlo De Vuono	Applicazione del PDTA approvato in tutti i nuovi casi che afferiscono al CDDD per Distretto, al fine di implementare la rete di presa in carico nel settore delle demenze. 31/12/14
9. PAL – Linea 13.4.1 ATTUAZIONE E PIANIFICAZIONE LOCALE DELLE AREE DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA PAA n. 11.2	1. Partecipazione alle UVM per tutti i nuovi soggetti fragili residenti nelle Microaree individuati nell'anno 2014 mediante apposita scheda da cui emerga indicazione alla presenza in equipe di	SCTSAA D'Aliesio Marco Tulliani Alessandro SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari Dirigente e personale comparto	Compartecipazione alla stesura del 100% dei progetti personalizzati formalizzati a seguito UVM di cui al punto 1 ed presa in carico di tutti i casi con le modalità previste dal progetto personalizzato

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Promuovere lo sviluppo di comunità attraverso il programma Habitat-Microaree</p> <p>Sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria tra servizi attraverso azioni di sostegno, accompagnamento, presa in carico integrata di persone fragili residenti nelle microaree.</p>	<p>operatori della SCTSAA (vedi ss o c / personale )</p> <p>2.</p> <p>Partecipazione a stesura e realizzazione di progetto personalizzato con individuazione di case manager</p>		
<p>10.</p> <p>Linea PAL 1.3.4.7</p> <p>Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata</p>	<p>Consolidamento dell'utilizzo della classificazione ICD9-CM per la codifica della diagnosi dei pazienti in carico ai Distretti e l'uso di strumenti uniformi e validati per la valutazione del bisogno assistenziale, migliorando l'implementazione dei dati sul SIS-SR</p>	<p>SCTSAA</p> <p>D'Aliesio Marco</p> <p>Tulliani Alessandro</p> <p>SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari</p> <p>Dirigente e personale comparto</p> <p>Sid per i punti 1 e 2</p> <p>Ambulatori per il punto 1.</p>	<p>1.</p> <p>Codifica con ICD9-CM e caricamento dei dati sui sistemi informativi pertinenti delle diagnosi, maggiore del 90% dei pazienti con PAI presi in carico dalla SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari dal 1/1/2014</p> <p>2.</p> <p>Valutazione dei bisogni assistenziali, maggiore del 70% dei pazienti presi in carico dal SID dall'1/1/2014, con la scheda di valutazione Valgraf versione essenziale 2012 e implementazione dei dati raccolti su sistema informativo</p>
<p>11.</p>	<p>Aumento della disponibilità all'e-</p>	<p>Personale del comparto dell'am-</p>	<p>Numero polisonnografie eseguite</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Miglioramento dell'offerta diagnostica delle OSAS (Obstructive Sleep Apnea Syndrome)	secuzione delle polisonnografie presso il distretto 4, per gli assistiti di tutta la ASS1	bulatorio infermieristico distrettuale	nel 2014 non inferiore a 50 (nel 2013: 17 polisonnografie).
<p>12.</p> <p>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>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.</p> <p>Impiego e applicazione dei PDTA 2012 già approvati e validati (BPCO, diabete mellito e scompenso cardiaco), se indicato</p>	<p>SC TSAA</p> <p>Benazzi M.Teresa</p> <p>Tulliani Alessandro</p> <p>D'Aliesio Marco</p> <p>Predolin Franco</p> <p>Ruzzier Giorgio</p>	<p>Entro il 31.12.2014</p> <p>Presa in carico integrata di 15 soggetti affetti da patologia di durata o in fase terminale e con problematiche socio-assistenziali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stesura di progetto congiunto per ciascun assistito preso in carico</li> <li>- 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</li> <li>- Presenza di documentazione adeguata che dimostri la presa in carico integrata (e l'applicazione del relativo PDTA, se indicato) di 15 casi di assistiti affetti da malattia cronico-degenerativa o terminalità e con problematiche socio-assistenziali</li> </ul>
13.	1.	Responsabile CD (dr.ssa	Entro 31.12.2014 definizione e

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Linea n.1.3.3.11 Diabete Fornire il necessario supporto alla definizione e attuazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali finalizzati all'implementazione delle migliori evidenze garantendo il coinvolgimento di tutti i professionisti interessati e successivamente provvedendo all'implementazione dei percorsi così definiti.</p>	<p>Definizione e creazione di un PDTA in ambito di transizione del giovane con diabete. 1.1 Organizzazione di incontri tra Centri Diabetologici Distrettuali di A.S.S. 1 e Struttura Diabetologica Pediatrica del Burlo finalizzati alla definizione e stesura di un PDTA per la transizione del giovane con diabete dalla Struttura Diabetologica Pediatrica ai Centri Diabetologici Distrettuali di A.S.S. 1 1.2. Definizione e stesura del PDTA.</p>	<p>Elisabetta Caroli) Tutto il personale del CD</p>	<p>stesura del PDTA condiviso tra Centri Diabetologici Distrettuali di A.S.S. 1 e Struttura Diabetologica Pediatrica del Burlo</p>
	<p>2. Definizione e creazione di un PDTA sul diabete gestazionale 2.1 Organizzazione di un incontro tra Centri Diabetologici Distrettuali di A.S.S. 1, Struttura di Ostetricia del Burlo e Ginecologi dei Consultori di A.S.S. 1 per la definizione e condivisione di un PDTA sul diabete gestazionale.</p>	<p>2.1,2. Responsabile CD (dr.ssa Elisabetta Caroli)</p>	<p>2.1,2 Entro 31.07.2014 definizione e stesura del PDTA sul diabete gestazionale condiviso tra Centri Diabetologici Distrettuali di A.S.S. 1 Struttura di Ostetricia del Burlo e Ginecologi dei Consultori di A.S.S. 1</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>2.2 Definizione e stesura del PDTA sul diabete gestazionale condiviso tra S.S. Centri Diabetologici Distrettuali, Struttura di Ostetricia del Burlo e Ginecologi dei Consultori di A.S.S. 1</p> <p>2.3 Attuazione del PDTA in tutte le donne con diabete gestazionale che afferiscono ai Centri Diabetologici Distrettuali</p>	<p>2.3 Tutto il personale del CD</p>	<p>2.3 Al 31.12.2014 presa in carico ai Centri Diabetologici Distrettuali di tutte le donne con diabete gestazionale segnalate dai ginecologi secondo il PDTA definito e che hanno dato il consenso alla presa in carico.</p>
	<p>3. Definizione e creazione di un PDTA tra i Centri Diabetologici Distrettuali ed il Sistema 118 per la presa in carico dei pazienti che hanno manifestato un episodio di ipoglicemia severa.</p> <p>3.1. Definizione e creazione di un PDTA tra i Centri Diabetologici Distrettuali ed il Sistema 118 dell'A.S.S. 1 per la presa in carico dei pazienti che hanno manifestato un episodio di ipoglicemia</p>	<p>3.1. Responsabile del CD (dott.ssa Elisabetta Caroli)</p> <p>3.2 .</p>	<p>3.1 Entro il 30.6.2014 definizione e stesura di un PDTA tra i Centri Diabetologici Distrettuali ed il Sistema 118 dell'A.S.S. 1 per la presa in carico dei pazienti che hanno manifestato un episodio di ipoglicemia severa.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>severa. 3.2 Attuazione del PDTA con segnalazione da parte del Sistema 118 ai Centri Diabetologici Distrettuali dei pazienti con diabete che hanno avuto un episodio di ipoglicemia severa e presa in carico dei pazienti che acconsentano ad un intervento educativo e di eventuale rivalutazione della terapia da parte dei Centri Diabetologici Distrettuali al fine di prevenire recidive ipoglicemiche.</p>	<p>Tutto il personale del CD  In collaborazione con Sistema 118</p>	<p>3.2 Al 31.12.2014 presa in carico da parte dei Centri Diabetologici Distrettuali di tutti i pazienti che hanno avuto un episodio di ipoglicemia severa segnalati dal Sistema 118 secondo PDTA e che hanno acconsentito alla presa in carico.</p>
	<p>4. Prevenzione e gestione delle complicanze del diabete. a. Definizione di percorsi formativi condivisi con i coordinatori infermieristici distrettuali delle Residenze, centrati sull'assistenza alla persona con diabete istituzionalizzata e finalizzati all'implementazione delle competenze del personale sanitario e non sanitario operante nelle Strutture Protette di Trieste e Provincia</p>	<p>4. Dietista del CD: E. Del Forno  In collaborazione con Silvana Cum (D3)</p>	<p>4. Entro 31.12.2014 organizzazione ed effettuazione di almeno 2 incontri formativi itineranti sulla base dei bisogni espressi dalle Strutture Protette del Distretto di riferimento su tematiche relative a: - alimentazione nella persona con diabete istituzionalizzata</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	con l'obiettivo di migliorare la presa in carico della persona con diabete e la gestione del diabete .		
	5. Corso di educazione terapeutica strutturata per pazienti con diabete tipo 1 in terapia insulinica con microinfusore per migliorare il self care nella gestione del microinfusore e della dieta utilizzando il metodo della conta dei carboidrati.	5. Dietista del CD: E. Del Forno  In collaborazione con Silvana Cum (D3)	5. Progettazione e realizzazione di un corso articolato in almeno 2 incontri per i pazienti dei 4 Centri Diabetologici distrettuali in terapia insulinica con microinfusore e raccolta dei questionari di ingresso e di uscita. 31/12/14
14. PAL - Linea n. 1. 3.4.4 Salute Mentale Proseguire nel consolidare la Rete regionale di risposta ai Disturbi del Comportamento Alimentare (primo, secondo livello)	1. Gruppo di lavoro integrato tra il team diabetologico e il Punto di Accoglienza dei DCA per valutazione diagnostica e eventuale presa in carico congiunta dei pazienti con doppia diagnosi: diabete tipo 1 o 2 e disturbo alimentare. 2. Per migliorare la motivazione al cambiamento dello stile di vita e	Dietista del Centro Diabetologico E. Del Forno  In collaborazione con Silvana Cum (D3) Punto di Accoglienza dei Disturbi del Comportamento Alimentare: Dott.ssa G.Cannata Personale medico: Dott. B.Ciocchi	1. Selezione presso i centri diabetologici distrettuali dei pazienti con diabete tipo 1 o 2 e disturbo alimentare e Invio al Punto di Accoglienza DCA secondo i criteri stabiliti nel protocollo già redatto. 2. Svolgimento di almeno 4 incontri di gruppo per pazienti con obesità associata a diabete e

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	ad assumere una corretta alimentazione si organizza un ciclo di incontri di gruppo rivolti esclusivamente a persone prese in carico.		disturbo alimentare.  31/12/14
<p>15. Linea n. 1.3.3.1 Assistenza farmaceutica Obiettivo aziendale Contenimento della spesa farmaceutica territoriale e appropriatezza prescrittiva e assistenza integrativa</p>	<p>1. L'appropriatezza della terapia broncodilatatrice nei pazienti affetti da BPCO appare non ottimale. Viene Valutata la correlazione tra prescrizione della terapia broncodilatatrice e le linee guida GOLD nei pazienti che afferiscono all'ambulatorio Pneumologico ASS1 al fine di una eventuale azione di audit con i medici prescrittori (MMG e pneumologi)</p> <p>2. Esecuzione di una spirometria per verificare il grado di ostruzione bronchiale e la correlazione con le linee guida GOLD a trenta pazienti affetti da BPCO, afferenti all'ambulatorio pneumologico dei Distretti ASS1</p> <p>3. Verifica del prescrittore della te-</p>	<p>Dr Aureo Muzzi Pneumologo SC Tutela Adulti Anziani</p>	<p>Valutazione dell'appropriatezza terapeutica in 30 pazienti affetti da BPCO secondo le linee guida GOLD</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	rapia, MMG o specialista (dato anamnestico)		
<p>16. Linea 1.1.1.1 Aggregazioni di funzioni sanitarie per area vasta</p> <p>Obiettivo aziendale Attuare nuovi modelli organizzativi sanitari che consentano di aumentare l'efficienza e di valorizzare le competenze professionali specifiche</p>	<p>L'appropriatezza delle consulenze specialistiche pneumologiche non appare ottimale. Questa viene valutata attraverso le richieste del MMG, per i pazienti afferenti all'ambulatorio pneumologico dei Distretti ASS1 in rapporto alle indicazioni internazionali di consulenza specialistica pneumologia, al fine di un'eventuale azione di audit per migliorare l'adesione alle indicazioni internazionali e favorire i PDTA per le patologie pneumologiche.</p>	<p>Dr Aureo Muzzi Pneumologo SC Tutela Adulti Anziani</p>	<p>Definizione di un punteggio che definisca il grado di appropriatezza della terapia. Applicazione di questo punteggio per definire il grado di appropriatezza alle richieste dei MMG di visita pneumologia in 50 pazienti che afferiscono ai distretti ASS1.</p>
<p>17. PAL Linea n. 1.3.4.7 Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata</p>	<p>Valutazione dei bisogni assistenziali dei pazienti in carico ai servizi domiciliari distrettuali con la scheda di valutazione ValGraf versione essenziale 2012 e implementazione dei dati raccolti su sistema informativo.</p>	<p>Personale della S.S.D. Riabilitazione</p>	<p>Oltre il 70% dei pazienti in carico alle S.S.D. Riabilitazione con PRI-SI per l'anno 2014 è valutato con scheda Val-Graf come indicato nel PAL 2014</p>
<p>18. PAL Linea n. 1.3.3.4 Assistenza protesica: Applicazione del Piano</p>	<p>1. Formazione del personale delle S.S. Dipartimentale Riabilitazione Distrettuale: Il del personale</p>	<p>Personale della S.S. Dipartimentale di Riabilitazione Distrettuale</p>	<p>Produzione nuova modulistica di assistenza protesica concordata con AOUTS. Sperimentazione della modulisti-</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Regionale di revisione dell'assistenza protesica e ai regolamenti di attuazione adottati in Area Vasta</p>	<p>partecipa ad almeno uno dei seguenti eventi formativi nell'ambito del tema "Assistenza protesica":</p> <p>g) Formazione sul programma SI3C</p> <p>h) Formazione sul campo su "Revisione dei regolamenti di ASS1/AOUTS di assistenza protesica" e produzione della nuova modulistica</p> <p>i) Formazione residenziale su nuovi regolamenti e procedure per assistenza protesica.</p> <p>2. Applicazione sperimentale del nuovo regolamento di "Assistenza Protesica" e sperimentazione della nuova modulistica con compilazione corretta delle proposte prescrittive</p>		<p>ca con compilazione di almeno 30 proposte prescrittive.</p>
<p>19. PAL Linea n. 1.3.4.1 Attuazione pianificazione locale nelle aree di integrazione sociosanitaria</p>	<p>Attuazione dell'obiettivo 4.4 dei PdZ 2013-2015 per l'area della disabilità</p>	<p>Personale Dirigente della S.S.D. Riabilitazione Dott.ssa A. Giovagnoli Dott.ssa L. Santoro Dott. C. Stea</p>	<p>Definizione del Progetto Individualizzato secondo la nuova modulistica ( PdZ ob.4.4, ob. 6.1) nel 100% delle persone con disabilità, a partire dall'avvio del nuo-</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>20. PAL 2014 (linea 1.3.2.1- Prevenzione delle malattie infettive e politiche vaccinali): mantenimento/ miglioramento delle coperture vaccinali (3° dose esavalente; 1° dose MPR; Vaccinazione anti-varicella: tassi da raggiungere al 31/12/2014</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 dose Esavalente= 95,9%</li> <li>• 1 dose MPR = 90,5%</li> <li>• Varicella nuovi nati = 50%</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informazione alle donne nel post parto (CAN)</li> <li>2. Partecipazione del personale coinvolto alla formazione concordata con DIP- PLS</li> </ol>	<p>Tutto il personale della SC BA-DoF</p>	<p>vo protocollo, saranno valutati in sede di Equipe Multidisciplinare per l'Handicap Adulto</p> <p>Tutti i gruppi post parto hanno un incontro informativo sulle vaccinazioni entro il 2° mese di vita</p>
<p>21. PAL 2014 (linea 1.3.2.4- Attività di promozione sensibilizzazione e formazione): prevenzione obesità e promozione della corretta nutrizione. Promozione dell'allattamento al seno</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informazione alle donne in gravidanza secondo Check list prenatale di gruppo entro le 34 settimane di età gestazionale (passo 3 BFCI)</li> <li>2. Informazione alle madri/famiglie nel post parto secondo Check list</li> </ol>	<p>SC BADOF tutto il personale</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 100% dei gruppi preparto (CAN pre) hanno ricevuto le informazioni contenute nella Check list prenatale entro la 34 settimana di gestazione</li> <li>2. compilazione della check list post natale per tutte le coppie</li> </ol>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	postnatale (passi 4 e 5 BFCI): <ul style="list-style-type: none"> <li>• nei gruppi post parto</li> <li>• nell'accoglienza mamma-bambino</li> </ul> 3. Rilevazione modalità di alimentazione al momento della 2° vaccinazione		Mamma/Bambino consenzienti che accedono ai servizi della SCBADoF nel post parto entro il 1° mese di vita ; (31.12.2014) 3. Compilazione delle schede di alimentazione alla 2° vaccinazione ed inserimento informatico (SIASI) nel 100% dei casi (31.12.2014)
22. Riorganizzazione dei percorsi di accoglienza, valutazione e presa in carico dei casi complessi della SCBADoF	1. Analisi e discussione nell'équipe integrata di SC dei casi complessi su cui si è sperimentata la procedura (PDTA definiti congiunti) nel 2013 e individuazione delle criticità di processo con eventuali modifiche ai PDTA elaborati. 2. Applicazione dei PDTA congiunti definiti alle situazioni che accedono nel 2014 alla SC di cui si tiene registro.	Responsabile della SSTSBA Cosetta Ceschia Responsabile della SSCF dott. M. Alessandra Carraro	1. Ratifica o eventuale modifica dei PDTA entro il 30.09.2014 e applicazione dal 01.10.2014 a tutte le famiglie oggetto del PDTA che acconsentono
23. Prosecuzione del percorso di Omogeneizzazione dei PDTA attraverso il miglioramento	1. Identificazione e prima valutazione tra tutti i nuovi casi giunti all'accoglienza delle due	Tutto il personale della SCBADoF dott.ssa Stefania Zoia	1. A tutti i nuovi casi in fascia d'età 15-25 che afferiscono alla Struttura Complessa per

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>dell'intercettazione precoce di adolescenti e giovani adulti con stati mentali a rischio o esordio psicotico e il consolidamento dei processi di integrazione tra DSM, distretti, NPI dell'IRCCSS Burlo Garofolo. Consolidamento della collaborazione tra gli attori della Rete territoriale (Dipartimenti di Prevenzione, Dipendenze, Salute mentale, Servizi di salute mentale dell'età evolutiva, Consultori, MMG, PLS, per gli "esordi" psicotici e affettivi e per altre forme di disagio/sofferenza nell'adolescenza(ripresa/recovery)</p> <p>Linea n. :1.3.4.3 salute mentale</p>	<p>SS per problemi psichici o relazionali nel 2014 nella fascia d'età 15-25 dei soggetti con potenziali stati mentali ad alto rischio o esordio psicotico secondo le modalità previste dal protocollo aziendale</p> <p>2. Segnalazione al CSM di competenza dei soggetti consenzienti con stati mentali a rischio o esordio psicotico se adulti , attivazione NPI Burlo e/o CSM e altri attori della rete territoriale se minori, acquisito il necessario consenso per valutazione integrata e presa in carico.</p> <p>3. Revisione del protocollo 2011</p>		<p>problemi psichici o relazionali consenzienti viene applicata la Check List di Early Detection per la individuazione degli stati mentali ad alto rischio o esordi psicotici.</p> <p>Tutti i nuovi casi della fascia 15-25 positivi alla Check List, consenzienti hanno una prima valutazione clinica attraverso strumenti condivisi individuati nel Protocollo.</p> <p>2. Tutti i nuovi casi della fascia 15-25 positivi alla Check List, risultati stati mentali a rischio o esordi psicotici se consenzienti adulti vengono segnalati per un approfondimento valutativo integrato al CSM, se minori, acquisiti i necessari consensi, vengono attivati NPI Burlo e/o CSM con eventuale coinvolgimento di altri attori della rete previsti nel PDTA a seconda dei bisogni evidenziati.</p> <p>3.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>24. Disabilità minori: valutazione integrata delle situazioni di minori con disabilità grave/complessa nella fascia di età 6-11 anni</p>	<p>Avvio della valutazione integrata sociosanitaria per i minori in carico alla SSTSBA nella fascia 6-11 anni cui nel 2014 é stata riconosciuta una disabilità grave/complessa (L.104/92 art. 3 comma 3)</p>	<p>Tutto il personale della SSTSBA  dott.ssa Linda Puzzer dott.ssa Sara Frisari</p>	<p>Revisione del protocollo</p> <p>Registro dei casi di minori in carico alla SSTSBA cui nel 2014 viene riconosciuta disabilità grave/complessa (L.104/92 art. 3 comma 3). Predisposizione della valutazione integrata sociosanitaria in tutti i casi di minori in carico alla SSTSBA cui nel 2014 viene riconosciuta disabilità grave/complessa (L.104/92 art. 3 comma 3). Analisi dei percorsi e delle criticità. 31/12/2014</p>
<p>25. Miglioramento della presa in carico riabilitativa dei minori con handicap grave in carico alla ASS n.1</p>	<p>1. Rivalutazione dei minori in carico alle SSTSBA dell'ASS n.1 con Handicap Grave ridefinendo il programma riabilitativo fisioterapico con chiari obiettivi, pre-requisiti, modalità operative e tempi di verifica secondo le Linee Guida della Riabilitazione Infantile 2. Condivisione del programma</p>	<p>dott.ssa Cristina Rumer</p>	<p>Almeno <b>20 casi</b> con handicap grave in carico alle SSTSBA viene rivalutato dalla fisiatra Viene inserito in cartella un programma riabilitativo fisioterapico dettagliato e chiaro su obiettivi, modalità operative e tempi di verifica condiviso con la famiglia</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	riabilitativo fisioterapico con la famiglia		
<p>26.                      Mantenimento dell'azione di controllo, già definita e messa in atto con la procedura del 2013, relativamente al corretto inserimento e del successivo controllo delle:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prestazioni aggiuntive MMG (allegato D dell'ACN 23.3.05) e PLS (allegato B dell'ACN 15.12.05 e AIR 11.3.11);</li> <li>- prestazioni domiciliari MMG (art. 53 dell'ACN 23.3.05);</li> <li>- prestazioni Progetto Salute Infanzia PLS (allegato L dell'AIR 11.3.11);</li> </ul> <p>dei medici afferenti al Distretto 4.</p>	<p>1.                      Utilizzo delle procedura messa in atto per il controllo preventivo e successivo l'inserimento di tutte le prestazioni extra dei MMG e dei PLS</p> <p>2.                      Verifica a campione nel 2014 delle prestazioni inserite mediante l'utilizzo delle 4 diverse schede già approntate (2 per MMG e 2 per PLS) relativamente alle prestazioni domiciliari (MMG), aggiuntive di cui agli allegati D e B degli ACN (MMG e PLS) e del Progetto Salute Infanzia (PLS)</p> <p>3.                      Predisposizione di report trimestrali sull'andamento delle verifiche post inserimento eseguite.</p> <p>4.                      Eventuale aggiornamento della procedura a fronte di modifica-</p>	<p>Tutto il personale amministrativo del Distretto 4.</p>	<p>Predisposizione ed invio al Direttore di Distretto di 3 report relativi al 2014 che evidenzino i controlli effettuati, le eventuali difformità riscontrate e la messa in atto di interventi correttivi</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	zione e/o integrazione dei testi contrattuali (nazionali e regionali) vigenti.		
<p>27. Analisi delle attività relative all'acquisizione mediante gara ad evidenza pubblica e al riciclo dei dispositivi di assistenza protesica, finalizzato a rendere evidente la spesa relativa</p>			<p>Analisi delle attività relative all'acquisizione mediante gara ad evidenza pubblica e al riciclo dei dispositivi di assistenza protesica, finalizzato a rendere evidente la spesa relativa</p>
<p>28. Facilitare l'iter complessivo delle missioni per aggiornamento del personale del Distretto 4, al fine di gestire al meglio il budget distrettuale della formazione</p>	<p>1. Esame dei testi vigenti (normativa in materia e regolamento aziendale). 2. Definizione e stesura di una metodologia in apposito vademecum, da utilizzarsi in tutte le strutture distrettuali, relativamente alle pratiche amministrative delle missioni per aggiornamento dei dipendenti. 3. Creazione di un data base delle richieste, autorizzazione e chiusure (complete dei relativi costi stimati) relativo alle missioni per</p>	<p>P.O. Gestione servizi amministrativi del Distretto 4 e personale incardinato nella Segreteria del Distretto.</p>	<p>Predisposizione della procedura – vademecum da rendere nota in sede di Riunione di Distretto e successivamente da inviare via mail ai referenti delle Strutture. Utilizzo del data base di cui al punto 3 per tutte le richieste di missione autorizzate dalla Direzione distrettuale entro la data del 15.12.2014.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>29. Verifica annuale della persistenza dei requisiti per l'iscrizione obbligatoria al SSR dei cittadini comunitari, ai sensi del punto 1. del paragrafo 2.1 dell'Accordo Stato Regioni dd. 20.12.2012 recante indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera, recepito con DGR n. 1147 dd. 28.6.13</p>	<p>aggiornamento del Distretto 4.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Individuazione delle tipologie di iscrizioni del 2014 al SSR di lavoratori comunitari subordinati o autonomi con contratto a tempo indeterminato che potrebbero risultare improprie a seguito della decadenza del diritto (es. per fine contratto).</li> <li>2. Predisposizione di un elenco dei soggetti individuati.</li> <li>3. Individuazione di una tipologia di comunicazione ai soggetti di cui al punto 1. al fine di contattarli per verificare la sussistenza del diritto (es. contratto di lavoro in essere).</li> <li>4. Invio della convocazione presso gli sportelli amministrativi del distretto.</li> <li>5. Effettuazione del controllo della validità dell'iscrizione al momen-</li> </ol>	<p>Personale amministrativo addetto allo sportello</p>	<p>Predisposizione dell'elenco di cui al punto 2 (per i primi III trimestri del 2014). Predisposizione del testo di convocazione (punti 3 e 4). Entro il 31.12.2014 predisposizione report riepilogativo di cui al punto 7 (per i primi III trimestri del 2014).</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>to della convocazione.</p> <p>6. Eventuale cancellazione dei non aventi diritto.</p> <p>7. Predisposizione di idoneo report contenente il n. di soggetti da controllare, il n. di convocazioni inviate e le eventuali modifica apportate.</p>		
<p>30. Ampliamento del numero delle pratiche di fatturazione dei crediti "al costo" per prestazioni sanitarie fruite nel 2013 in Italia, da parte di determinate categorie individuate nel successivo punto 1, di residenti nell'ambito territoriale dell'ASS1, al fine di incrementare il più possibile il volume dei crediti rispetto alla precedente gestione forfettaria delle fatturazioni.</p>	<p>1. Individuazione degli utenti, residenti nella provincia di Trieste, rientranti nelle fattispecie interessate (pensionati dell'UE e loro familiari, già titolari di E121/S1, e familiari di lavoratori occupati in altro stato UE, titolari di E109/S1).</p> <p>2. Rilevazione delle prestazioni fruite (ricoveri, specialistica ambulatoriale, quote MMG e PLS, spesa farmaceutica, cure termali, farmaci a somministrazione diretta, ogni altra prestazione fatturabile nell'ambito dei Regolamenti eu-</p>	<p>Tutto il personale incardinato nell'Ufficio Convenzioni Internazionali</p>	<p>Completamento del lavoro nel modo seguente: Azioni dalla n. 1 alla n. 5: Per il I semestre 2013 entro il 20.05.2014 Per il II semestre 2013 entro il 20.11.2014 Azione n. 6: entro il 31.12.2014.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>ropei) finalizzata alla successiva fatturazione dei crediti da dati provenienti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- da ASS1 (prestazioni ambulatoriali e spesa farmaceutica);</li> <li>- da strutture sanitarie accreditate e/o convenzionate;</li> <li>- rilevabili direttamente da SIASI per gli assistiti già presenti a sistema.</li> </ul> <p>3. Creazione delle relative fatture nel sistema regionale SIASI.</p> <p>4. Inserimento delle fatture nell'apposito applicativo ministeriale ASPE (attraverso un file creato "ad hoc" da parte dell'INSIEL, o direttamente nel programma ministeriale).</p> <p>5. Inoltro delle fatture alla Regione tramite applicativo ASPE.</p> <p>6. Creazione di due prospetti riepilogativi, suddivisi in semestri,</p>		

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	delle fatture emesse nel 2014 e relative alle prestazioni dell'anno 2013.		
<p>31. Migliorare la fruibilità delle cure programmate all'estero, da sottoporre al parere della preposta Commissione Regionale, degli utenti residenti nella Provincia di Trieste, attraverso una mirata informazione all'utenza e preventiva conoscenza delle condizioni per accedere alle cure stesse.</p>	<p>1. Individuazione della documentazione necessaria diversa a seconda dello stato (se in paese convenzionato o meno) e della natura della struttura estera (e se struttura pubblica o privata non convenzionata) da presentare all'Ufficio Convenzioni Internazionali, al fine della successiva approvazione in sede di Commissione Regionale;</p> <p>2. Predisposizione di una <i>check list</i> per ognuna della fattispecie previste (assistenza in regime convenzionale – <i>forma diretta</i> – assistenza in forma indiretta – <i>rimborso</i> -) da consegnare all'utente al momento del primo contatto con l'Ufficio, contenente l'indicazione dettagliata di tutta la documentazione necessaria (eventuale preventivo di spesa, certifica-</p>	<p>Tutto il personale incardinato nell'Ufficio Convenzioni Internazionali</p>	<p>Completamento del lavoro nel modo seguente: Punti 1, 2, 3 e 4 entro il 31.07.2014 con pubblicazione dei fac-simili sul sito istituzionale dell'ASS 1. Punti 5 e 6 entro il 31.12.2014.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>zione sulla natura della struttura sanitaria, certificazione specialistica, ecc.) da accludere alla domanda di invio in cura;</p> <p>3. Predisposizione di uno schema relativo alle modalità di riconoscimento delle spese sanitarie aggiuntive (es. trasporto, viaggio, eventuale soggiorno) se dovute (a seconda della situazione reddituale);</p> <p>4. Predisposizione di un modello di cedola da far firmare all'utente per la presa visione e ricevuta del materiale informativo consegnato;</p> <p>5. Utilizzo della documentazione di cui ai punti n. 2, 3 e 4;</p> <p>6. Produzione di appositi <i>report</i> riepilogativi dell'attività svolta.</p>		
32. Verificare qualità e costi dei servizi di trasporto dei soggetti dia-	Raccogliere ed esaminare i dati relativi alle prestazioni effettuate , l'organizzazione , la	Ass.soc. dott.ssa Gianna Fedola	Report trimestrale da inviare al Direttore di Distretto in merito alla revisione della qualità e dei costi

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
lizzati con ambulanze e pulmini in previsione delle nuove gare di appalto per l'effettuazione di tali attività.	qualità dei trasporti.		dei servizi di trasporto dializzati in previsione delle nuove gare d'appalto
33. Effettuare verifiche sulle condizioni di vita dei soggetti trapiantati cardiaci ed in attesa di trapianto residenti nei 4 Distretti Sanitari al fine di individuare ed intervenire su situazioni di disagio che potrebbero ostacolare il percorso terapeutico	Riesaminare la situazione familiare/sociale/ambientale di n.23 soggetti	Ass.soc. dott.ssa Gianna Fedola	Aggiornamento ed adeguamento dei percorsi assistenziali dei 23 soggetti esaminati.
34. Adempimenti derivanti dalla Legge 6 novembre 2012 n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" e dal D.Lgs 8 aprile 2013, n. 39 "Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 no-	Garantire l'applicazione delle norme in materia di incompatibilità degli incarichi dirigenziali in applicazione della disposizione interna di cui al prot. n. 26597/GEN.III.3.A6. -	Direttore di SO	Acquisizione ed inoltro all'Ufficio Comunicazione delle dichiarazioni di incompatibilità dei singoli dirigenti della Struttura entro il 30.06.14.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
vembre 2012, n. 190.”			

## Dipartimento di Salute Mentale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Marketing sociale: partecipazione al censimento regionale realizzato dall'Area Welfare, finalizzato all'implementazione delle informazioni inserite nel portale regionale dei giovani.</p> <p><b>Linea n 1.3.2.4 Attività di promozione sensibilizzazione e formazione</b></p>	<p>1.1. Costruzione dei materiali da inserire nel sito per la parte di competenza del DSM</p> <p>1.2. Collegamento dal portale regionale dei giovani al sito - gestito da Televita - rivolto a tardo adolescenti e giovani adulti.</p>	<p>Coordinamento DSM Rausa A. CSM Barcola Rausa A. CSM Maddalena Berna G. CSM Domio Calligaris D. CSM Gambini Rippa A. <i>In collaborazione con DDD, SC BADOFF, DIP</i></p>	<p>1.1. - 1.2. Sezione aggiornata con materiale di competenza del DSM nel portale <a href="http://www.giovani.fvg.it">www.giovani.fvg.it</a></p>
<p>2. <b>Contrasto alla fragilità e prevenzione del rischio di autolesionismo e suicidio negli adolescenti</b></p> <p>Collaborazione – secondo le indicazioni regionali – tra Dipartimenti di Dipendenze, Dipartimenti di Salute Mentale, Neuropsichiatria Infantile, Consultori, Dipartimenti di Prevenzione, per la stesura di protocolli congiunti finalizzati al riconoscimento pre-</p>	<p>2.1. Avvio sito WEB dedicato promosso da ASS 1 (DSM, DDD, Consultori/SSTSBA, DIP) in collaborazione con società Televita.</p> <p>2.2. Ripresa dell'attività di monitoraggio trimestrale delle condotte suicidarie.</p>	<p>Coordinamento DSM Oretti A., Berna G. CSM Barcola Rausa A. CSM Maddalena Berna G. CSM Domio Bertossi F.. CSM Gambini Rippa A.</p>	<p>2.1. Inserimento DSM nel nuovo sito Web.</p> <p>2.2. Pubblicazione monitoraggio trimestrale condotte suicidarie.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>coce delle situazioni a rischio.  <b>Linea n 1.3.2.7 Altre attività di prevenzione</b></p>		<p><i>In collaborazione con DDD, Consulitori/SSTSBA, DIP</i></p>	
<p>3.                      Definizione di modalità e strategie di integrazione in ambito di area vasta per i servizi afferenti all'area degli adulti e dell'età evolutiva per recuperare e riconvertire le risorse destinate a interventi nei servizi psichiatrici e nei servizi di salute mentale dell'età evolutiva.  <b>Linea n. 1.3.4.3: Salute mentale</b></p>	<p>3.1.                      Individuato il gruppo di lavoro.                      3.2.                      Analisi delle fughe 2009 – 2013 (DRG 430).                      3.3.                      Rivalutazione dell'appropriatezza del ricovero delle persone dimesse con un DRG 430 dalle case di cura convenzionate delle regioni limitrofe.                      3.4.                      Questionario telefonico somministrato ai MMG e/o specialista.                      3.5.                      Analisi delle motivazioni che hanno indotto il prescrittore a rivolgersi a strutture ospedaliere extra regionali.                      3.6.                      Comunicazione ai prescrittori relativa all'attività di valutazione offerta nel presidio distrettuale di salute mentale e dalla rete dei</p>	<p>Coordinamento DSM                      Bicego L.                      CSM Barcola                      Santoro F.                      CSM Maddalena                      Botter V.                      CSM Domio                      Tirone G.                      CSM Gambini                      Landucci S.</p>	<p>3.1. – 3.6.                      Valutazione dell'appropriatezza dell'invio nelle case di cura convenzionate delle persone dimesse con il DRG 430 nel periodo 2009 – 2013</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>4. Consolidamento della collaborazione tra gli attori della Rete territoriale (Dipartimenti di Prevenzione, Dipendenze, Salute mentale, Servizi di salute mentale dell'età evolutiva, Consultori, MMG, PLS, per gli "esordi" psicotici e affettivi e per altre forme di disagio/sofferenza nell'adolescenza (ripresa/recovery) <b>Linea n. 1.3.4.3: Salute mentale</b></p>	<p>servizi di salute mentale (sito).</p> <p>4.1.1. Miglioramento dei percorsi di cura orientati alla ripresa/recove-ry, e consolidamento dei proces-si di integrazione tra DSM, servi-zi di NPI territoriali e ospedalieri, PLS, MMG, Servizi Sociali, Di-stretti sanitari, anche con l'even-tuale apporto di associazionismo e stakeholders, finalizzate al rico-noscimento precoce degli esordi di patologie psichiatriche, delle situazioni di fragilità e di rischio suicidario.</p> <p>4.1.2. Evidenza di valutazione integra-ta, nella fascia d'età 15 – 25, dei nuovi casi già valutate come ne-cessitanti di un percorso di ap-profondimento dai rispettivi servi-zi di accesso.</p> <p>4.2. Pubblicazione bilingue degli opu-scoli dedicati i MMG – PLS e alle scuole.</p> <p>4.3.</p>	<p>Coordinamento DSM Mezzina R. CSM Barcola Rausa A., Goffredo. M., Germano C., CSM Maddalena Berna G., Barnafi S., Colomban S., Lo Nigro G., Mortl E., Tensi L. CSM Domio Calligaris D., Giust T. CSM Gambini Colucci M., Rippa A., Battiston C., Tomei M. SAR Ridente P. SPDC Barberio A. Direzione DSM Cecchini P., Muha M.</p>	<p>4.1.1. Valutazioni integrate nella fascia d'età 15 – 25 nei nuovi casi del 2014 segnalati con esordio o sta-ti mentali a rischio.</p> <p>4.1.2. Rivalutazione del protocollo tra DSM e Distretti in relazione alle nuove evidenze riscontrate.</p> <p>4.2. Produzione e distribuzione delle brochure ai MMG – PLS ed alle scuole.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>Avvio sito WEB dedicato e a giovani tardo adolescenti e adulti promosso da ASS 1 (DSM, DDD,Consultori/SSTSBA, DIP) in collaborazione con società Tele-vita.</p> <p>Il sito fornirà informazioni sulle tipologie dei disturbi che possono interessare la popolazione target.</p> <p>4.4</p> <p>Revisione (richiesta al CCOMS di Trieste) del Suicide World Report, WHO 2014</p>	<p>In collaborazione con DDD, SC BADOFF, DIP, MMG, PLS</p>	<p>4.3. Contenuti DSm disponibile sul sito attivato</p> <p>4.4 Invio di parere ed eventuali integrazioni al WHO</p>
<p>5. Consolidamento dei programmi per la dimissione dagli OPG e al loro definitivo superamento. <b>Linea n. 1.3.4.3: Salute mentale</b></p>	<p>5.1. Garantire:</p> <p>a. diagnosi, cura e riabilitazione per le persone carcerate all'esordio o già note ai servizi di salute mentale attraverso gli interventi del gruppo di lavoro trasversale dedicato al carcere.</p> <p>b. progetti terapeutico riabilitativi personalizzati (con eventuale Budget Individuale di Salute per evitare l'invio in OPG in persone sottoposte a misure</p>	<p>Coordinamento DSM Oretti A. CSM Barcola Cella L., Clarot A., Peressutti P., Ruzzier P., F. Santoro CSM Maddalena Schilirò M., Botter V., Buzzoni, N., Buzzurro G., B. Capodiecì, Mörtl E., Muggia I., Tensi L., Zolli P. CSM Domio Calligaris D., Carmignani M., Bertoni S., Depaulis G. CSM Via Gambini</p>	<p>5.1. Per mantenere i risultati raggiunti sono attivati almeno 2 progetti terapeutico riabilitativi personalizzati – eventualmente sostenuti da Budget Individuale di Salute.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>di sicurezza).</p> <p>c. Attivazione di progetti specifici per il reinserimento sociale di persone internate in OPG.</p>	<p>Colucci M., Frattini L., Marcellini M., Marcocci B., Sau. R., S. Stanic                      SPDC                      Babich D., Barberio A., SAR                      Barnabà M.,                      Direzione DSM                      Brugnera P., Filippi M.,</p>	
<p>6.                      Proseguimento nel consolidamento della Rete regionale di risposta ai Disturbi del Comportamento Alimentare (primo, secondo livello).  <b>Linea n. 1.3.4.3: Salute mentale</b></p>	<p>6.1                      Garantire la continuità dei progetti personalizzati fino all'età adulta.</p> <p>6.2.                      Formalizzazione delle collaborazioni tra servizi territoriali e ospedalieri.</p> <p>6.3.                      Potenziamento dei servizi territoriali finalizzati a garantire progressivamente l'accoglienza semiresidenziale ove opportuno.</p>	<p>Coordinamento DSM                      Cannata G.                      Referenti CSM e SAR                      CSM Barcola                      Angeletti A., Baldi C., Peressutti P., Santoro F.                      CSM Maddalena                      Botter V., Bradassi S., Buzzurro, Iudica R., 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.                      SPDC                      Bolci S., Cosina S., Gardini A.</p>	<p>6.1 – 6.2. – 6.3.                      Trasmissione alla DCSISSPS entro giugno 2014:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- degli accordi formalizzati ed eventualmente aggiornati tra i servizi di Salute mentale per l'età evolutiva e il Dipartimento di salute mentale (a garanzia della continuità nelle fasi di passaggio);</li> <li>- degli accordi tra i servizi territoriali e quelli ospedalieri (nelle fasi acute);</li> <li>- degli eventuali accordi di area vasta per il potenziamento dei servizi territoriali.</li> </ul>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		Direzione DSM Ferluga D., Rondi M.,	30/06/2014
7. Adempimenti derivanti dalla Legge 6 novembre 2012 n. 190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalita' nella pubblica amministrazione” e dal D.Lgs 8 aprile 2013, n. 39 “Disposizioni in materia di inconfiribilita' e incompatibilita' di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190.”	7.1. Garantire l'applicazione delle norme in materia di incompatibilita' degli incarichi dirigenziali in applicazione della disposizione interna di cui al prot. n. 26597/GEN.III.3.A6. -	Direttore di SO DSM Mezzina R. CSM Barcola Baldi C., Peressutti P., Santoro F., Forturello R., Davi R., Rausa MA., CSM Maddalena Impagnatiello M. Botter V., Capodieci B., Zolli P., Berna G., Tacca L., CSM Domio Oretti A., Bertossi F., Carmignani M., Riolo A., Tirone A. Calligaris D., CSM Gambini Pascolo Fabrici E., Bavdaz B., Colucci M., Di Genaro L., Landucci S., Stanic S., Cariello E., SPDC Barberio A.,	7.1. Acquisizione ed inoltro all'Ufficio Comunicazione delle dichiarazioni di incompatibilita' dei singoli dirigenti della Struttura entro il 30.06.14.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		Gemma Cannata Direzione DSM Ferluga D., Rondi M.	
8. Implementazione del gestionale pSM attraverso la sua adozione come sistema informativo del DSM di ASS1	8.1. Avvio del percorso formativo pSM. Partecipazione alla formazione specifica pSM promossa dall'IN-SIEL	8.1. Coordinamento DSM Bracco R., Karavalaki I., Sanguanini L., Speh D.	8.1. Partecipazione di almeno l'80% del personale individuato agli eventi formativi a carattere dipartimentale (teorico e pratico). 31/01/2014
	8.2. Assicurare le attività propedeutiche per la messa a regime del gestionale - sistema informativo del DSM di ASS1.	8.2.1. Medici psichiatri del DSM	8.2.1 PSM implementato per ogni singolo medico con tutte le prescrizioni farmacologiche dell'utenza in contatto con i servizi di salute mentale nel 2014. 30/06/2014
		8.2.2. Coordinamento DSM CSM Barcola Forturello LR, Davì R. CSM Maddalena Zolli P., Tacca L. CSM Domio Carmignani M., Riolo A., Pecar J. CSM Gambini Stanic S., Cariello E. SPDC	8.2.2. L'utenza in contatto con i servizi di salute mentale (in assenza di prestazioni negli ultimi 180 giorni) ha la scheda chiusa nel pSM. <i>(vedi Manuale SISM Novembre 2013)</i> 30/09/2014

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		Barberio A., Orsini P. SAR Ridente P., Norbedo A. Clinica Psichiatrica Universitaria Di Gennaro Lucio Direzione DSM Sanguanini L.	
		8.2.3. CSM Barcola Bercè E., Trevisan S. CSM Maddalena Clementini M., Corsi E., CSM Domio Ermannis R. SPDC Carmi F. SAR Tremul F.	8.2.3. I file individuali sono convertiti in pdf ed inseriti nella sezione “Certificati e Documenti” disponibile per ogni paziente nel pSM.
		8.2.4. Coordinamento DSM Bracco R., Sanguanini L., Speh D. Personale delle SC CSM, SAR e SPDC.	8.2.4. Adeguamento del sistema PSM alla realtà locale con la definizione delle unità organizzative e l’attualizzazione delle prestazioni entro il 30/04/2014.
		8.2.4. Coordinamento DSM Bracco R., Karavalaki I., Sangua-	8.2.4. Acquisizione competenze e piena attivazione del sistema :



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	8.5. Garanzia dei flussi relativi al debito informativo indirizzati a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- sistemi di ricezione ministeriale in logica SISM ,</li> <li>- sistemi regionali,</li> <li>- alimentazione del data warehouse SISR.</li> </ul>	8.5. Direzione DSM Bracco R., Sanguanini L.	31/12/2014  8.5. Trasmissione dei flussi informativi. 100%  31/12/2014
9. Percorsi di presa in carico socio sanitaria personalizzata e lavoro in sotto equipe territoriali multidisciplinari	9.1. Percorsi di presa in carico socio sanitaria personalizzata secondo il modello ACT anche per le persone titolari di un BdS ed in carico al Servizio Abilitazione e Residenze.  9.2. Costruzione di un model fidelity scale.  9.3. Utilizzo di interviste strutturate con l'utenza nella programmazione della presa in carico socio sanitaria personalizzata	Coordinamento DSM Bicego L., Ceppi P., Schilirò M., Brandolin C., Del Gaiso S., Babiach D., Norbedo A. Personale delle SC CSM, SPDC e SAR	9.1. Ridefinizione dell'utenza a Bassa, Media, Alta Priorità. Compilazione del Piano di Cura Individuale. Programmazione degli interventi pianificati nel Piano di Cura Individuale (PCI). 9.2. Produzione della scala in versione italiana. 9.3. Il 10% delle Persone ad Alta Priorità con intervista strutturata  9.4 Attività formativa con evento spe-

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>9.4 Implementazione dell'approccio sopra definito in sotto equipe territoriali multidisciplinari.</p> <p>9.5 Rilevazione sistematica dati di attività</p>		<p>cifico e/o formazione sul campo. Definizione composizione sottoequipe.</p> <p>9.5 produzione di analisi relative all'attivazione del sistema e (tempo 0 = 2014):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- n. utenti,</li> <li>- n. interventi coordinamento per case manager</li> <li>- n. contatti per operatore di riferimento/di supporto,</li> <li>- n. interventi in sottoequipe territoriali,</li> <li>- n. riunioni team (valutazione condivisa PCI)</li> </ul> <p>sede degli interventi.</p> <p><u>Indicatori di processo:</u></p> <p>Il 20% delle Persone ad alta priorità vengono valutate in approccio multidisciplinare (almeno 3 diverse figure professionali) – evidenza interventi multipli</p> <p>Il 20% delle situazioni nuove vengono valutate a domicilio prima da operatori non medici.</p> <p>31/12/2014</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>9.5. Ridefinizione del ruolo dello psichiatra nei percorsi presa in carico socio sanitaria personalizzata e nel lavoro in equipe territoriali in riferimento agli approcci internazionali (es ACT / FACT).</p>	<p>9.5. Coordinamento DSM Bavdaž B. CSM Barcola Santoro F., Ceppi P. CSM Maddalena Botter V., Schilirò M. CSM Domio Tirone G., Brandolin C. CSM Gambini Landucci S., Del Gaiso S. SPDC Barberio A., Babich D. SAR Ridente P., Norbedo A.</p>	<p>9.5. Documento di consenso sulla ridefinizione del ruolo dello psichiatra nei percorsi di presa in carico socio sanitaria personalizzata e lavoro in sotto equipe territoriali.</p>
<p>10. Miglioramento della partecipazione</p>	<p>10.1. Aumentare la partecipazione ed il protagonismo delle persone in contatto con le SC CSM e SAR, dell'equipe e del personale di supporto. 10.2. Ciclo di assemblee sul tema su tematiche relative all'empowerment e alla recovery con le modalità della formazione congiunta sul campo tra personale delle SC</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., CSM Domio Pecar J., Lusina A., Rossi M., CSM Gambini</p>	<p>Riunioni / assemblee nelle SC CSM e SAR almeno 1 volta al mese nel corso del 2° semestre 2014 Attivazione di spazi condivisi con l'utenza per l'avvio dei processi di ripresa: almeno 1 riunione / assemblea in ogni SC almeno 1 volta al mese nel corso del 2° semestre con la partecipazione di: - personale (formazione sul</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	CSM e SAR, partner coinvolti nei progetti terapeutici, utenza e mondo dell'associazionismo.	Battiston C., Campobasso R., Mazzoni A., Simbula M. SAR Norbedo A. Asquino M., Canova C., Marin I., Prodocimo C., Facco C. Direzione DSM Karavalaki I.	campo), - partner coinvolti nei progetti terapeutici, - utenza, - mondo dell'associazionismo.
11. Per un uso razionale degli psicofarmaci.	11.1. Avvio di un'attività di formazione sull'area depressione rivolta verso i MMG con l'impiego della Guida Interventi del mhGap dell'OMS. 11.2. Avvio di un programma di utilizzo della clozapina in sicurezza, eventualmente computerizzato e inserito nel pSM.	Coordinamento DSM M. Carmignani  CSM Barcola Santoro F., Corso M., Marzano A., Trevisan S. CSM Maddalena Botter V., Bradassi S., Moretto T. CSM Domio Carmignani M., Bertocchi D., Casagrande A. CSM Gambini Bavdaž B., Del Gaiso S., Dago- stini L., Lutman B. SPDC Babich D., Bessio A. SAR Lumbau F., Giorgi E., Direzione DSM	11.1. Almeno 1 evento formativo rivolto ai MMG con l'attivazione della continuità assistenziale 11.2. Studio di fattibilità con Ciditech per l'introduzione nel pSM del monitoraggio della clozapina per un suo uso in sicurezza.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>12. Protocollo di collaborazione con l'ATER, in un ottica di razionalizzazione dell'utilizzo della risorsa abitativa, per l'avvio del progetto di abitare supportato in piccoli nuclei di convivenza.</p>	<p>12.1. Proseguono gli incontri tra referenti del DSM e dell'Ater per la condivisione della bozza di protocollo. 12.2. Nella zona di neoassegnazione di via Negri avvio della sperimentazione di abitare supportato, con assistenza a domicilio flessibile e personalizzata, articolata nell'arco delle 24 ore. (cfr. programmi innovativi in ambito urbano denominati "contratti di quartiere II" (Protocollo di intesa n. 32/88-07).</p>	<p>Bracco R., Cecchin P.  Coordinamento DSM Ridente P. Norbedo a. CSM Barcola Cella L. CSM Maddalena Chiarappa N., Petrincich M., CSM Domio Pasquazzo G., Samar D. CSM via Gambini Frattini L., Marcellini M. SAR Marin I., Barnabà M. Direzione DSM Brugnera P.,</p>	<p>12.1. Il protocollo, opportunamente vagliato e valutato dagli uffici competenti dell'ASS1, è approvato. 12.2. Attivati i nuclei di convivenza di via Negri.  31/12/2014</p>
<p>13. "Prevenzione e salute" Progetto sperimentale nel CSM Maddalena a favore delle Persone ad Alto Carico</p>	<p>13.1. 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</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</p>	<p>13.1. 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>su morbilità e mortalità. Ogni incontro è rivolto a due target:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Persone ad Alto Carico.</li> <li>- personale del CSM.</li> </ul> <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>	Speh D.	<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>31/12/2013</p>
<p>14. 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>14.1. La coorte individuata nel 2012 continua ad essere presa in carico con le modalità del progetto MMG "Tutor di salute"</p> <p>14.2. Incontri dedicati CSM / MMG / Distretto</p> <p>14.3. Formulazione di programmi individuali e percorsi congiunti per la prevenzione medico-clinica e la</p>	<p>Coordinamento DSM Impagnatiello M. CSM Barcola Forturello L., Chiurco A., Leghissa A. CSM Maddalena Zolli P., Domenighini S. CSM Domio Riolo A., Babici Franco, Longo A. CSM via Gambini Bavdaz B.,</p>	<p>14.1 – 14.5. 30 per CSM e 15 per il SAR hanno un programma individuale integrato con presa in carico congiunta tra DSM, Distretti e MMG. Nota per le SC Le persone decedute nel 2013 vanno sostituite.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	promozione della salute congiunti tra DSM / MMG / Distretti per persone con bisogni complessi 14.4. Interventi congiunti coi MMG, i Distretti, le strutture dell'AOUTS 14.5. Valutazione dei fattori di rischio nelle Persone con Bisogni Complessi.	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.	31/12/2013

## Dipartimento delle Dipendenze

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Definizione delle modalità di presa in carico relativamente all'utenza di minore età da parte delle articolazioni organizzative del DDD	Elaborare un documento di riferimento sulla tematica, propedeutico alla stesura di linee di indirizzo aziendali, evidenziando gli elementi di criticità ed i possibili attori dei percorsi specifici	Responsabili di SC e SS (tranne SS Servizi Residenziali e Semi-residenziali) Direttore DDD Referente Centro Malattie Sessualmente Trasmesse	Trasmissione del documento alla Direzione Strategica (entro 31/10/2014)
2. Potenziare e migliorare le attività integrate di disintossicazione, promozione della salute, riabilitazione e di supporto garantite dalle strutture semiresidenziali del DDD (Centro Diurno e Centro di Promozione della Salute) in favore di utenti con importati problematiche socio sanitarie e/o ad elevato carico assistenziale	1. Strutturare percorsi integrati differenziati in base all'intensità e/o tipologia di presa in carico definendo per ognuno di essi: - target e criteri di inclusione - tipologia di offerta - obiettivi - modalità di monitoraggio e di continuità terapeutica 2. Favorire l'accesso ai percorsi di presa in carico secondo l'istruzione operativa formalizzata	Direzione SO: assistente sociale coordinatore  SCDSI: tutti gli psicologi  SCDSL: Cinzia Celebre  SS Servizi Residenziali e Semiresidenziali: Claudia Milievi-ch	1. Formalizzazione di un'istruzione operativa relativa ad almeno 6 diversi percorsi per singola struttura ed 1 integrato (entro il 30/06/2014)  2. Inserimento nei percorsi specifici di almeno: - 150 utenti/anno presso il Centro di Promozione della Salute; - 80 utenti/anno presso il Centro Diurno (entro 31/12/2014) 3.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	3. Monitorare e valutare l'andamento dei percorsi specifici implementati nel corso del 2014		Stesura del report di attività anno 2014 evidenziando bisogni, criticità e sviluppi strategici (entro il 31/12/2014)
3. Implementazione di una metodologia sperimentale per valutare l'efficacia dei percorsi di formazione e reinserimento sociale e lavorativo (FRSL) degli utenti presi in carico dalle diverse articolazioni organizzative del DDD che prevedono l'erogazione di borse di studio e di formazione lavoro	1. Predisporre uno strumento di valutazione di esito dei singoli percorsi di FRSL che prevedono l'erogazione di borse di studio e di formazione lavoro 2. Valutare i percorsi di FRSL che prevedono l'erogazione di borse di studio e di formazione lavoro conclusi nel corso del 2014 3. Monitorare l'efficacia dei percorsi di FRSL che prevedono l'erogazione di borse di studio e di lavoro	Assistenti sociali incardinati nelle articolazioni organizzative del DDD	1. Formalizzazione della scheda di valutazione di esito e di un database (entro 31/03/2014) 2. Il 100% dei soggetti che hanno concluso il percorso di FRSL con borsa di studio e di formazione lavoro nel 2014 presenta la valutazione di esito (entro il 31/12/2014) 3. Formalizzazione di una reportistica relativa all'esito di tutti i percorsi di FRSL con borsa di studio e di formazione lavoro conclusi nel corso del 2014 (entro il 31/12/2014)
4. Implementazione del sistema informativo "MFP5" presso il Centro Malattie Sessualmente Tra-	1. Adeguare la piattaforma MFP5 alle specificità del servizio MST con definizione delle unità orga-	Tutto il personale incardinato presso il centro MST	1. Adeguamento della piattaforma MFP5 alle necessità specifiche del servizio MST

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
smesse	nizzative e l'attualizzazione della declaratoria delle prestazioni erogabili 2. Utilizzare la piattaforma informatica per la gestione anno 2014 dei dati clinici e di attività dell'utenza afferente al Centro MST		(entro il 30/06/2014) 2. Report di attività 3° quadrimestre 2014 con format MFP5 rispetto: - numero di utenti presi in carico stratificati per classi di età e sesso - volume prestazionale (entro 31/12/2014)
5. Miglioramento dei percorsi diagnostico terapeutici integrati per la presa in carico di utenti afferenti alle diverse articolazioni organizzative del DDD affetti da ulcere e ferite difficili	1. Definire il percorso diagnostico terapeutico integrato in collaborazione con l'Ambulatorio Chirurgico Sovradistrettuale Piede Diabetico (Distretto Sanitario n. 3) con la definizione di: - target e criteri di inclusione - tipologia di offerta - obiettivi - modalità di monitoraggio e di continuità terapeutica 2. Attuare la presa in carico congiunta secondo protocollo degli utenti afferenti alle diverse articola-	Responsabili SCDSI e SCDSL e dirigente infermieristico DDD.  In collaborazione l'Ambulatorio Chirurgico Sovradistrettuale Piede Diabetico (Distretto Sanitario n. 3)	1. Formalizzazione del percorso specifico e della relativa istruzione operativa (entro 30/06/2014)  2. Il 100% degli utenti viene preso in carico secondo protocollo (entro 31/12/2014)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	lazioni organizzative del DDD per ulcere e ferite difficili		

DIPENDENZA DA SOSTANZE ILLEGALI

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
6. Aumento del testing per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze alle persone che afferiscono alla SCDSI e segnalazione (anonima) ai Dipartimenti di Prevenzione dei nuovi sieropositivi	1. Assicurare l'apertura di un Polo dedicato alle attività di Testing e Screening presso la sede centrale del DDD per aumentare l'offerta specifica agli utenti presi in carico dalle diverse articolazioni organizzative della S.C. Dipendenze da Sostanze Illegali 2. Promuovere lo screening per epatite C, epatite B ed HIV nell'utenza in trattamento con farmaci agonisti presso la S.C. Dipendenza da Sostanze Illegali, secondo i criteri previsti nel protocollo regionale "Testing-Screening 2013" 3. Implementare un data base	Tutti i medici, gli infermieri ed il personale di supporto della SCD-SI Dirigente infermieristico DDD In collaborazione con la SC. Igiene Sanità Pubblica	1. N. 180 giornate di apertura del Polo dedicato alle attività di Testing e Screening  2. L'utenza in trattamento con farmaci agonisti presso la SCDSI è stata screenata secondo il protocollo regionale  3,4. Trasmissione di n. 2 report anonimi relativamente ai nuovi sieropositivi per epatite B, C, e HIV

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>(anonimo), per il censimento della popolazione positiva al HB-SAg, HCV, HIV.</p> <p>4. Predisposizione di un report dei nuovi casi positivi per epatite B, C e HIV e trasmissione dello stesso alla S.C. Igiene Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione con cadenza semestrale</p>		<p>(nel primo e nel secondo semestre 2014) al Dipartimento di Prevenzione (entro il 31/7/2014 ed il 31/01/2015)</p>
<p>7. Miglioramento del monitoraggio nella gestione dei farmaci agonisti con particolare riguardo al contrasto al misuse ed alla gestione dei Piani Terapeutici</p>	<p>1. Sperimentare un sistema di monitoraggio per verificare la corretta prescrizione dei farmaci agonisti da parte dei MMG</p> <p>2. Definire congiuntamente le modalità per la gestione dei piani terapeutici con la riduzione della documentazione cartacea</p> <p>3. Gestire i piani terapeutici secon-</p>	<p>DDD: dirigente infermieristico e personale amministrativo</p> <p>SCDSI: tutti i medici</p> <p>In collaborazione con la SS Servizio Farmaceutico</p>	<p>1. N. 2 report di verifica semestrali sulla corrispondenza fra farmaci agonisti prescritti dai MMG ed erogati dalle Farmacie e Piani Terapeutici redatti dalla SCDSI da inoltrare al Direttore del DDD e della SC Assistenza Farmaceutica (entro il 30/05/2014 e il 30/11/2014)</p> <p>2. Formalizzazione di un'istruzione operativa (entro il 30/06/2014)</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	do l'istruzione operativa a far tempo dal 01/07/2014		3. A far tempo dal 01/07/2014 tutti gli utenti in terapia agonista presentano il Piano Terapeutico gestito secondo istruzione operativa (entro il 31/12/2014)
8. Potenziare e migliorare le attività specificatamente rivolte ai familiari degli utenti in carico	1. Strutturare risposte psicoeducative a valenza terapeutica di gruppo dedicate ai familiari dell'utenza per affrontare le tematiche inerenti i rapporti familiari, anche in sinergia con le associazioni di volontariato 2. Favorire l'accesso agli interventi (individuali e di gruppo) implementati per specifici bisogni dei familiari dell'utenza 3. Monitorare e valutare le attività implementate nel corso del 2014 in favore dei familiari	SCDSI: tutti gli psicologi	Predisposizione di un programma annuale di attività (entro il 31/03/2014) Accesso agli interventi specifici per i familiari di almeno 150 utenti (entro il 31/12/2014) Report di analisi dell'attività anno 2014 con evidenza dei bisogni, criticità e sviluppi strategici (entro il 31/12/2014)

**DIPENDENZA DA SOSTANZE LEGALI**

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>9. Miglioramento della presa in carico territoriale integrata per gli utenti afferenti alla SCDSL</p>	<p>1. Revisione dei processi di lavoro, delle modalità operative e dell'organizzazione interna per migliorare/potenziare l'offerta secondo logiche di integrazione, multi-professionalità e distrettualizzazione</p> <p>2. Ottimizzare l'organizzazione del personale, assegnando i professionisti a distinte équipe di lavoro multiprofessionali</p> <p>3. Monitorare sistematicamente e valutare complessivamente la sperimentazione relativa alla riorganizzazione interna</p>	<p>Personale dirigente SCDSL</p>	<p>1,2. Formalizzazione al Direttore del DDD di una proposta di riorganizzazione interna coerente con i criteri definiti e con il mandato istituzionale e definizione formale delle équipe di lavoro (entro 30/04/2014)</p> <p>3. Formalizzazione al Direttore del DDD di un report di monitoraggio e di valutazione della sperimentazione relativa all'anno 2014 (entro 31/12/2014)</p>
<p>10. Miglioramento della continuità assistenziale territoriale con i Medici di Medicina Generale (MMG)</p>	<p>Inviare ai MMG degli utenti inseriti nei percorsi residenziali, di day-hospital e serali che hanno espresso il consenso specifico una comunicazione relativa al percorso di cura ed al progetto terapeutico a conclusione della</p>	<p>Tutti i medici della SCDSL</p>	<p>Condivisione con MMG dei percorsi e degli strumenti terapeutici attivati per gli utenti inseriti nei percorsi residenziali, di DH e serali che hanno espresso il consenso specifico (entro 31/12/2014)</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	presa in carico.		
<p>11. Progetto “Guadagnare Salute”- Lotta al tabagismo: adesione sul territorio provinciale delle iniziative nazionali di prevenzione del tabagismo rivolte a ASS n. 1 Triestina Utenti cardiopatici (CCV e AOOTS)</p>	<p>11.1 Assicurare le attività di cura del tabagismo rivolte ai dipendenti dell’ASS 1 11.2 Assicurare i percorsi di cura del tabagismo alle persone cardiopatiche afferenti al Polo Cardiologico dell’AOOTS e dal CCV</p>	Alessandro Vegliach	<p>11.1 Risposta al 100% delle richieste di cura da parte dei dipendenti dell’ASS1 (entro 31/12/2014) 11.2 Risposta al 100% delle persone inviate all’ambulatorio aziendale di 2° livello dal Polo Cardiologico dell’AOOTS e dal CCV (entro 31/12/2014)</p>
<p>12. Sperimentazione di una modalità strutturata di accoglienza presso la sede della SCDSL</p>	<p>12.1 Definire obiettivi, attività e modalità operative di un servizio di accoglienza relativamente alle attività di filtro, accettazione e accogliamento. 12.2 Garantire un servizio di accoglienza con la presenza di personale infermieristico in fascia oraria mattutina nei giorni feriali (no festivi e prefestivi)</p>	Personale infermieristico della SCDSL	<p>12.1 Formalizzazione del progetto e della relativa istruzione operativa relativa all’accoglienza (entro 30/04/2014) 12.2 Apertura del servizio di accoglienza con almeno un infermiere in fascia oraria 09.00-13.00 dal lunedì al venerdì (entro 31/12/2014)</p>
<p>13. Adempimenti derivanti dalla Legge 6 novembre 2012 n. 190 “Di-</p>	<p>Garantire l’applicazione delle norme in materia di incompatibilità degli incarichi dirigenziali in</p>	Direttore di SO	<p>Acquisizione ed inoltro all’Ufficio Comunicazione delle dichiarazioni di incompatibilità</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>sposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalita' nella pubblica amministrazione" e dal D.Lgs 8 aprile 2013, n. 39 "Disposizioni in materia di inconfiribilita' e incompatibilita' di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190."</p>	<p>applicazione della disposizione interna di cui al prot. n. 26597/GEN.III.3.A6. -</p>		<p>dei singoli dirigenti della Struttura entro il 30.06.14.</p>

## Dipartimento di Prevenzione

## Direzione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Attivare all'interno della Struttura Operativa un percorso mirato ad analizzare l'attività svolta e la progettualità, condividendo con i responsabili delle Strutture Dipartimentali il formato di un documento riassuntivo che dovrà rappresentare la base della futura conoscenza ed evoluzione dell'attività dipartimentale</p>	<p>1. Coordinamento di un gruppo di lavoro composto da tutti i dirigenti di Struttura</p> <p>2. Predisposizione di una griglia condivisa di raccolta delle informazioni</p> <p>3. Produzione di un report periodico delle attività di progetto da inoltrare alla Direzione Generale</p> <p>4. Revisione dei documenti prodotti e predisposizione del documento finale su base informatica</p>	<p>Direttore del Dipartimento di Prevenzione</p>	<p>Produzione di un report periodico delle attività di progetto alla Direzione Generale da inviare entro il 31/7, 31/10 e 31/12/2014</p>
<p>2. Rendere evidente l'attività istituzionale e progettuale del Dipartimento di Prevenzione producendo un documento di riferimento per l'utenza e le Istituzioni</p>	<p>Produzione di un testo nel quale sia descritta la composizione e l'attività delle diverse Strutture del Dipartimento di Prevenzione e siano predisposte delle schede riassuntive dell'attività corrente e dell'attività a forte componente</p>	<p>Direttore del Dipartimento di Prevenzione e Responsabili delle Strutture dipartimentali. Dirigenti delle Strutture Dipartimentali Tutti gli operatori del Dipartimento di Prevenzione</p>	<p>Produzione del testo (su formato digitale) e trasmissione dello stesso alla Direzione</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>innovativa o di ricerca condotta nell'ultimo quinquennio. Nel testo dovranno essere messi a disposizione gli strumenti adottati e i risultati ottenuti/previsti nelle singole linee di attività/ricerca. La Direzione Aziendale valuterà se il documento potrà essere inviato alla stampa o mantenuto su supporto digitale.</p>		
<p>3. Prevenzione e promozione della salute nelle Scuole secondarie superiori di 2° grado della Provincia di Trieste (3° anno di obiettivo triennale)</p>	<p>1. Verifiche igieniche e impiantistiche nelle strutture scolastiche</p> <p>2. Condivisione delle evidenze critiche per la predisposizione delle soluzioni necessarie assieme agli Enti preposti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Provincia</li> <li>- Comune di Trieste</li> <li>- Comando provinciale VVF</li> <li>- Direzione scolastica provinciale</li> </ul>	<p>DIREZIONE DIP Direttore DIP Servizio delle professioni infermieristiche, sanitarie e tecniche della prevenzione Personale amministrativo e tecnico SCISPPA SCPSAL SCIAN SSD Servizio impiantistico personale del comparto (assistenti sanitari, tecnici della prevenzione)</p>	<p>7 istituti scolastici verificati. Stesura del report finale nel quale vengono riportate le criticità evidenziate</p>
<p>4. Governare e riqualificare del</p>	<p>Verifica degli aspetti igienico sanitari e di sicurezza del lavoro</p>	<p>DIREZIONE DIP: - Direttore DIP</p>	<p>Almeno 10 case di riposo e/o residenze polifunzionali verificate</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>sistema residenziale e semiresidenziale per anziani 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>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Servizio delle professioni infermieristiche, sanitarie e tecniche della prevenzione</li> <li>- Personale amministrativo e tecnico</li> <li>- SCISPPA, SCPSAL e SCIAN:</li> <li>- personale del comparto (assistenti sanitari, tecnici della prevenzione, dietista)</li> </ul>	
<p>5. 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.</p>	<p>1. Prosecuzione del progetto "Mi AfFIDO a te" nell'ambito della convenzione quinquennale con il Comune di Trieste (2° anno). Interventi Assistiti con Animali (IAA) presso le Residenze per anziani del Comune di Trieste. 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.</p> <p>2.</p>	<p>DIREZIONE DIP:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Servizio professioni infermieristiche, sanitarie e tecniche della prevenzione</li> <li>- Personale amministrativo e tecnico</li> </ul> <p>SCVET</p>	<p>Effettuazione di n. 20 interventi assistiti con animali (IAA) presso le Residenze per anziani del Comune di Trieste e stesura delle relazione finale</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>Effettuazione degli IAA presso le Residenze Comunali.</p> <p>3.</p> <p>Valutazione e monitoraggio delle attività attraverso l'utilizzo di strumenti multimediali.</p> <p>Valutazione dell'efficacia degli IAA mediante scheda di osservazione specifica.</p>		
<p>6.</p> <p>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>1.</p> <p>Prosecuzione del progetto "Mi AFIDO a te" nell'ambito della convenzione quinquennale con il Comune di Trieste (2° anno). Interventi Assistiti con Animali (IAA) presso le Residenze e i Centri Diurni per disabili del Comune di Trieste.</p> <p>Programmazione degli interventi da parte dell'Equipe prescrittivo-progettuale in collaborazione con il personale delle Strutture e dei Centri Diurni e le Associazioni di volontariato.</p> <p>2.</p> <p>Effettuazione degli IAA.</p> <p>3.</p>	<p>DIREZIONE DIP</p> <p>- Servizio professioni infermieristiche, sanitarie e tecniche della prevenzione</p> <p>Personale amministrativo e tecnico</p> <p>SCVET</p>	<p>Effettuazione di n. 10 interventi assistiti con animali (IAA) presso le Residenze ed i Centri Diurni per disabili del Comune di Trieste e stesura delle relazione finale.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>Valutazione e monitoraggio delle attività attraverso l'utilizzo di strumenti multimediali.</p> <p>Valutazione dell'efficacia degli IAA mediante scheda di osservazione specifica.</p>		
<p>7. Promozione alla salute nei bambini delle scuole primarie della provincia di Trieste mediante soluzioni alternative e innovative per lo sviluppo della capacità comunicativa e relazionale con il metodo <i>cooperative learning</i> per il cambiamento di prospettiva sulle differenze. Interventi Assistiti con Animali (IAA) e zoo antropologia didattica (ZAD)</p> <p>Sperimentazione del Progetto Pilota di Integrazione e Inclusione scolastica</p> <p>UNA SQUADRA A 6 ZAMPE approvato dall'Istituto Zoo profilattico sperimentale delle Venezie – Centro Referenza</p>	<p>1. Adesione al Progetto Pilota di Integrazione e Inclusione scolastica</p> <p>UNA SQUADRA A 6 ZAMPE approvato dall'Istituto Zoo profilattico sperimentale delle Venezie – Centro Referenza Nazionale per la Pet Therapy.</p> <p>Programmazione degli interventi, definizione dei gruppi e individuazione dei destinatari da parte dell'Equipe prescrittivo-progettuale</p> <p>2. Effettuazione degli IAA e della ZAD</p> <p>3.</p>	<p>DIREZIONE DIP</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Servizio professioni infermieristiche, sanitarie e tecniche della prevenzione</li> <li>- Personale amministrativo e tecnico</li> </ul> <p>SCVET</p>	<p>Effettuazione di n. 4 incontri di zoo antropologia didattica in due classi, 2 Interventi Assistiti con Animali individuali con 2 bambini con "bisogni educativi speciali", 4 Interventi Assistiti con Animali con piccoli gruppi.</p> <p>Produzione della relazione finale</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Nazionale per la Pet Therapy.	Valutazione e monitoraggio delle attività attraverso l'utilizzo di strumenti multimediali. Valutazione dell'efficacia degli IAA e ZAD mediante strumenti di osservazione specifici.		
8. Programma GUADAGNARE SALUTE: Programma di sorveglianza PASSI	1. Mantenere attivi i programmi di sorveglianza nazionale PASSI 2. Partecipazione ai programmi secondo le indicazioni regionali 3. Diffusione dei dati rilevati al fine di orientare i programmi di prevenzione	DIREZIONE DIP Dirigente Medico Referente per l'azienda del Sistema di Sorveglianza PASSI Personale sanitario del Dipartimento	1. Effettuazione delle interviste (280) e rilevazione dei dati (come da indicazioni regionali per PASSI). 2. Diffusione dei dati rilevati alle Strutture aziendali al fine di orientare i programmi di prevenzione
9. Invecchiamento attivo	1. confronto dei risultati della sorveglianza della popolazione anziana PASSI d'argento nella provincia di Trieste e di quelli nazionali. 2. divulgazione dei risultati del confronto fra personale degli enti e delle associazioni finalizzati ad individuare le aree critiche su cui intervenire.	DIREZIONE DIP Dirigente Medico Referente per l'azienda del Sistema di Sorveglianza PASSI d'Argento	Almeno 1 incontro con personale delle altre Strutture Aziendali e di Enti/Istituzioni coinvolti per l'analisi dei dati e la loro divulgazione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>10. Partecipazione al gruppo tecnico multidisciplinare previsto dal Comune di Trieste mirato a garantire una reale capacità di intervento in situazioni critiche (odori, rumori, fumi, polveri) e per la valutazione del rischio per la popolazione</p>	<p>1. Partecipazione al gruppo tecnico previsto dal Comune di Trieste e produzione di proposte/osservazioni sulle tematiche trattate, anche in forma congiunta</p> <p>2. Formazione del personale del DiP sulle tematiche ambientali con possibile impatto sulla salute della popolazione.</p>	<p>Direzione DIP</p> <p>- Gruppo di Lavoro Dipartimentale di Epidemiologia SCISPPA e SCPSAL</p>	<p>1. Adesione al gruppo tecnico previsto dal Comune di Trieste e produzione di una relazione semestrale sull'attività effettuata, da inoltrare alla Direzione Generale.</p> <p>2. Almeno 15 operatori del Dipartimento formati</p>
<p>11. Promuovere l'appropriatezza prescrittiva dei prodotti AFIR con riferimento ai dispositivi per diabetici in collaborazione col Dipartimento di Prevenzione e Medico Diabetologo</p>	<p>Effettuare il monitoraggio delle prescrizioni convenzionali di strisce per glicemia finalizzati alla promozione dell'appropriatezza prescrittiva coi dati disponibili da Repository Regionale Micro Dati Sanitarie</p> <p>2 incontri in ambito distrettuale di audit feedback del monitoraggio finalizzati alla promozione dell'appropriatezza prescrittiva coi dati disponibili da Repository Regionale Micro Dati Sanitarie</p>	<p>Direzione DIP</p> <p>- Gruppo di Lavoro Dipartimentale di Epidemiologia</p> <p>In collaborazione con SC. Assistenza farmaceutica</p>	<p>Almeno 2 incontri di audit ed invio ai prescrittori di almeno 2 report (uno entro il 31.7.2014 ed uno entro il 31.12.2014)</p>
<p>12. Analizzare l'attività svolta e la progettualità della propria Strut-</p>	<p>1. Coinvolgimento e motivazione di tutto il personale di Struttura</p>	<p>Tutti i responsabili di Struttura del DIP</p>	<p>Produzione di un report periodico delle attività di progetto da inviare alla Direzione del Dipartimento</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
tura e collaborare con il Direttore del Dipartimento di Prevenzione al fine di produrre un documento riassuntivo che dovrà rappresentare la base della futura conoscenza ed evoluzione dell'attività dipartimentale	2. Attivazione di un gruppo di lavoro 3. Collaborazione con gli altri Responsabili delle Strutture Dipartimentali nella predisposizione di una griglia condivisa di raccolta delle informazioni 4. Produzione di un report periodico delle attività svolte 5. Predisposizione del documento finale su base informatica e revisione dello stesso con il Direttore del Dipartimento		al 30/6, 30/9 e 1/12/2014

**DIP - Igiene Sanità Pubblica e Prevenzione Ambientale**

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
13. Prevenzione delle malattie infettive Gestione casi di meningite batterica	1. Raccolta protocolli e/o linee guida applicati in altre realtà regionali 2. Revisione del protocollo	SCISPPA Responsabile Struttura Complessa Dirigenti medici Personale amministrativo Tecnici della prevenzione	Realizzazione/revisione del protocollo operativo per la gestione dei casi di meningite batterica e diffusione tramite pubblicazione sul sito web aziendale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	operativo attualmente in uso 3. Predisposizione di un protocollo aggiornato e sua diffusione agli stakeholders tramite pubblicazione sul sito web aziendale	Personale Sanitario	
14 Prevenzione delle malattie infettive Attività di vigilanza, prevenzione e promozione della salute nelle attività artigianali di parrucchiere per uomo e donna	Effettuazione attività informativa e di vigilanza nelle attività di parrucchiere per uomo e donna nell'ambito di tutta la Provincia di Trieste	SCISPPA Tecnici della prevenzione Personale amministrativo	80 esercizi di parrucchiere ispezionati, pari a circa il 25% del totale. Diffusione di materiale informativo
15. Prevenzione delle malattie infettive Prevenzione delle malattie trasmesse da vettori (muridi)	1. Rilevazione sistematica nelle aree pubbliche delle situazioni a rischio per potenziali infestazioni da muridi e tali da inficiare gli interventi di derattizzazione effettuati 2. Trasmissione delle informazioni rilevate ai Comuni per gli interventi di competenza	SCISPPA Tecnici della prevenzione Operatori tecnici disinfezione-disinfestazione Personale Amministrativo	Trasmissione ai Comuni delle informazioni raccolte relative a tutti gli interventi. Registrazione degli interventi effettuati e produzione di un documento riassuntivo relativo alla presenza di muridi nel territorio di competenza (entro il 31.12.2014).
16. Prevenzione delle malattie	Monitoraggio degli eventi avversi alla vaccinazione antivaricella	SCISPPA Dirigenti Medici	Report eventi avversi al vaccino antivaricella al 30/6/2014 al

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>infettive e politiche vaccinali Implementare la sorveglianza delle malattie infettive e rilevare attivamente gli eventi avversi alla vaccinazione</p>		<p>Personale Sanitario Personale Amministrativo  Gruppo di Lavoro Dipartimentale di Epidemiologia</p>	<p>31/12/2014</p>
<p>17. Prevenzione delle malattie infettive e politiche vaccinali</p>	<p>1. Organizzazione integrata e condivisa Dipartimento, Distretti, PLS e MMG e altri stakeholders istituzionali e sanitari di un progetto di formazione /comunicazione per una attività omogenea e sinergica tra tutti gli attori coinvolti 2. produzione di report mirati a valutare la copertura vaccinale 3. Produzione di strumenti informativi per i PLS ed i MMG. 4. Campagna vaccinale</p>	<p>DIP  SCISPPA Dirigenti medici Personale sanitario Personale Amministrativo  Gruppo di Lavoro Dipartimentale di Epidemiologia  <i>In collaborazione con Distretti Personale sanitario S.C. Tutela Salute Bambini, Adolescenti, Donne e Famiglia</i></p>	<p>1. Attuazione di un corso di formazione rivolto a PLS ed al personale dell'ASS1 che si occupa direttamente o indirettamente di vaccinazioni presso il DiP (SCISPPA) e presso i Distretti (S.C. Tutela Salute Bambini, Adolescenti, Donne e Famiglia) avente per oggetto "Vaccinazioni e comunicazione". 2. Produzione di 3 report periodici inerenti le coperture vaccinali raggiunte nella coorte oggetto di campagna vaccinale prevista dal PAL, indirizzati ai PLS e al personale del gruppo vaccinazioni distrettuale (entro il 30.4, 31.8 e 31.12.2014) 3.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			<p>Predisposizione di una nota divulgativa mirata alla promozione di salute e prevenzione delle malattie infettive prevenibili con il vaccino indirizzata ai PLS e MMG.</p> <p>4 .</p> <p>Copertura vaccinale contro la varicella, nella coorte dei nati del 2012 <math>\geq</math> al 50%, entro il compimento del 24 mese di vita.</p>
<p>18.</p> <p>Prevenzione delle malattie infettive</p> <p>Diffusione della pubblicazione sulle malattie infettive nelle comunità scolastiche infantili “La prevenzione va a scuola”</p>	<p>Azioni integrate tra il servizio di Profilassi delle Malattie Infettive, il Servizio di Promozione alla Salute, entrambi del Dipartimento di Prevenzione, l’Ufficio Scolastico Provinciale e l’area Educazione del Comune di Trieste</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pubblicazione sul Portale dell’Azienda</li> <li>- Trasmissione della pubblicazione ai MMG, ai PLS, alle Scuole Materne e agli Asili nido</li> </ul>	<p>SCISPPA</p> <p>Dirigenti medici</p> <p>Personale sanitario</p> <p>Personale amministrativo</p> <p>Tecnici della prevenzione</p>	<p>Evidenza d’iniziative di diffusione in scuole primarie e servizi di prima infanzia, oltre che ai PLS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Al 100% dei PLS</li> <li>• Al 100% delle Scuole Materne</li> <li>• Al 100% degli Asili nido</li> </ul>
<p>19.</p> <p>Prevenzione delle malattie infettive</p>	<p>1.</p> <p>Nell’ambito del testing che viene offerto dal DDD agli utenti presi in carico dalle diverse articolazio-</p>	<p>SCISPPA</p> <p>Dirigenti medici</p> <p>Personale sanitario</p>	<p>1.</p> <p>Trasmissione di un report relativo ai sieropositivi per epatite B, C e HIV da parte del Dipartimento</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Aumento del testing per le malattie infettive correlate all'uso di sostanze nelle persone che afferiscono nei servizi per la Prevenzione delle Dipendenze e segnalazione (anonima) ai Dipartimenti di Prevenzione	<p>ni organizzative della S.C. Dipendenze da Sostanze Illegali, sarà predisposto un report dei casi positivi per epatite B, C e HIV che sarà trasmesso alla S.C. Igiene Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione</p> <p>2. Il Dipartimento di Prevenzione, acquisiti gli elenchi con i parametri citati, elaborerà i dati dal punto di vista epidemiologico e li restituirà agli operatori del Dipartimento delle Dipendenze</p>	<p><i>In collaborazione con DDD</i> <i>Dirigenti medici</i> <i>Personale sanitario</i></p>	<p>delle Dipendenze al Dipartimento di Prevenzione (dati anonimi)</p> <p>2. Il Dipartimento di Prevenzione elaborerà i dati acquisiti e li reinvierà al Dipartimento delle Dipendenze</p>

**DIP – Sanità Pubblica Veterinaria – Sanità Animale, Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche**

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
20. Valutazione del livello di rischio nelle aziende che producono latte bovino ed ovi-caprino destinato al consumatore finale tal quale o previo trattamento termico e/o trasformazione	<p>1. Predisposizione di una check list mirata alla valutazione del rischio da utilizzare nel corso dei sopralluoghi.</p> <p>2. Effettuazione di sopralluoghi nel-</p>	Tutto il personale della Struttura, secondo le competenze specifiche.	<p>1. Predisposizione entro il 30 marzo 2014 di una check list mirata alla valutazione del rischio da utilizzare nel corso dei sopralluoghi</p> <p>2. Effettuazione entro il 30 novem-</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>le aziende della provincia di Trieste registrate nella Banca Dati Nazionale che producono latte bovino ed ovi-caprino destinato al consumatore finale tal quale o previo trattamento termico e/o trasformazione.</p> <p>- Valutazione dei risultati ottenuti nel corso dei sopralluoghi e riportati nella check list per la pianificazione della frequenza dei controlli ufficiali</p>		<p>bre 2014 dei sopralluoghi in 10 aziende della provincia di Trieste, registrate nella Banca Dati Nazionale, che producono latte bovino ed ovi-caprino destinato al consumatore finale tal quale o previo trattamento termico e trasformazione</p> <p>3.</p> <p>Elaborazione entro il 31 dicembre 2014 di un report al fine della pianificazione della frequenza dei controlli ufficiali per l'anno 2015</p>
<p>21.</p> <p>Sviluppo di una nuova metodologia di valutazione del benessere dei cavalli durante il trasporto su lunghe distanze (lateralizzazione cerebrale); continuazione degli obiettivi 2013 al fine di aumentare il campione e ridurre la variabilità</p>	<p>1. 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;</p> <p>2. Inserimento dei dati in un foglio elettronico;</p> <p>3. Analisi statistica e discussione dei risultati</p>	<p>- Responsabile di Struttura Complessa, dirigente veterinario di Sanità Animale</p> <p>- personale tecnico</p>	<p>Raccolta dei dati comportamentali su di un campione significativo di cavalli (500 unità) entro il 30.06.2014.</p> <p>Analisti statistica e stesura di una relazione finale</p>
<p>22.</p> <p>Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto come</p>	<p>1. Mantenere l'attività di ricognizione per evidenziare gli allevamenti soggetti ai controlli per il benessere ani-</p>	<p>Tutto il personale della Struttura, secondo le competenze specifiche</p>	<p>Esecuzione di almeno 6 controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto come da Direttive e Linee Guida</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
da Direttive e Linee Guida Comunitarie.	male (tutte le specie previste nel PQSA 2014). 2. Eseguire il 100% dei controlli previsti dal PQSA 2014.		Comunitarie con compilazione delle schede previste dalla normativa nazionale ed inserimento degli esiti nella banca dati nazionale.

**DIP – Sanità Pubblica Veterinaria – Tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale**

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
23. Controlli in materia di sicurezza alimentare volti alla verifica della corretta informazione al consumatore sui rischi legati al consumo di prodotti ittici.	Sopralluoghi ispettivi negli esercizi commerciali di vendita al dettaglio mirati alla verifica della corretta informazione al consumatore sui rischi legati al consumo di prodotti ittici. Stesura di un report finale.	Tecnici della Prevenzione	8 sopralluoghi ispettivi negli esercizi commerciali di vendita al dettaglio mirati alla verifica della corretta informazione al consumatore sui rischi legati al consumo di prodotti ittici, con stesura di un report finale entro il 31 dicembre 2014.
24. Controlli in materia di sicurezza alimentare volti alla verifica del grado di applicazione dell'autocontrollo nelle piccole aziende lattiero-casearie del territorio di Trieste.	Attività di campionamento nelle piccole aziende lattiero-casearie del territorio di Trieste. Stesura di un report finale.	Tecnici della Prevenzione	9 accessi nelle piccole aziende lattiero-casearie del territorio di Trieste per il prelievo di campioni di latte crudo destinato al consumo tal quale o previo trattamento termico e trasformazione, ai fini della verifica dei criteri di sicurezza alimentare.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			Stesura di un report finale.
25. Controlli in materia di sicurezza alimentare mirati alla valutazione della fattibilità della semplificazione dell'autocontrollo nelle piccole aziende lattiero-casearie del territorio di Trieste.	Sopralluoghi ispettivi nelle piccole aziende lattiero-casearie del territorio di Trieste, per la valutazione del grado di applicazione dell'autocontrollo basato sui principi dell'HACCP	Dirigenti veterinari Responsabile di Struttura	9 sopralluoghi ispettivi nelle piccole aziende lattiero-casearie del territorio di Trieste per la verifica del grado di applicazione dell'autocontrollo basato sui principi dell'HACCP . Stesura di una relazione sui risultati ottenuti dalle ispezioni ai fini della valutazione della fattibilità della semplificazione dell'autocontrollo entro il 31 dicembre 2014.
26. Valutazione della fattibilità della semplificazione dell'autocontrollo nelle piccole aziende lattiero-casearie del territorio di Trieste.	Supervisione delle attività ispettive e di campionamento nelle piccole aziende lattiero-casearie del territorio di Trieste	Responsabile di Struttura	Stesura di un documento finale ai fini della valutazione della opportunità da parte delle piccole aziende lattiero-casearie del territorio di Trieste di adottare un manuale di autocontrollo semplificato, entro il 31 dicembre 2014.
27. Miglioramento dell'attività di Audit in materia di sicurezza	Revisione della documentazione utilizzata nella attività di audit (piano di audit, rapporto di audit,	Dirigenti veterinari Responsabile di Struttura	n. 1 sopralluogo nelle imprese alimentari registrate. n. 1 sopralluogo nelle imprese

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
alimentare	conclusione dell'audit). Applicazione della documentazione rivista nel corso di audit mirati nelle strutture riconosciute e registrate sul territorio della provincia di Trieste.		alimentari riconosciute Implementazione della documentazione rivista nell'attività di audit, entro il 31 dicembre 2014.

**DIP - Prevenzione Sicurezza negli Ambienti di Lavoro**

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
28. Diffusione di corrette modalità di valutazione, analisi del rischio e sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a rischio di patologie da sovraccarico degli arti superiori	Attuare un percorso formativo per gli operatori SPSAL mirato alla prevenzione del rischio ergonomico da sovraccarico degli arti superiori. Ricorrendo eventualmente anche alle risorse individuate dall'art 13 c. 6 del D.lgs. 81/08	Responsabile SCPSAL Dirigenti medici Tecnici della Prevenzione Assistenti Sanitari Ingegneri (fascia D) Infermieri	Organizzazione di un corso regionale in collaborazione con l'INAIL con la partecipazione di tutti i SPSAL (capofila la SCPSAL dell'ASS 6).
29. Iniziative di vigilanza nel comparto agricolo secondo le indicazioni del progetto nazionale mirato alle macchine e del decreto regionale piani controllo commercio e impiego fitosanitari.	1. Formazione sul campo – anche a livello interaziendale/regionale - del personale dei Dipartimento Prevenzione che effettuerà le visite ispettive, in collaborazione con Università di Udine, Gruppo Sprint (da realizzarsi anche ricor-	Tecnici della Prevenzione Assistenti Sanitari	1. Effettuazione della formazione sul campo del personale che effettuerà le visite ispettive. 2. Predisposizione della "lista di controllo" condivisa tra tutti i SPSAL, da utilizzarsi nell'ambito

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>rendo alle risorse individuate dall'art 13 c. 6 DLgs. 81/08);</p> <p>2. Coordinamento tra gli SPSAL regionali per definire una "lista di controllo" condivisa tra tutti i SPSAL da utilizzarsi nell'ambito delle ispezioni sulle macchine agricole</p> <p>3. Ispezioni nelle aziende agricole</p>		<p>delle ispezioni sulle macchine agricole e presentazione della stessa al Comitato regionale di coordinamento.</p> <p>3. Realizzazione di n. 2 ispezioni congiunte con SIAN in aziende agricole, con particolare riguardo alle macchine e ai fitosanitari. Il numero delle aziende da visitare nella provincia di Trieste verrà indicato dal Gruppo Regionale Agricoltura</p>
<p>30. Rilancio attività ex esposti ad amianto.</p>	<p>1. Invio al Centro operativo regionale (COR) dei questionari ReNaM (Registro Nazionale dei Mesoteliomi) dei casi di mesotelioma indagati o di cui vi sia stata segnalazione dal COR entro novembre 2014.</p> <p>2. Informazione ai medici competenti sul protocollo di sorveglianza sanitaria per gli addetti alle bonifiche da amianto</p>	<p>Responsabile SSITL Dirigenti medici Tecnici della Prevenzione Assistenti Sanitari Responsabile SSML</p>	<p>1. Invio al Centro operativo regionale (COR) di tutti i questionari ReNaM (Registro Nazionale dei Mesoteliomi) dei casi di mesotelioma indagati o di cui vi sia segnalazione dal COR entro novembre 2014, anche attraverso l'indagine condotta su familiari.</p> <p>2. Realizzazione di almeno un incontro informativo rivolto ai medici competenti, sul protocollo di sorveglianza sanitaria per addetti</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			alle bonifiche da amianto, anche su scala interaziendale.
<p>31. Realizzazione di interventi per la standardizzazione delle procedure di monitoraggio e vigilanza nel comparto dell'edilizia – seconda fase.</p>	<p>1. Definizione di una check list operativa regionale condivisa tra tutti i SPSAL relativamente agli interventi ispettivi nei cantieri in merito alla tenuta della documentazione di cantiere</p> <p>2. Partecipazione ad un incontro regionale con gli organismi paritetici e/o enti bilaterali di settore in coordinamento regionale nell'ambito del Gruppo edilizia degli SPSAL.</p>	<p>Responsabile SSITL Tecnici della Prevenzione</p>	<p>Realizzazione di almeno un incontro regionale con gli organismi paritetici e/o enti bilaterali di settore per illustrare le esigenze primarie della sicurezza nel comparto e indicare i punti critici su cui si baseranno gli interventi di prevenzione delle SCPSAL</p>
<p>32. 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>33. Attivare, promuovere azioni di vigilanza nei cantieri ricadenti nel Titolo IV del D.lgs. 81/08, anche condivise con gli altri Enti depu-</p>	<p>1. Promuovere il coordinamento con le Strutture/istituzioni di prevenzione e vigilanza operanti nella provincia, organizzando lo</p>	<p>Responsabile SSITL Tecnici della prevenzione Assistenti Sanitari Ingegneri (fascia D) OSS</p>	<p>1. 230 cantieri edili ispezionati, comprendenti anche quelli in cui avviene la bonifica di manufatti contenenti amianto e il</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
tati a svolgere azioni nel campo della tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro.	scambio delle informazioni relative all'attività svolta sul territorio. 2. Mantenimento del numero di cantieri edili visitati nel 2013	P. amministrativo	montaggio/smontaggio dei palchi per lo spettacolo 2. 20 dei 230 cantieri di cui al punto uno, ispezionati assieme ad altri Organi di vigilanza e/o prevenzione
34. 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)	1. implementazione dell'archivio INFOR.MO con i dati relativi ai casi trattati rientranti nella casistica indicata dalla programmazione regionale (possibile o probabile nesso di causalità o concausalità con l'attività lavorativa svolta). 2. implementazione del Programma MALPROF con i dati relativi al 75% delle malattie professionali segnalate, con trattazione (indagine) del caso conclusa nel 2014, e per cui risulti possibile o probabile un nesso di causalità o una concausalità con l'attività lavorativa svolta	Responsabile SCPSAL Dirigenti medici Assistenti Sanitari Tecnici della prevenzione OSS Personale amministrativo	1. Registrazione nel programma INFOR.MO dei casi d'infortunio grave o mortale trattati nel corso dell'anno 2014 e rientranti tra quelli previsti dal punto 1 delle azioni. 2. Inserimento nel Programma MALPROF del 75% delle malattie professionali segnalate, con trattazione (indagine) del caso conclusa nel 2014, e rientranti tra quelli previsti dal punto 2 delle azioni.
35. Prevenzione del rischio amianto	Fornire assistenza ai Comuni, almeno uno, ai fini di affrontare	SCPSAL Tossicologia forense	Produzione di un protocollo condiviso con il Comune di Trieste

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
nelle scuole della provincia di Trieste	correttamente il rischio legato alla presenza di pavimenti in vinili-amianto nelle scuole comunali.		per l'approccio corretto alla manutenzione dei pavimenti a rischio

**DIP - Servizio Sicurezza Impiantistica**

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
36. Ripresa delle verifiche sui serbatoi GPL DM 21.5.74 e smi, DM 1.12.2004 n 329	1. Definizione delle procedure tecnico-amministrative, predisposizione della documentazione per le verifiche e formazione del personale 2. Esecuzione delle verifiche e relative con incombenze amministrative.	1. Dirigente responsabile  2. TdP personale amministrativo	1. Elaborazione fac-simile dei verbale di verifica e lista dei controlli in campo, produzione delle procedure per la registrazione informatica e incombenze e amministrative 2. Almeno 40 verifiche su serbatoi GPL con relative pratiche a supporto
37. Analisi ed esecuzione delle verifiche su impianti sollevamento secondo intervenute disposizioni di legge e presenza soggetti abilitati	Individuazione ed esecuzione delle verifiche critiche in carico (in arretrato con richiesta di affidamento) ed esecuzione delle stesse	Tutto il personale tecnico-amministrativo	Individuazione ed esecuzione di almeno 180 verifiche di impianti di sollevamento già richieste dall'utenza (gru in impianti industriali e ascensori in provincia di Gorizia)
38.	Verifica ed aggiornamento archi-	Tutto il personale tecnico- ammi-	Individuazione ed alienazione di

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Aggiornamento e riordino degli archivi cartacei ed informatici	vi con alienazione di parte delle pratiche non più attuali o relative ad impianti dismessi	nistrativo	almeno 200 pratiche d'archivio relative ad impianti elettrici dismessi o usciti dalle competenze (ex mod A, B e C)

**DIP – Direzione - Area amministrativa**

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
39. Classificazione di tutti i procedimenti divisi per struttura ed identificazione di quelli che generano introito per l'azienda	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Predisposizione di schema di sintesi ed invio ai Responsabili di Struttura.</li> <li>2. Raccolta degli estremi dei procedimenti con eventuali riferimenti normativi che portano introiti all'azienda da parte dei Responsabili di tutte le Strutture (su supporto informatico) con contestuale invio dell'elenco alla Direzione del Dip. di Prev.</li> <li>3. Individuazione delle attività che generano introiti per l'azienda svolte in ambito istituzionale</li> <li>4.</li> </ol>	Responsabili delle Strutture del Dipartimento di Prevenzione. Personale Amministrativo, Sanitario e Tecnico del Dipartimento di Prevenzione.	Predisposizione dell'elenco delle attività che generano introiti per l'azienda svolte in ambito istituzionale e invio dello stesso alla Struttura Complessa Finanza e Controllo

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Invio dell'elenco alla S.C.F.C.		

**DIP - Medicina del Lavoro**

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
40. Tutelare la salute e la sicurezza dei volontari della protezione civile dei comuni ed associazioni di volontariato, avviando il monitoraggio sanitario secondo le linee stabilite dal protocollo sanitario regionale	1. Sensibilizzare i sindaci ed i presidenti di associazioni di volontariato a valutare correttamente il lavoro dei volontari della protezione civile in funzione degli specifici rischi, nell'ottica dell' avvio del monitoraggio sanitario dei volontari di Protezione Civile per il quinquennio 2013-2016, ex Delibera di Giunta Regionale n°633 dd. 04.04.2013.2. 2. Predisposizione, ad opera della direzione del dipartimento di prevenzione, della convenzione con i comuni/le associazioni di volontariato richiedenti l'esecuzione delle visite mediche e i relativi esami strumentali 3.	Responsabile della S.S. Medicina del Lavoro  Personale del comparto  Personale Amministrativo e Tecnico della Direzione del DIP	1. Almeno 3 convenzioni con Comuni/Associazioni di volontariato  2. Almeno 3 incontri volti ad illustrare il monitoraggio proposto e a promuovere corretti stili di vita  3. Effettuazione del monitoraggio sanitario in almeno 100 volontari della protezione civile

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Attività di informazione nei confronti dei volontari della protezione civile in merito alla sorveglianza sanitaria cui saranno soggetti		
41. Razionalizzare la sorveglianza sanitaria diminuendo i tempi d'attesa per le visite mediche dei dipendenti delle ditte/enti convenzionati organizzando l'esecuzione di visite mediche ed esami strumentali, direttamente sul luogo di lavoro	1 Incontri preliminari per individuare con le ditte/enti gli spazi adeguati all'esecuzione delle visite mediche e degli accertamenti mirati 2 Organizzazione delle visite mediche concentrando gli appuntamenti in giornate dedicate	Dirigente della struttura/personale del comparto	Almeno 300 visite mediche

**DIP - Laboratorio di Tossicologia Forense**

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
42. 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	1. Sperimentare ed applicare a campioni ematici ed urinari nuove metodiche a valenza forense sulla strumentazione gascromatografo con rivelatore di massa. 2.	Laboratorio di Tossicologia Forense Un dirigente chimico Tecnico di Laboratorio	1. Analisi di tutti i campioni richiesti attraverso il Pronto Soccorso Ostetrico/Ginecologico dell'IRCCS "Burlo Garofolo" a fini medico-legali legge 66/96 entro il 31/12/2014. Sono pervenuti a questo scopo

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
“Burlo Garofolo” (protocollo con la Procura della Repubblica del Tribunale di Trieste)	Predisporre l’analisi di screening urinario per la ricerca della ketamina, stupefacente di nuova generazione con eventuale analisi di conferma		nell’anno 2013 complessivamente 15 campioni. 2. Analisi di tutti i campioni richiesti attraverso il Pronto Soccorso Ostetrico/Ginecologico dell’IRCCS “Burlo Garofolo” a fini medico-legali legge 66/96 entro il 31/12/2014.

**DIP - Igiene degli Alimenti e Nutrizione**

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
43. Migliorare la copertura territoriale dei controlli in materia di sicurezza alimentare	Aumento dei sopralluoghi. Effettuazione di controlli congiunti con La Struttura Semplice Tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale	SCIAN Dirigenti Tdp amministrativi	n. 550 interventi ispettivi n. 6 controlli congiunti con La Struttura Semplice Tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale
44. Controllo gestionale interventi ispettivi	Predisposizione schede individuali di valutazione e utilizzo delle stesse per la verifica dell’efficacia dei controlli ufficiali dei Tecnici della Prevenzione SCIAN	Dirigente biologo SS Igiene Alimenti e Bevande	Esecuzione di 16 verifiche con compilazione delle schede di valutazione mirate.
45 Elaborazione di un piano	Adozione delle linee di lavoro previste dal piano operativo re-	SCIAN	Rilevazione dati in 20 strutture assistenziali per anziani.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
operativo aziendale sulla ristorazione collettiva	gionale nel contesto territoriale Un incontro dedicato alla comunicazione e coordinamento del piano operativo con gli altri soggetti interessati, sanitari e non Rilevazione degli aspetti igienico-nutrizionali, assistenziali, strutturali e gestionali nelle strutture assistenziali per anziani		Elaborazione report
46. Programmi di sorveglianza Prosecuzione dei programmi di sorveglianza nazionali utili a sostenere ed orientare i programmi di prevenzione	Effettuazione delle rilevazioni Okkio	SCIAN Dietista Tecnici d. prevenzione Servizio delle professioni infermieristiche, sanitarie e tecniche della prevenzione SCISPPA Assistenti sanitari	Rilevazione nel 100% delle classi individuate dalla programmazione regionale (numero ancora da definire)
47. Attività di promozione sensibilizzazione e formazione Prevenzione obesità e promozione della corretta nutrizione diffusione di indirizzi per la corretta alimentazione, anche in collaborazione con Comuni e Ambiti	Rilevazione della diffusione e adesione alle linee di indirizzo regionali nei servizi di ristorazione scolastica di tutti i Comuni della provincia	Dirigente medico SC	Rilevazione nei 6 Comuni della provincia. Elaborazione di un report

## DIP - Accertamenti Clinici di Medicina Legale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
48. Rinnovo patenti per via telematica	1. Procurare hardware (scanner) e software (programma) per acquisizione dati utenti 2. Adeguare procedure appuntamenti e visite mediche 3. Mantenere contatti con Motorizzazione Civile per risolvere eventuali problemi emergenti	Tutto il personale medico e di comparto della Struttura	Nuova procedura a regime entro il corrente anno con effettuazione di almeno 4000 visite ( o di tutte quelle richieste da marzo in poi, se domanda numericamente inferiore) con invio telematico dei dati
49. Sperimentazione abbinamento 8 <sup>a</sup> Commissione accertamento invalidità con 3° Distretto, per inserire la visita medico-legale nel percorso di cura	1. Dedicare le sedute della 8 <sup>a</sup> CM ad utenti del 3° Distretto 2. Verificare l'inserimento dell'utente in un percorso di cura (se necessario)	Direttore struttura	Relazione finale sui risultati (inserimento degli invalidi in percorsi di cura con presa in carico da parte del Distretto) su casistica di almeno 300 visite nel corso dell'anno, per verificare l'utilità dell'iniziativa ed eventualmente, il prossimo anno, estenderla agli altri distretti.
50. Effettuazione visite fiscali	Programmare attività di medicina necroscopica compatibilmente con orari visite fiscali	Dirigente medico dr. Barbara Bucci	Effettuate almeno 1100 visite fiscali domiciliari nel corso dell'anno.

## DIP - Deontologia e Responsabilità Professionale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>51. Concreta partecipazione dell'Azienda convenuta (ASS1 e AOOUTS) nelle attività di C.T.U. per il tramite del proprio consulente tecnico di parte fisicamente presente alle operazioni peritali.</p>	<p>1. Assicurare l'intervento diretto dell'Azienda nei procedimenti giudiziari che la riguardano, in particolare in tema di responsabilità professionale sanitaria (ASS1 – AOOUTS) presidiando attivamente per il tramite del proprio consulente medico legale le diverse fasi della consulenza tecnica d'ufficio (C.T.U.) (inizio operazioni peritali, prosecuzione delle operazioni, osservazioni alla bozza di consulenza, osservazioni all'elaborato depositato)</p> <p>2. Assicurare la conoscibilità tempestiva da parte dell'Azienda convenuta delle criticità presenti con conseguente possibilità di una eventuale precoce risoluzione transattiva a minore impatto economico.</p>	<p>Deontologia e Responsabilità Professionale (Dirigente medico)</p>	<p>Partecipazione fisica in almeno il 75% dei procedimenti e produzione di un report di sintesi dell'attività di consulenza nel 100% dei procedimenti cui si è fisicamente preso parte</p>

## Centro Cardiovascolare

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Monitoraggio indicatori di PDTA Ospedale –Territorio dell’ “Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare della Provincia di Trieste” per il miglioramento organizzativo e della qualità delle cure.</p>	<p>1. Implementazione dell'utilizzo del Business Object (BO) con la migrazione a SAS Enterprise per la produzione di report organizzativi in rapporto alle singole funzioni medico-infermieristiche deliberate dalla Direzione Aziendale.</p> <p>2. Prosecuzione del monitoraggio degli indicatori 2013 per ciascuna funzione medica e infermieristica. Aggiunta di almeno 3 indicatori di Percorso Ospedale-Territorio, con produzione di report da Business Object da condividere collegialmente e con il Direttore di Struttura.</p> <p>3. Organizzazione di almeno 2 riunioni mediche interne di analisi e discussione con individuazione indicatori 2014</p> <p>4.</p>	<p>1. <u>Dirigente responsabile</u> A. Di Lenarda</p>	<p>1. Piena funzionalità del SAS Enterprise Guide per la parte cardiovascolare</p>
		<p>2-5 Tutto il personale medico ed infermieristico del CCV. Dirigenti e comparto.</p>	<p>2. - Monitoraggio indicatori medici e infermieristici 2013 - Definizione un set di indicatori di Percorso Ospedale-Territorio da monitorare nel 2014 e confrontare con gli anni 2010-2013 - Analisi, piano di intervento e di miglioramento della presa in carico e programmazione follow up successivi.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>Definizione di almeno 3 nuovi indicatori infermieristici di processo e/o risultato, con produzione automatica di report da BO condivisi con il gruppo infermieristico e Direttore di struttura (es. presa in carico N° di pazienti inviati/non inviati a PS/ricovero tra quelli visti in triage, N pazienti con problemi attivi/ intervento infermieristico tra quelli dell’Ambulatorio Infermieristico generale e SCC).</p> <p>5. Condivisione e discussione interna al gruppo infermieristico del CCV: organizzazione di riunioni interne infermieristiche e Direttore di struttura di condivisione, discussione ed ipotesi di intervento migliorativo.</p>		
<p>3. PDTA infermieristico dei pazienti over 65 con Scopenso Cardiaco NYHA 2-3 presi in carico dall’ Ambulatorio</p>	<p>1. Somministrazione del questionario Mini Nutritional Assessment (MNA)</p>	<p>1,2. d.ssa Donatella Radini d.ssa Maria Rosaria Macchiarella</p>	<p>Entro il 30-06-2014 somministrazione del questionario MNA ad almeno 50 pazienti con le caratteristiche dell’obiettivo ed</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Infermieristico. Screening alimentare per identificare precocemente le persone con malnutrizione e/o rischio di malnutrizione ed avviarle al nutrizionista aziendale per la presa in carico.	2. Analisi dei dati ottenuti 3. Segnalazione al Dott. Ciocchi, nutrizionista aziendale, dei pazienti con score a rischio di malnutrizione e/ o con score di malnutrizione per la presa in carico ed attivazione del percorso più appropriato.	Tutto il personale infermieristico ed oss del CCV  In collaborazione con il dott. Ciocchi (D3)	analisi dei dati ottenuti e segnalazioni a dott. Ciocchi
4. PDTA per i pazienti candidati alla terapia con i Nuovi Anticoagulanti Orali (NAO). Implementazione di un programma di informazione ed educazione dei pazienti	1. Realizzazione di un opuscolo informativo sui NAO 2. Programmazione di interventi educazionali di gruppo	d.ssa Donatella Radini d.ssa Maria Rosaria Macchiarella dott. Andrea di Lenarda d.ssa Eliana Grande dott. Carmine Mazzone  Personale infermieristico dedicato alla presa in carico di questi pazienti: Nadia Zeriali, Franca Drigo, Salvatrice Cumbo, Alessandra Torricella	1. Entro il 30 aprile 2014, realizzazione di un opuscolo informativo sui NAO. 2. Entro il 31-12-2014 Programmare almeno 3 eventi educativi di gruppo sui NAO.
5. Ottimizzazione dei percorsi del paziente afferente all'ambulatorio del cardiopatico cronico (ACC) che esegue eco stress allo scopo di migliorare	1. Produzione di un protocollo preliminare all'analisi dell'appropriatezza dell'ecostress in pazienti con cardiopatia ische-	Antonella Cherubini Claudio Pandullo Tutti i medici del CCV Endria Casanova Borca Tiberio Pontoni	1,2. Produzione di protocollo preliminare all'analisi entro 31/3/2014 e raccolta dati, basata su:

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>re l'appropriatezza interna all'ACC e al Lab di ecocardiografia, sfruttare al meglio le risorse disponibili, monitorare i percorsi del paziente con cardiopatia ischemica successivi all'esecuzione dell'eco stress.</p>	<p>mica nota, basato sulle linee guida di appropriatezza in cardiologia</p> <p>2. Raccolta ed analisi dei dati dei pazienti con cardiopatia ischemica cronica che eseguono un eco stress nel 2014, valutando in particolare indicazioni, risultato dell'esame, successive modifiche di percorso diagnostico terapeutico</p> <p>3. Partendo dall'analisi dei dati e dalle indicazioni della letteratura, organizzazione di incontri per la comunicazione di dati su appropriatezza eco stress in cardiopatia ischemia cronica ed eventuale proposta di miglioramento ed ottimizzazione dei</p>	<p>Ambulatorio del Cardiopatico Cronico e di ecocardiografia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- indicazione ad eco stress,</li> <li>- risultato dell'esame (positivo/negativo/non valutabile, variabili essenziali di analisi e risultato)</li> <li>- effetti collaterali durante esame</li> <li>- modifiche dei percorsi diagnostici e terapeutici successivi (terapia, CGF, rivascolarizzazione, ..)</li> </ul> <p><u>Target di analisi:</u> almeno 50 pazienti consecutivi con cardiopatia ischemica seguiti da ACC che hanno eseguito eco stress oppure l'80% dei casi con cardiopatia ischemica sottoposti ad eco stress nel 2014 (se non raggiunti almeno 50 casi)</p> <p>3. Proposta per miglioramento dei percorsi interni del paziente con cardiopatia ischemica cronica, entro 31/12/14</p> <p>4. Newsletter inviata entro 31/12/2014</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>percorsi interni tra ACC e laboratorio di ecocardiografia sulla base delle risorse disponibili.</p> <p>4. Realizzazione di una newsletter riguardante l'appropriatezza delle indagini diagnostiche nel cardiopatico cronico entro il 31-12-2014</p>		
<p>6. Implementazione dell'organizzazione dell'Ambulatorio delle Cardiopatie Congenite dell'adulto (GUCH) di Area Vasta, in collaborazione tra ASS1, ASS 2, AOOUTS, e IRCSS Burlo Garofolo</p>	<p>1. Analisi dei database esistenti dei pazienti adulti affetti da cardiopatia congenita.</p> <p>2. Studio della componente vascolare attraverso esecuzione di eco-color Doppler dei pazienti che afferiscono all'Ambulatorio GUCH con diagnosi di Coartazione Aortica.</p> <p>3. Rafforzamento del network multidisciplinare/ multiprofessionale di Area Vasta tramite sensibilizzazione al problema delle cardiopatie congenite.</p>	<p>Giorgio Faganello Giulia Russo Maurizio Fiscaro Endria Casanova Borca Tiberio Pontoni</p>	<p>1. Aggiornamento del database con definizione completa delle codifiche diagnostiche, interventistiche e chirurgiche entro 31-12-2014</p> <p>2. Approfondimento con Eco Doppler vascolare in almeno il 75% dei pazienti affetti da coartazione aortica e visti ambulatorialmente nel 2014 con misurazione della stiffness carotidea.</p> <p>3. Esecuzione di un meeting ECM di Area Vasta riguardante le problematiche medico/ infermieristiche relative ai pazienti</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>Realizzazione di una Newsletter.</p> <p>4. Implementazione dell'attività dell'Ambulatorio GUCH per stratificazione prognostica completa non invasiva, strutturato tipo day-service</p> <p>5. Attivazione di percorsi formativi/educazionali di counseling per pazienti GUCH</p>		<p>GUCH.</p> <p>Newsletter riguardante la cardiopatia congenita nell'adulto inviata alla mailing list presente nel sito web del CCV.</p> <p>4. Introduzione del test di induzione di ischemia e/o cardiopolmonare nei pazienti interni e/o provenienti dal Burlo e/o dall'Area Vasta (ove indicato) nella stessa giornata della visita in Ambulatorio GUCH in almeno 10 pazienti.</p> <p>5. Almeno due incontri di gruppo di tipo formativo / educativo e multidisciplinare su stili e qualità di vita con pazienti affetti da cardiopatia congenita affetti all'ambulatorio GUCH.</p>
<p>7. PDTA ospedale-territorio nell'ambito delle malattie vascolari critiche in tema di prevenzione dell' ictus cerebrale. Progetto interaziendale tra CCV del-</p>	<p>1. Stesura di un protocollo operativo tra CCV dell'ASS 1 e Chirurgia Vascolare, Anatomia Patologica e Radiologia diagnostica dell' AOUTS per la defini-</p>	<p>Dr. Maurizio Fiscaro Dr.ssa Antonella Cherubini Inf.Nadia Zeriali</p> <p>In collaborazione con AOUTS: Dr.ssa Barbara Ziani (Ch.Va-</p>	<p>1. Stesura di un protocollo operativo entro 31/3/2014</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>l'ASS1 con i reparti di Chirurgia Vascolare, Anatomia Patologica, Radiologia diagnostica dell' AOOTS sulla caratterizzazione della placca carotidea instabile in soggetti asintomatici con stenosi critica a rischio per ictus trombo embolico e candidati a intervento di TEA. Valutazione pluri parametrica della "vulnerabilità" della lesione mediante eco color doppler (ECD), eco contrasto vascolare (CEUS), angio TAC, RMN dei TSA e cerebrale pre TEA e successivo confronto con le analisi istologiche e immuno istochimiche post TEA.</p>	<p>zione del PDTA nei pazienti candidati a TEA carotideo</p> <p>2. Diagnosi e presa in carico di pazienti asintomatici con riscontro di stenosi carotidea critica &gt; 70% (ECD dei TSA) e instabile (CEUS) candidabili a TEA presso l'Ambulatorio Vascolare del CCV ASS1 e della Clinica Chirurgica dell'AOOTS</p> <p>3. Invio a diagnostica radiologica (angio TC dei TSA, TAC e RM encefalica) dei pazienti candidati a TEA carotideo secondo percorsi dedicati e concordati nel PDTA .</p> <p>4. Invio a intervento di TEA carotideo con segnalazione alla Chirurgia Vascolare (AOOTS) dei casi e successiva analisi istologica ed immuno istochimica della placca da parte dell'Anatomia Patologica (AOOTS) secondo percorsi dedicati e con-</p>	<p>scolare ) Dr. Pizzolato (Radiologia) Prof. Rossana Bussani (Anat. Patologica)</p>	<p>2. Presa in carico 10 pazienti entro il 31/12/2014</p> <p>3. Invio a tutti i dei pazienti candidati a TEA a diagnostica radiologica al 31/12/14</p> <p>4. Invio a TEA a tutti i pazienti candidati ed analisi istologica ed immuno istochimica nel 100% delle placche asportate post TEA al 31/12/2014</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>8. Screening della dilatazione e/o dell'aneurisma dell'aorta addominale in pazienti sottoposti ad ecocardiogramma presso il laboratorio di ecocardiografia</p>	<p>cordati nel PDTA .</p> <p>1. Screening della dilatazione o aneurisma aorta addominale in una popolazione non selezionata di pazienti sottoposti a ecocardiografia</p> <p>2. Prendere le dimensioni dell'aorta addominale in quanti più pazienti possibili durante ecocardiogramma transtoracico</p> <p>3. Riportare la misurazione dell'aorta addominale nel referto di ecocardiografia su Cardionet in una popolazione non selezionata di pazienti sottoposti ad ecocardiogramma transtoracico</p> <p>4. Nei pazienti in cui l'aorta addominale risulta di dimensioni <math>\geq 3</math> cm, verificare le dimensioni dell'aorta con ecocardiografia vascolare dell'aorta (in tempi successivi)</p>	<p><u>Laboratorio di ecocardiografia</u>            Claudio Pandullo Antonella            Cherubini Giorgio Faganello            Eliana Grande            Carmine Mazzone            Giulia Russo</p> <p>Endria Casanova Borca            Tiberio Pontoni</p>	<p>1. Creazione di un protocollo operativo che preveda la standardizzazione nella misurazione dell'aorta addominale durante l'esecuzione di ecocardiografia (entro 30.04.14)</p> <p>1.22. Misurazione dell'aorta addominale in almeno 400 pazienti sottoposti ad ecocardiografia nel periodo preso in esame</p> <p>3,4. Valutazione della percentuale di aneurismi dell'aorta addominale riscontrata in una popolazione non selezionata di pazienti sottoposti ad ecocardiografia (e confermati da ecografia vascolare)</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>9. Creazione di un Registro permanente Cardio-Oncologico per il PDTA del danno da farmaci cardiotossici in donne trattate per il carcinoma della mammella in terapia adiuvante</p>	<p>1. Preparazione del Protocollo Operativo del Registro di Cardio-Oncologia</p> <p>2. valutazione con visita cardiologica, ECG ed ecocardiogramma delle pazienti che devono essere sottoposte a terapia con farmaci cardiotossici per carcinoma della mammella al basale ed durante la somministrazione dei farmaci cardiotossici in accordo con il protocollo operativo.</p> <p>3. Esecuzione degli ecocardiogrammi durante la somministrazione dei farmaci cardiotossici secondo protocollo operativo.</p> <p>4. Presenza in carico clinica delle pazienti che sviluppano cardiotossicità</p> <p>5.</p>	<p>Andrea Di Lenarda Giulia Russo</p> <p>In collaborazione con Rita Ceccherini (SC CSO)</p>	<p>1. Creazione del Protocollo Operativo del Registro di Cardio-Oncologia con specifiche del processo clinico-strumentale e definizione dei parametri da inserire nella cartella clinica Cardionet al 30.04.14</p> <p>2. Presenza in carico con visita cardiologica, ECG ed Ecocardiografia di almeno l'80% dei pazienti segnalati dal CSO con le modalità descritte nel protocollo operativo.</p> <p>3. Esecuzione degli ecocardiogrammi previsti dal Protocollo Operativo durante la somministrazione dei farmaci cardiotossici.</p> <p>4. Presenza in carico clinica di almeno l'80% dei pazienti che sviluppano cardiotossicità in accordo con il protocollo operativo.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>Inserimento dei dati cardiologici ed oncologici nella cartella clinica Cardionet secondo le modalità indicate nel protocollo operativo.</p>		<p>5. Inserimento secondo le modalità indicate nel protocollo operativo dei fattori di rischio e dei dati di cardiotossicità in almeno 80% dei pazienti valutati.</p>
<p>10. PAL 2014- Linea n. 1.3.3.5 Cure Palliative</p>	<p>1. Analisi dei bisogni e definizione dei percorsi assistenziali nei pazienti afferenti all'Ambulatorio dello Scopenso Cardiaco Avanzato (ASCA) eleggibili alle cure palliative e terapia del dolore. 2. Raccolta dei dati clinici identificati nel protocollo operativo ed inserimento nella cartella elettronica Cardionet. 3. Analisi dei dati e discussione interna per formulare proposte di miglioramento ed ottimizzazione dei PDTA ed ev. piani di intervento anche in accordo con le risultanze del costituendo gruppo di lavoro aziendale</p>	<p>Dr. Franco Humar Dr. Di Lenarda Personale infermieristico CCV</p>	<p>1. Preparazione del Protocollo Operativo per l'analisi dei bisogni e la definizione dei percorsi assistenziali nei pazienti afferenti all'Ambulatorio dello Scopenso Cardiaco Avanzato (ASCA) eleggibili alle cure palliative e terapia del dolore al 31/3/2014. 2. Raccolta dei dati definiti dal Protocollo Operativo (es. BADL/IADL, PHQ-2, ecc) (target &gt;80% dei pazienti visti in Continuità Assistenziale infermieristica, &gt;50% dei pazienti visti in visita cardiologica) al 31/10/2014 3. Analisi e presentazione dei dati,</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	sulle Cure Palliative		piano di miglioramento e di allineamento al Piano Aziendale sulle Cure Palliative al 31/12/2014
<p>11. Avvio del PDTA per la cardioversione elettrica della fibrillazione atriale nei pazienti in profilassi con i nuovi anti-coagulanti orali (NAO).</p>	<p>1. Stesura di un protocollo che definisca il percorso del paziente in terapia con NAO candidato a CVE.</p> <p>2. Preparazione di un libretto di consigli ed avvertenze per il paziente in terapia con NAO.</p> <p>3. Meeting di struttura per aggiornamento di tutto il personale del CCV sull'utilizzo dei nuovi anticoagulanti orali e sulle procedure da adottare in caso di CVE.</p> <p>4. Avvio della procedura nei pazienti che già in profilassi con NAO abbiano indicazione ed accettino di sottoporsi a CVE</p>	<p>Dott A. Di Lenarda D.ssa E. Grande C.I. D. Radini tutto il personale infermieristico e medico del CCV.</p>	<p>1. Stesura del protocollo entro 30/4/13</p> <p>2. Libretto di consigli per il paziente entro il 30/4/2013.</p> <p>3,4. Procedure effettuate nei pazienti in NAO con indicazioni a CVE.</p>



## Centro Sociale Oncologico

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Appropriatezza tempi d'attesa	Garantire l'appropriatezza dei tempi nell'erogazione del servizio e della terapia	Silva Foladore Silvia Milani Angela Denaro Carla Dellach Antonio Murrone Salvi Ales Laura Danieli Rossana Tonelli Claudia Mauro Patrizia Gregorich Martina Matarrese	1.1 Apertura della cartella elettronica entro 3 gg dal ricevimento della documentazione completa nel 100% dei casi 1.2 Erogazione della prima visita oncologica entro 10 giorni dall'arrivo della documentazione completa > 90% dei pazienti da sottoporre a trattamento chemioterapico 1.3 Inizio del trattamento chemioterapico entro 15 giorni dall'erogazione della prima visita > 90% dei pazienti 1.4 Erogazione entro 48 ore dalla richiesta delle visite senologiche urgenti > 90% <i>(Dati reperibili dal G2 clinico)</i>
2. Appropriatezza prescrittiva	Verifica appropriatezza della prescrizione dei farmaci ad alto costo da parte del CSO.	Silvia Milani Silva Foladore Angela Denaro	100% delle prescrizioni coerenti con le indicazioni registrative dei farmaci indicati.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Analisi delle richieste di Trastuzumab, Bevacizumab, Sunitinib, Pemetrexed, Cetuximab, Sorafenib, Everolimus, , Panitunumab, Abraxane, Lapatinib	Marzia Sisto Manola Iaia Sossi Arianna Straniero Maria Sila Barbara	(FONTE G2 clinico, Registro AIFA)
3. Screening Oncologici. Prosecuzione e consolidamento delle attività	Programmazione percorsi di II° livello ai positivi I° livello diretta da parte del personale a) <b>mammella:</b> esito positivo di Mx di screening viene trasmesso alla segreteria del II livello presso il CSO che provvede a contattare <u>telefonicamente tutte le pazienti</u> e a fissare l'appuntamento per l'approfondimento diagnostico da eseguire presso la radiologia AOTS b) <b>colon.</b> Tutti i FOBT positivi vengono contattati telefonicamente dal personale della segreteria del II livello_per colloquio e organizzazione appuntamento per la colonscopia Sia punto a che punto b: richiamo telefonico dei pazienti	Carla Dellach Claudia Mauro Patrizia Gregorich Martina Matarrese Laura Danieli Salvi Ales Sila Barbara	100% offerta di II° livello ai positivi del primo livello

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	"indecisi" e invio raccomandate per presa atto di eventuale rifiuto		
4. Cure Domiciliari. Mantenimento e miglioramento delle attività in essere	Offrire risposte con appropriata tempistica alle richieste di consulenze oncologiche domiciliari (richieste da Distretti o MMG)	Antonio Murrone Licia Serra Fausta Lorenzon Donatella Klancic Paola Rumiz Lorena Castellani Maria Straniero	- entro tre giorni lavorativi dall'arrivo della richiesta per visite richieste con carattere di priorità - entro 10 giorni dalla richiesta per i controlli 90% dei casi con rispetto delle tempistica indicata  <i>(Fonte registri CSO e G2 : registrazione impegnative : data arrivo, data erogazione visita )</i>
5. Contenimento della Spesa Farmaceutica	Ottimizzazione somministrazione del farmaco oncologico biologico per via endovenosa Trastuzumab, di largo uso e alto costo attraverso la predisposizione di agenda di somministrazione in modo da condividere i dosaggi finali tra più pazienti al fine di ridurre lo scarto	Angela Denaro Rita Ceccherini Silva Foladore Marzia Sisto Arianna Sossi Fausta Lorenzon Manola Iaia Donatella Klancic	Valutazione del n° fiale teorico necessario per paziente vs effettivo consumato : almeno 10% risparmio principio attivo  <i>(fonte G2 clinico per fiale somministrate ; report Farmacia per numero fiale aquisite dal CSO)</i>
6 MIGLIORAMENTO GESTIONALE Implementazione delle procedure	6.1 Utilizzo corretto, completo e sistematico della cartella informatizzata . Prosecuzione dell'attività	Serra Licia Ceccherini Rita Denaro Angela Murrone Antonio	100% delle nuove cartelle registrate e aggiornate : fonte G2 clinico Smaltimento completo di almeno

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>di informatizzazione dell'attività del CSO con riduzione/eliminazione del materiale cartaceo prodotto e archiviato</p>	<p>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>6.2 Inserimento nella cartella come "immagine " tramite scanner di tutti i documenti (referti di consulenze ed esami non importabili dal "visualizzatore referti", consensi, altra documentazione ecc) in modo da ridurre il materiale cartaceo (riduzione necessità archivi e riduzione consumo carta, toner ecc)</p> <p>6.3 Produzione di impegnative elettroniche &gt; 95% dei casi in cui è consentito (Servizi ASS1, AOOTS, Privato accreditato TS )</p>	<p>Dellach Carla Salvi Ales Mauro Claudia Danieli Laura Tonelli Rossana Fausta Lorenzon Marzia Sisto Manola Iaia Sossi Arianna Klancic Donatella Rumiz Paola Castellani Lorena Gregorich Patrizia Matarrese Martina</p>	<p>2 dei 3 depositi archivio cartelle presenti presso il CSO (eliminazione materiale) Riduzione del consumo dei ricettari medici &gt; 90%</p>
<p>7 FORMAZIONE DEL</p>	<p>Programmata una attività di FSC sul tema: carcinoma mammario</p>	<p>Obiettivo Dssa Rita Ceccherini</p>	<p>Preparazione della proposta e avvio per l'accREDITamento</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
PERSONALE	<p>(accreditamento regionale) per tutto il personale del CSO</p> <p>Motivazione: a) la formazione è elemento fondamentale per il miglioramento dell'attività della Struttura e per la valorizzazione della Persona all'interno del gruppo di lavoro b) la rilevanza della casistica di donne affette da carcinoma mammario che affierisce al CSO</p>	Responsabile SS chemioterapia ff Direttore SC CSO	regionale entro il 15/3/2014 Inizio dell'attività di FSC entro 31/3/2014 Partecipazione > del 90% del personale del CSO

## Sistema 118

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Linea 1.1.2.1 Piano dell'Assistenza primaria Implementazione di un processo finalizzato ad evitare accessi in Pronto Soccorso e ricoveri Inappropriati.</p>	<p>1. Individuare le persone per cui viene attivato il servizio 118 non per motivi di emergenza/urgenza e interazione con la rete territoriale</p> <p>2. Incrementare le valutazioni infermieristiche sui codici verdi e bianchi, con eventuale attivazione del medico del Sistema 118 per evitare l'accesso improprio in Ospedale.</p> <p>3. Incremento della presenza medica 118 che, mediante stesura e applicazione di una procedura condivisa con i medici distrettuali finalizzata all'implementazione dei rapporti con MMG, favorisce l'azione di filtro verso le persone a</p>	<p>1. Infermieri Sistema 118</p> <p>2. Infermieri Sistema 118</p> <p>3. Personale medico Sistema 118</p>	<p>1. <u>Indicatore:</u> n° schede informatizzate di Continuità Assistenziale 118/ n° di persone non individuate come emergenza/urgenza <u>Risultato atteso:</u> presenza della scheda <u>Tempo:</u> entro il 31 dicembre 2014 <u>Fonte dati:</u> SIES 118</p> <p>2. <u>Indicatore:</u> n° valutazioni infermieristiche sui codici verdi e bianchi nel 2014 / n° valutazioni infermieristiche sui codici verdi e bianchi nel 2013 <u>Risultato atteso:</u> incremento del 10% rispetto al n° del 2013 (...) <u>Tempo:</u> nel corso del 2014 <u>Fonte dati:</u> SIES 118</p> <p>3. Entro il 30 giugno 2014 stesura della procedura ed avvio della fase applicativa <u>Indicatore:</u> Numero pazienti fragili inviati in PS /Numero di interventi del 118 su di essi <u>Risultato atteso:</u> diminuzione del 10% del secondo rapporto dal valore dal 86% del 2013 <u>Tempo:</u> nel corso del 2014</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>rischio di ricovero improprio, con particolare riferimento ai pazienti fragili delle Case di Riposo.</p> <p>4. Progettazione e stesura di un percorso sperimentale condiviso di attività integrata a domicilio tra infermiere 118 e infermiere di comunità distrettuale.</p>	<p>4. Posizione Organizzativa e Coordinatori Sistema 118</p>	<p>4. Entro il 30 giugno 2014 presentazione alla Direzione del percorso sperimentale di attività di valutazione integrata a domicilio tra infermiere 118 e infermiere di comunità distrettuale.</p> <p>5. Indicatore complessivo di esito <u>Indicatore:</u> Numero di pazienti non ospedalizzati/Numero di pazienti identificati <u>Risultato atteso:</u> _rapporto superiore al 50%</p>
<p>2. Linea n.1.3.3.11 Diabete Fornire il necessario supporto alla definizione e attuazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali finalizzati all'implementazione delle migliori evidenze garantendo il coinvolgimento di tutti i professionisti interessati e successivamente provvedendo all'implementazione dei percorsi così definiti.</p>	<p>1. Definizione e creazione di un PDTA tra i Centri Diabetologici Distrettuali ed il Sistema 118 per la presa in carico dei pazienti che hanno manifestato un episodio di ipoglicemia severa.</p> <p>2. Attuazione del PDTA con segnalazione da parte del Sistema 118 ai Centri Diabetologici Distrettuali dei pazienti con diabete che hanno avuto un episodio di ipoglicemia severa, secondo le indicazioni della IO 136 dd 11/11/2013</p>	<p>1. Responsabile Sistema 118 (dott. Vittorio Antonaglia)</p> <p>2. Infermiere Sistema 118</p>	<p>1. Entro il 30.6.2014 definito e redatto un PDTA tra i Centri Diabetologici Distrettuali ed il Sistema 118 dell'A.S.S. 1 per la presa in carico dei pazienti che hanno manifestato un episodio di ipoglicemia severa.</p> <p>2. <u>Indicatore:</u> n° _schede di segnalazione 118/ n° di persone diabetiche individuate con episodio di ipoglicemia severa <u>Risultato atteso:</u> presenza della scheda <u>Tempo:</u> entro il 31 dicembre 2014</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>3. Linea 1.1.2.1 Piano dell'Assistenza primaria Implementazione di un processo, che limiti l'accesso alle strutture ospedaliere per acuti, in modo particolare verso il Pronto Soccorso, dei pazienti con disturbi cardiologici e cardiocircolatori a basso rischio clinico, secondo un percorso clinico (azione del 118 e del CCV IO 68 bis dd 25/009/2012) attivato in via sperimentale nel 2013.</p>	<p>1. Individuazione del paziente a basso rischio clinico con disturbi cardiologici e cardiocircolatori al fine di inviare ambulanza avanzata o auto medica per valutazione clinica e strumentale teletrasmissibile 2 Individuazione medico-infermieristica del paziente a basso rischio clinico con disturbi cardiologici e cardiocircolatori, contatto con medico CCV, teletrasmissione ECG decisione scelta percorso clinico condiviso con il cardiologo del CCV</p>	<p>1. Infermieri Sistema 118 2. Infermieri e medici Sistema 118</p>	<p>1. <u>Indicatore:</u> Numero di pazienti con attivazione CCV/Numero di pazienti identificati a basso rischio cardiologico <u>Risultato atteso:</u> incremento del 50% rispetto al n° del 2013 (80 attivazioni) <u>Tempo:</u> Entro il 31.12.2014 2.1 Entro il 30.6.2014 verifica e modificazioni dei protocolli e dei percorsi in essere. 2.2 <u>Indicatore:</u> Numero di pazienti non ospedalizzati con attivazione CCV/Numero di pazienti identificati <u>Risultato atteso:</u> incremento del 50% rispetto al n° del 2013 <u>Tempo:</u> Entro il 31.12.2014</p>
<p>4. Linea n. 1.3.3.2 Governo clinico e sicurezza delle cure Revisione e implementazione di tutte le Istruzioni Operative e procedure che necessitano di nuova analisi rispetto alla tempistica di adozione.</p>	<p>1. Identificazione con specifico riferimento temporale di dette IO e procedure e suddivisione di esse secondo criteri di competenze professionali, al fine di creare gruppi di lavoro dedicati. 2. Analisi e revisione delle IO e procedure assegnate al fine di raggiungere l'obiettivo</p>	<p>1. Responsabile Sistema 118 (dott. Vittorio Antonaglia) Posizione Organizzativa e Coordinatori Sistema 118 2. Personale tecnico, amministrativo, infermieri e medici</p>	<p>Il 95% delle IO e Procedure individuate secondo il criterio temporale di adozione, devono essere revisionate entro il 31/12/2014</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		Sistema 118	

## 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. Revisione delle autorizzazioni per l'utilizzo dell'auto privata per ragioni di servizio al fine della razionalizzazione della gestione delle pratiche assicurative correlate alla copertura "kasko".</p>	<p>1. Invio ai Responsabili di SO/SC/SSD degli elenchi d'interesse con richiesta di verifica dei dati e di aggiornamento delle autorizzazioni concesse al personale dipendente e convenzionato in forza presso le rispettive articolazioni organizzative; 2. Verifica dei dati pervenuti; 3. revisione dell'elenco del personale autorizzato all'uso dell'auto propria per ragioni di servizio alla luce delle evidenze acquisite dai Responsabili di SO/SC/SS;</p>	<p>Donatella Bortuzzo  <i>in collaborazione con</i> Igor Pischianz <i>(funzione di supporto segretariale)</i></p>	<p>1. Nota da inoltrare ai responsabili per aggiornamento dati entro il 31/05/2014  2,3 Elenco aggiornato delle autorizzazioni in ragione delle evidenze acquisite entro il 30/11/2014</p>
<p>2. Puntuale ed esaustiva informazione in ordine alla copertura assicurativa kasko nonché semplificazione delle modalità di rilevazione dei dati d'interesse ai fini di</p>	<p>1. Verifica condizioni della polizza "kasko" aggiudicata dal DSC con determina n. 294 dd.28.03.2013; 2. Predisposizione di una circolare</p>	<p>Donatella Bortuzzo Marta Dalla Costa Alessia Fratte</p>	<p>1,2. Circolare esplicativa e relativa modulistica entro il 30/09/2014</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
garanzia	esplicativa delle garanzie previste dalla nuova polizza "kasko" e aggiornamento della relativa modulistica.		
3. Semplificazione delle modalità di rilevazione dei dati d'interesse ai fini dell'attivazione delle garanzie assicurative "r.c. sperimentazioni no profit" e "r.c. del dipendente pubblico incaricato della progettazione"	1. Verifica condizioni delle nuove polizze" rc sperimentazione no profit" e "responsabilità professionale del dipendente pubblico incaricato della progettazione"; 2. Rielaborazione/aggiornamento della modulistica presente nella sezione assicurazioni di intranet relativa alle coperture di cui al precedente p.to 1	Donatella Bortuzzo Marta Dalla Costa Alessia Fratte	Modulistica entro il 30.09.2014
4. Razionalizzazione e riordino dei dati concernenti il conferimento di incarichi esterni a favore di professionisti iscritti ad appositi albi professionali, in conformità alle recenti normative e, nello specifico, del D.Lgs n. 33/2013 (Decreto sulla Trasparenza) e della Legge n. 190/2012 (Dispo-	1. Elaborazione di una tabella sinottica recante i dati identificativi dei singoli conferimenti di incarichi professionali nel periodo da gennaio 2012 a novembre 2014; 2. Creazione di una cartella virtuale per la raccolta e conservazione	Marta Dalla Costa Alessia Fratte	Tabella sinottica ed archivio <i>curricula</i> e moduli dichiarativi di assenza di conflitto di interesse debitamente compilati dai professionisti incaricati entro il 31/12/2014

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
sizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione).	dei <i>curricula</i> dei professionisti incaricati nonché delle dichiarazioni rese dagli stessi in ordine all'assenza di conflitto di interesse.		
5. Razionalizzazione della gestione delle procedure di mediazione delle controversie civili per il risarcimento del danno derivante da responsabilità medica ex D.Lgs.n. 28 dd. 04.03.2010 e ss.mm. alla luce dei recenti interventi legislativi modificativi della materia e della regolamentazione a cura del DSC.	1. Analisi delle disposizioni vigenti in materia di mediazione delle controversie civili per il risarcimento del danno derivante da responsabilità medica; 2. Valutazione di adeguatezza delle disposizioni formalizzate con delibere aziendali n. 333 dd. 19.09.2011 e n. 442 dd. 23.12.2011 ed eventuale predisposizione di nuovo schema provvedimentale aggiornato alla luce della novella introdotta in materia dal D.L. n. 69 dd. 21.06.2013 convertito con L.n. 98 dd. 09.08.2013.	<u>obiettivo dirigenziale</u> Daniela Zaro	Scheda sinottica illustrativa della materia e bozza delibera (quest'ultima se necessaria) entro il 31/12/2014

SPPA

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Promozione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, formazione dei lavoratori secondo quanto previsto dall'accordo stato -regione	Predisposizione e attuazione di 7 eventi formativi residenziali in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro secondo quanto previsto dall'accordo stato-regione.	Fabio Aizza Mauro Travan Stella Lorenzi Roberto Pozzetto Riccardo Pascolutti Monica Minniti Rita Vucas	4 corsi di formazione Tempistica entro il 30/06/2014 3 ulteriori corsi di formazione Tempistica entro il 31/12/2014
2. Monitoraggio condizioni di sicurezza <i>shelter screening</i> mammografico	Sopralluoghi presso le Sedi di: - Comprensorio San Giovanni (Spazio Rosa) - Muggia Distretto - Aurisina Distretto per la verifica dell' idoneità degli spazi a disposizione, delle condizioni di sicurezza nel posizionamento nonché nella predisposizione dell'allacciamento elettrico e informatico	<u>obiettivo dirigenziale</u> Fabio Aizza	Verifica delle condizioni di sicurezza e logistiche inerenti lo spostamento e il posizionamento dello <i>shelter per lo screening</i> mammografico presso le Sedi di Duino Aurisina, Muggia e Comprensorio di San Giovanni (Spazio Rosa) entro il 30/04/2014  Verifica del secondo posizionamento <i>dello shelter</i> all'interno del Parco di San Giovanni e verifica della funzionalità della cartellonistica per il presente Sito entro il 31/12/2014
3. Implementazione del Sistema di gestione della sicurezza e salute sul lavoro SGSL UNI INAIL	Predisposizione di una specifica procedura per la gestione dei Dispositivi di Protezione Individuali (D.P.I.)	Fabio Aizza Mauro Travan Stella Lorenzi Roberto Pozzetto Riccardo Pascolutti	Predisposizione dello schema di procedura da sottoporre alla Direzione entro il 30/11/2014.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		Monica Minniti Rita Vucas  <i>in collaborazione con il personale del Supporto Gestione Servizi Generali - Magazzino Vestiario (Corrado Giovanoni e Loris Zangrando)</i>	

**Funzione Certificazione e Accreditamento**

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Completare la documentazione richiesta dai requisiti BFCI dell'Unicef	Redigere una procedura per l'esecuzione e gestione dei monitoraggi richiesti dall'accREDITamento BFCI	Giuseppe Romano	Trasmissione alla Responsabile del progetto di accREDITamento BFCI della procedura per l'esecuzione e gestione dei monitoraggi BFCI entro il 31/12/2014
2. Integrare la documentazione per lo svolgimento di un corso di formazione sul percorso clinico-assistenziale predisposto per le persone affette da lesioni cutanee	Redigere un diagramma di flusso del percorso clinico-assistenziale predisposto per le persone affette da lesioni cutanee	Giuseppe Romano	Trasmissione alla Presidente della Commissione ulcere del diagramma di flusso entro il 31/03/2014
3. Aggiornare l'archivio planimetri-	1. Effettuare i sopralluoghi presso le	Giampaolo Monaro	Inserire in una cartella del server aziendale i file delle planimetrie

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
co informatizzato relativo ai locali delle SC TSBADOF distrettuali interessati dall'accREDITamento BFCI dell'UNICEF	sedi distrettuali delle SC TSBADOF per verificare la posizione e la destinazione dei locali 2. Riportare nelle planimetrie le eventuali modifiche		aggiornate entro il 31/12/2014
4. Soddisfare i requisiti richiesti dall'accREDITamento BFCI dell'UNICEF relativi alla corretta ed aggiornata segnaletica dei locali delle SC TSBADOF distrettuali	1. Partecipare agli audit presso le sedi distrettuali delle SC TSBADOF e verificare lo stato della segnaletica 2. Predisporre un report da trasmettere alla Programmazione strategica – Grafica/Editing aziendale con le indicazioni per una modifica/integrazione/aggiornamento della segnaletica distrettuale	Giampaolo Monaro	Azione 1 Partecipare a 4 audit entro il 31/03/2014  2. Trasmettere il report alla Programmazione strategica – Grafica/Editing aziendale Tempistica: entro il 30/04/2014

**Funzione Gestione Ambientale Aziendale**

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Corso gestione rifiuti e rischio biologico presso la Casa Circondariale di Trieste	Predisposizione ed effettuazione di 4 corsi di formazione sul campo in materia di gestione e smaltimento dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo	Francesca Dragani Luisa Ripa Elena Berni Elisabetta Cavazzon Giovanna Tromba	Risultato: 4 corsi di 4 ore Tempistica: 2 corsi entro il 30.6.2014 2 corsi entro il 31.12.2014

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	destinati al personale amministrativo e sanitario della Casa Circondariale di Trieste		
2. Sviluppare le competenze degli operatori sulla nuova operatività del sistema SISTRI	Predisposizione ed effettuazione di almeno 15 corsi di formazione, della durata di 4 ore ciascuno, per istruire, mediante esercitazioni pratiche su pc, gli operatori che inseriranno i dati relativi allo smaltimento dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo utilizzando la chiavetta informatizzata	Francesca Dragani Luisa Ripa Elena Berni Elisabetta Cavazzon Giovanna Tromba	15 corsi di formazione sul campo di 4 ore ciascuno entro il 31.12.2014
3. Sviluppare le conoscenze sui costi di smaltimento farmaci e sul corretto smaltimento dei rifiuti	Predisposizione di incontri presso le strutture dell'ASS1 in collaborazione con il Servizio Infermieristico Aziendale al fine di far conoscere ai dirigenti infermieristici, ai coordinatori ed al personale interessato l'andamento dei costi sostenuti dall'Amministrazione per lo smaltimento farmaci, sensibilizzare il personale a porre in atto azioni utili alla riduzione degli stessi e per	Francesca Dragani Luisa Ripa Elena Berni Elisabetta Cavazzon Giovanna Tromba	Incontro per ogni Distretto e Dipartimento (che gestisce rifiuti e farmaci) di 2 ore ciascuno entro il 31.12.2014

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	ribadire la cultura della corretta gestione dei rifiuti.		

**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
1. Artt. 3, comma 1 quater, e 17 del D.Lgs. n. 502/1992, come modificato dal DL 158/2012 (c.d. Decreto Balduzzi). Segreteria del Collegio di Direzione dell'A.S.S. n. 1 "Triestina".	1. Creazione del libro delle adunanze e deliberazioni del Collegio di Direzione dell'A.S.S. n. 1, in cui vengono archiviati i verbali delle sedute del Collegio: predisposizione del supporto consistente nella sequenza delle pagine numerate e siglate; 2. Estrazione di copia del libro al 30.6.2014 e 31.12.2014 3. Raccolta delle presenze alle riunioni del Collegio; 4. Costruzione dell'indice annuale degli argomenti all'ODG alle sedute del Collegio.	Luisa Giove Lorena Battista	Creazione del supporto e trasmissione dell'estrazione di copia del libro al 30.6.2014 ad al 15.12.2014 alla Direzione strategica rispettivamente entro il 15.7.2014 e 31.12.2014  Relazione entro il 31.12.2014
2.	1.	Luisa Giove	Bozza di deliberazione entro il

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Aggiornamento dei contenuti della delibera n. 473 dd. 29.12.2011 recante "Costituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Prestazione (O.I.V.) dell'A.S.S. n. 1-Triestina".</p>	<p>Analisi della normativa nazionale e regionale e dei contratti vigenti, disciplinanti le funzioni e le competenze degli organismi interni di valutazione</p> <p>2. Verifica dell'adeguatezza dei contenuti del provvedimento n. 473/2011, alla luce delle risultanze dell'istruttoria;</p> <p>3. Redazione del testo in bozza della delibera di proroga o rinnovo dell'O.I.V. dell'A.S.S. 1.</p>	<p>Brigida Romeo</p>	<p>15.12.2014</p>
<p>3. Cura della Rassegna giuridica aziendale.</p>	<p>1. Lettura ragionata della Gazzetta Ufficiale e del Bollettino Ufficiale Regionale;</p> <p>2. Estrazione della normativa che si applica all'Azienda e/o comunque di interesse ai fini dell'attività aziendale;</p> <p>3. Invio selettivo alle singole Strutture competenti delle norme estratte, di regola entro 15 giorni</p>	<p>Antonella Greco Brigida Romeo Maria Teresa Galimi</p>	<p>Report riepilogativo/relazione (periodo di riferimento 1.1.2014-30.11.2014) entro il 31.12.2014</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	dall'avvenuta pubblicazione (inol- tro contestuale ove necessario ed urgente).		
4. Ottimizzazione del percorso di adozione atti deliberativi e con- trollo delle determinate dirigenziali.	1. Predisposizione degli elenchi settimanali degli atti deliberativi proposti alla firma della Direttore generale; 2. Predisposizione degli elenchi delle determinazioni dirigenziali adottate nel corso della settima- na; 3. Inoltro degli elenchi ai Direttori, al Responsabile della S.C. Finanza e Controllo ed alla PO Segreteria di Direzione; 4. Una volta approvate le delibera- zioni, invio selettivo della comu- nicazione di avvenuta adozione dell'atto alla rispettiva Struttura proponente entro 3 giorni.	Lorena Battista Maria Teresa Galimi Antonella Greco	Report riepilogativo/relazione (periodo di riferimento 1.1.2014- 30.11.2014) entro il 31.12.2014
5. Coordinamento dell'allestimento e spostamento del materiale re-	Garantire lo svolgimento della mostra nei seguenti periodi e sedi:	Igor Pischianz	Relazione finale entro il 31.12.2014

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
lativo alla mostra itinerante “Le cure pulite sono cure più sicure”, in collaborazione con la SS GSG.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dal 01/04/2014 al 19/05/2014 Distretto 3 - via Puccini</li> <li>- dal 19/05/2014 al 07/07/2014 Distretto 4 - Muggia</li> <li>- dal 07/07/2014 al 01/09/2014 Distretto 1 - via Stock</li> <li>- dal 01/09/2014 al 13/10/2014 Distretto 1 - sede di Aurisina</li> <li>- dal 13/10/2014 al 01/12/2014 Distretto 2 - via Pietà</li> </ul>		

## Programmazione Strategica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Sistema di monitoraggio e controllo direzionale	Effettuare la ricognizione e la selezione ragionata degli indicatori di attività ed economico gestionali significativi individuando per ciascuno tempistiche e modalità di rilevazione e comunicazione aziendale. Produzione di report ragionato e analitico periodico	Marco Braidà Marco Spanò	Invio alla direzione strategica di report di monitoraggio periodici a partire dal secondo semestre
2. Profilo di salute per il Piano di Assistenza Primaria	Predisposizione e trasmissione di un rapporto di analisi dei consumi della popolazione della provincia di Trieste nell'ottica della produzione del Piano di Assistenza Primaria contenente: - analisi sociodemografica - principali indicatori di attività e performance - punto di vista del prescrittore	Marco Braidà Marco Spanò	Profilo entro il 30 giugno 2014
3. Realizzare progetti grafici di comunicazione sociale	Progettare e realizzare in coordinamento con le diverse strutture aziendali richiedenti prodotti grafici e di editing	Grafica - Editing Aziendale Roberto Michelazzi Paola De Poli Lino Orsini	Almeno 5 prodotti grafici realizzati
4. Migliorare la segnaletica aziendale	1 Ridefinire le esigenze e i nuovi	Grafica - Editing Aziendale Roberto Michelazzi	Completata la segnaletica in almeno una sede aziendale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
dale	<p>percorsi per la struttura da aggiornare</p> <p>2. Presentazione del progetto definitivo a seguito di confronti e verifiche tecniche necessarie</p> <p>3. Ordine e montaggio della segnaletica nuova.</p>	Lino Orsini	
<p>5. Supporto alle attività amministrative di segreteria dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance di ASS1</p>	<p>1. Gestione della corrispondenza dell'OIV tramite PEC e casella di posta.</p> <p>2. Archiviare la posta in entrata e in uscita e tenere aggiornato l'archivio informatico degli atti dell'OIV presso la SS Programmazione Strategica</p>	Paola De Poli	<p>1. Casella di posta elettronica attivata e corrispondenza (mail ordinaria e PEC) correttamente archiviata</p> <p>2. Archivio digitale degli atti dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance di ASS1</p>

## Ufficio Relazioni con il Pubblico

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Implementazione della banca dati " Gestione reclami urp fvg"	1. Inserimento puntuale progressivo dei reclami e predisposizione del report semestrale delle attività ( giugno 2014-dicembre 2014)	Antonietta Procida Lorenzo Crevatin	1.1 Dati Insiel mensili per confronto report semestrale delle attività a conferma dell'inserimento avvenuto
2. Valutazione della qualità delle strutture accreditate secondo la prospettiva del cittadino	2.1 Attività di coordinamento formazione e verifica con le strutture accreditate ( Salus, Sanatorio Triestino e Pineta del Carso) promossa dalla Direzione Centrale Salute - Agenas e dall' Agenzia di valutazione Civica di Cittadinanza attiva 2.2 compilazione della checklist e del diario di bordo previsti dal Ministero nelle strutture coinvolte.	Sara Sanson	2.1 Verifica e inoltro del materiale prodotto alla Direzione Centrale Salute entro 30 aprile 2014
	2.2 Inserimento dati audit ( checklist e diario di bordo) nel portale Agenas	Antonietta Procida Lorenzo Crevatin	2.2 Dati inseriti nel portale Agenas (link indicato e ino
3. Miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari di ass1 attraverso	Programmazione di almeno tre incontri con i referenti della comunicazione di ASS1 (delibera	Piero Cortese Micòl Broussard	Predisposizione dei verbali dei tre incontri entro 31/12/2014

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
informazioni aggiornate .	n.97 del 5/03/2013 )		
4. Programmazione delle Attività di informazione /comuni- cazione attraverso il numero ver- de Sanità	Monitoraggio delle richieste tele- foniche	Micòl Broussard Piero Cortese	Report mensile da inoltrare a Li- nea amica e report semestrali
5. Coordinamento delle attività pre- viste nella intesa di collaborazio- ne tra ASS n.1 Triestina e Co- mune di Trieste area educazione per la realizzazione di interventi sinergici finalizzati alla promozio- ne della salute dei giovani delibera n. 448 del 27/11/2013	5.1 Monitoraggio delle attività 5.2 Programmazione di almeno due incontri con i referenti azien- dali e referenti del Comune di Trieste	Sansone Sara	Realizzazione di almeno 2 pro- getti previsti nell'accordo (rela- zione finale)

## 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	Inserimento dei dati personali e sensibili dei singoli utenti all'interno dell'apposito programma di registrazione "GECO"	Funzione supporto alla Direzione Sanitaria  Fabiola Caputo	Evidenza dell'inserimento delle schede nel sistema GECO. (N. Schede inserite per il 2014 =>al 2013 Risultato : Report di Sintesi degli inserimenti
2. Informazione/Formazione sul campo agli operatori sanitari in relazione alla corretta gestione della modulistica di cui al punto 1	Incontri programmati nella varie sedi aziendali con gli operatori a contatto con l'utenza per l'ottimizzazione dei percorsi burocratici e gestionali della modulistica relativa alla Privacy, al fine di un corretto inserimento dei dati nel programma GECO (VEDI PUNTO 1)	Funzione supporto alla Direzione Sanitaria  Fabiola Caputo	Produzione di un report riepilogativo ( ALMENO 10 INCONTRI ) relativo agli incontri /formazione effettuati con gli operatori delle varie sedi aziendali.
3 Cura della Rassegna Stampa Aziendale tratta dai quotidiani Forniti dall'URP	1 Lettura ragionata dei quotidiani il Piccolo- Corriere della Sera- Messaggero Veneto 2 Estrazione di articoli sanitari ai fini Aziendali 3 Invio selettivo alle Singole Strutture	Funzione supporto alla Direzione Sanitaria  Fabiola Caputo	Azione 1-2-3- Risultato: evidenza delle effettuate trasmissioni dei vari articoli via mail a strutture precedentemente stabilite. Documentazione agli atti della struttura

## Direzione sanitaria: Ufficio Progetti Area Sanitaria

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Progetto “Buone pratiche contro la pedofilia” ai sensi della L.R. 20/04 art 21	1. Partecipazione al Tavolo di Coordinamento del progetto per definire gli obiettivi e le azioni in ambito formativo e operativo. 2. Predisposizione del progetto e protocollo tra enti partners per la richiesta di finanziamento anno 2015 in sinergia con Comune di Trieste (capofila progetto Comune di trieste)	Ufficio Progetti Area Sanitaria Valentina Iurman	Stesura progetto per l’attività 2015 entro il 31.12.2014
2 Facilitare l’accesso della popolazione immigrata ai servizi aziendali territoriali Prog. Regionale “Mediazione culturale in sanità”.	1. Coordinamento dell’attività di mediazione culturale programmata c/o le strutture distrettuali e dipartimentali dell’Azienda 2. Predisposizione della relazione illustrativa dell’attività svolta e dell’utilizzo del finanziamento regionale concesso	Ufficio Progetti Area Sanitaria Valentina Iurman	Relazione illustrativa con allegato rendiconto inviato alla Regione FVG entro 31 dicembre 2014
3. Riorganizzazione delle	1. Collaborazione e mediazione con	Segreteria Pap test	Mantenimento dei parametri richiesti dallo screening

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>procedure organizzative tra le varie componenti dello screening. ( ASS1, Anatomia Patologica, Burlo, coop. Lybra)</p>	<p>il personale delle varie strutture coinvolte.                      2. Comunicazione informatizzata con il Burlo , sul 2° liv.                      3. Monitoraggio dell'andamento omogeneo, nella consegna dei vetrini di prelievo settimanali all'AP.</p>		
<p>4. Promozione e consolidamento del progetto per la promozione degli screening oncologici femminili tra le donne utenti del DSM</p>	<p>1 Collaborazione con il DSM sui casi di pap-test con anomalie, già individuati.                      2 Collaborazione alla formazione del personale del DSM .</p>	<p>Segreteria Pap test</p>	<p>1                      Al 31/12/2014 contattate il 100% delle donne con pap test con anomalie.                      2                      Al 31/12/2014 ,1 o 2 incontri con il personale del DSM selezionato .</p>

## Direzione Sanitaria – Medico Competente (risk manager)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Interventi in tema di stress lavoro correlato e benessere organizzativo</p>	<p>1. Invio in consulenza dei dipendenti con patologie e disturbi stress lavoro correlati</p> <p>2 Rivalutazione dello stress-lavoro correlato utilizzando il questionario HSE ISPELS e il Questionario per la valutazione del benessere organizzativo nelle PA</p>	<p><u>Direzione Sanitaria</u> Medico competente</p> <p><i>in collaborazione con</i> <i>Dirigente medico psichiatra</i> <i>SC Dipendenza da sostanze legali del DdD</i> <i>SPPA (psicologo del lavoro)</i> <i>TdP Dipartimento di Prevenzione</i> <i>CUG</i></p>	<p>1 Effettuazione della consulenza a tutti i dipendenti inviati al dirigente medico psichiatra 31/12/14</p> <p>2.1 Integrazione del Questionario per la valutazione del benessere organizzativo nelle PA, con il questionario HSE ISPELS</p> <p>2.2 Rielaborazione degli eventi sentinella (assenze, infortuni mobilità). Report finale</p> <p>2.3 Somministrazione del questionario HSE ISPELS per la valutazione degli indicatori oggettivi a 4 strutture aziendali</p> <p>2.4 Somministrazione del questionario soggettivo modificato ai dipendenti delle 4 strutture aziendali indagate 31/12/14</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>2. Implementazione del sistema di incident reporting</p>	<p>1 Completare la formazione di tutto il personale sul rischio clinico e sul corretto utilizzo della scheda di incident reporting</p> <p>2 Esecuzione di RCA in caso di eventi che superino lo score di 6</p> <p>3 Analizzare e valutare periodicamente i dati raccolti al fine di attivare processi di miglioramento</p>	<p><u>Direzione sanitaria</u> Medico competente (risk manager)</p>	<p>1 N. operatori di almeno 2 strutture operative che partecipano alla formazione sul campo nelle sedi di lavoro, differenziati per qualifica/ N. totale operatori per sede della formazione, differenziati per qualifica = &gt; 70%</p> <p>2 Esecuzione di almeno 1 RCA (se eventi con score &gt; di 6)</p> <p>3. Monitoraggio delle segnalazioni e valutazione delle azioni intraprese. Report annuale.</p> <p>31/12/2014</p>

## Servizio Infermieristico Aziendale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. ADEGUAMENTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA revisione e standardizzazione della cartella clinica delle 4 RSA (progetto Valdoc01)	Revisione e standardizzazione delle cartelle cliniche di RSA: presenza e completezza dei documenti. Realizzazione 4 audit col personale presso le 4 strutture	Dirigente SC SIA	Almeno 4 incontri di audit (1 per RSA) per valutare il risultato delle verifiche e concordare eventuali attività di miglioramento. Realizzare 1 report semestrale di monitoraggio e 1 report finale
2. Applicazione dei protocolli per la corretta identificazione del paziente in RSA San Giusto	1. Realizzare 1 audit di formazione del personale della RSA San Giusto - Distretto 2 2. Effettuare 2 osservazioni (una a semestre) sulla corretta identificazione del malato in RSA	Dirigente SC SIA	1. Almeno 1 audit con il personale dell'RSA San Giusto 2. N° di assistiti presenti con bracciale/ numero totale di assistiti presenti al momento dell'osservazione= 90%
3. Sviluppo, applicazione e informatizzazione VALGRAF – GENESYS – ICD9- CM	Realizzare audit di promozione e verifica della corretta gestione del sistema informativo/informativo relativo all'uso e implementazione dei dati VALGRAF e ICD9 – DM nel sistema regionale	Dirigente SC SIA	Almeno 2 audit realizzati con i responsabili infermieristici e della riabilitazione
4. ADEGUAMENTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA revisione e standardizzazione della cartella clinica delle 4 RSA	1. Revisione e standardizzazione delle cartelle cliniche. Verifica della presenza e completezza dei seguenti documenti:	Meriggi Penzo	1. N. di cartelle chiuse in RSA con almeno 5 giornate di degenza contenenti i documenti previsti/numero di cartelle sele-

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
(progetto Valdoc01	<ul style="list-style-type: none"> <li>• consenso informato</li> <li>• scala di valutazione del rischio da lesioni da decubito</li> <li>• scala di valutazione del rischio cadute</li> <li>• valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e rivalutazione quotidiana durante il periodo di degenza</li> <li>• foglio unico di terapia nei primi 7 gg</li> <li>• presenza di raccordo farmacologico</li> <li>• valutazione della presenza di possibili allergie</li> <li>• valutazione dello stato nutrizionale</li> </ul> <p>2. Adeguamento della cartella clinica alla check list del progetto Valdoc01</p> <p>3. Verifica della corretta valutazione del dolore in tutte le RSA, sia a gestione diretta che in appalto o convenzione, con presenza della misurazione entro 24 ore e moni-</p>		<p>zionate (5 verificate a bimestre =30 cartelle verificate /anno per ogni RSA. Totali 120 ) = o &gt; 65%</p> <p>2. Verifica della presenza in almeno il 60% delle cartelle RSA degli elementi della check list del progetto Valdoc01</p> <p>3. N° di cartelle chiuse in RSA contenenti la scheda di valutazione del dolore compilata entro 24 ore dall'ingresso (5 cartelle verificate a bimestre =30 cartelle verificate /anno per RSA) = o &gt; 90%.</p> <p>Monitoraggio quotidiano del dolore in 5 cartelle chiuse (5 cartelle verificate a bimestre =30 cartelle verificate /anno per RSA): in ogni cartella il monitoraggio quotidiana</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	toraggio quotidiano del dolore.		no del dolore/giornate di ricovero = o > 80%
5. Applicazione dei protocolli per la corretta identificazione del paziente in RSA	<p>1. Utilizzo di procedure standardizzate per la corretta identificazione dei pazienti tramite nome, cognome e data di nascita</p> <p>2. Verifica dell'introduzione nelle RSA non a gestione diretta (in appalto o convenzionate) del metodo di identificazione attraverso braccialetto identificativo</p>	Meriggi Penzo	<p>1 Almeno 2 verifiche/anno per la durata di 1 turno di lavoro dell'utilizzo di procedure standardizzate per la corretta identificazione dei pazienti tramite nome, cognome e data di nascita di: <i>Numero di corrette identificazioni del paziente/N. totale delle procedure che richiedono identificazione nel periodo indice = o &gt; 75%</i></p> <p>2 Numero di pazienti presenti al momento dell'osservazione nelle RSA con braccialetto identificativo /numero totale dei pazienti presenti al momento dell'osservazione = o &gt; 50%</p>
6. Prevenzione dei danni da caduta accidentale in RSA	1. Formalizzazione della procedura aziendale di sorveglianza delle cadute e prevenzione dei danni da caduta in RSA.	Meriggi Penzo	1. N° di operatori neoassunti formati sul protocollo aziendale differenziati per qualifica /n° operatori neoassunti totali differenziati per qualifica delle RSA = > 70%

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>2. Revisione della scheda per la rilevazione delle cadute integrativa della scheda di incident reporting.</p> <p>3. Condivisione della procedura e introduzione della valutazione del danno nelle RSA non a gestione diretta (in appalto o convenzione)</p>		<p>2. N° di cartelle chiuse in RSA contenenti la scheda di valutazione del rischio cadute compilata in modo completo/numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre =30 cartelle verificate /anno per RSA) = o &gt; 80%</p> <p>3. Almeno 2 incontri di audit/anno nelle RSA in appalto per coordinare la raccolta dei dati sulle cadute (numero e livello di danno), valutare i risultati delle verifiche e concordare attività di miglioramento</p>
<p>7. Introduzione di Raccomandazioni sul corretto uso dei cateteri urinari</p>	<p>1. Elaborazione di un protocollo operativo sul corretto uso dei cateteri urinari sulla base delle LLGG internazionali e nazionali</p> <p>2. Formazione del personale</p>	<p>Meriggi Penzo</p>	<p>1. Protocollo operativo condiviso da tutte le strutture aziendali</p> <p>2. Personale infermieristico del SID e delle RSA formato /personale infermieristico del SID e delle RSA = o &gt;40%</p>
<p>8. Sperimentare un sistema di valutazione degli esiti del trattamento</p>	<p>1. Progettazione del percorso formativo</p>	<p>Trabona Zortea</p>	<p>Realizzazione di n. 4 audit: Il 90% degli infermieri del SID del distretto n. 4 ricevono il tutorato</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
delle lesioni cutanee in ambito domiciliare	2. Realizzazione di audit formativi per infermieri e coordinatori infermieristici del distretto n. 4 3. Tutorato clinico sulla valutazione delle lesioni e delle procedure di applicazione dei PDTA interaziendali 4. Progettazione, realizzazione e gestione di uno specifico database per la valutazione degli esiti		Report di valutazione gli esiti del trattamento delle lesioni cutanee prese in carico nel SID del distretto n. 4 dal 03/02/2014 al 31/12/2014
9. Adottare e diffondere le LLGG regionali “LdP: prevenzione e trattamento”	1. Adozione delle LLGG regionali  2. Progettazione e realizzazione di un evento formativo per formatori	Trabona Zortea	1. Proposta di Deliberazione dell'adozione delle LLGG regionali entro 30 giorni dalla pubblicazione 2. Tutti i referenti distrettuali sulle LdP, i coordinatori delle RSA e delle strutture protette, gli infermieri della continuità assistenziale formati sulle LLGG

**Servizio Riabilitativo Aziendale**

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1</p> <p>Linea n. 1.3.3.4 Assistenza protesica: Applicazione del Piano Regionale di revisione dell'assistenza protesica e ai regolamenti di attuazione adottati in Area Vasta</p>	<p>1.</p> <p>Organizzazione di eventi formativi per ASS1 e AOOTS per condividere i regolamenti Aziendali e le modalità operative</p> <p>2.</p> <p>Applicazione sperimentale del nuovo regolamento di "Assistenza Protesica"</p>	<p>Personale della S.S. Dipartimentale Riabilitazione Aziendale</p>	<p>1.</p> <p>Organizzazione di almeno 1 evento formativo sull' " Assistenza protesica" rivolto al personale di ASS1 e AOOTS:</p> <p>a) Formazione sul programma SI3C,</p> <p>b) Formazione sul campo su "Revisione dei regolamenti di ASS1/AOOTS di assistenza protesica" ,</p> <p>c) Formazione residenziale su nuovi regolamenti e procedure per assistenza protesica.</p> <p>2.</p> <p>Produzione della nuova modulistica per l'Assistenza protesica e sua sperimentazione su almeno 30 proposte prescrittive per ogni Distretto</p>
<p>2.</p> <p>Migliorare l'offerta riabilitativa ambulatoriale presso i centri privati accreditati convenzionati attraverso una sperimentazione (PAL Linea 1.1.2.1. )</p>	<p>1.</p> <p>Predisporre criteri di appropriatezza prescrittivi per invio da MMG verso le strutture private</p> <p>2.</p> <p>Individuare le modalità di monitoraggio e controllo dell'erogazione</p>	<p>Personale della S.S. Dipartimentale Riabilitazione Aziendale</p>	<p>Definizione di un documento sui Criteri di appropriatezza prescrittiva e sul sistema di monitoraggio e controllo.</p> <p>Report sull'attività di monitoraggio e controllo svolta</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	delle prestazioni riabilitative ambulatoriali effettuate dai centri privati accreditati convenzionati		
<p>3. Linea n 1.3.4.2 Riabilitazione Condividere la rete per le Gravi Cerebrolesioni Acquisite</p>	<p>1 Organizzazione della formazione in collaborazione con AOOTS sulla rete per le Gravi Cerebrolesioni Acquisite</p> <p>2. Monitorare le valutazioni dei pazienti con GCA in ricovero estensivo.</p>	<p>Personale della S.S. Dipartimentale Riabilitazione Aziendale</p>	<p>1. Almeno 1 evento formativo in collaborazione con AOOTS</p> <p>2. Monitoraggio e relazione finale delle valutazioni dei pazienti con GCA in ricovero estensivo.</p>

## Gestione Convenzioni Medicina Generale e Specialistica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Accordi contrattuali con gli erogatori privati accreditati in Area Vasta Giuliano – Isontina (A. V.) per l'erogazione di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale nel 2014.	1. Stipula dell'Accordo aziendale con le Associazioni rappresentative degli erogatori privati per le Case di Cura in Area Vasta (A.V.) 2. Stipula dell'Accordo aziendale con le Associazioni rappresentative degli erogatori privati per la specialistica ambulatoriale in A.V. 3. Stipula degli accordi aziendali, quale azienda sanitaria di riferimento, con i singoli privati accreditati per l'attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale 4. Stipula di presa d'atto degli accordi in Area Vasta Giuliano Isontina per il 2014.	Responsabile struttura dr. Adeli Mattiussi	1. Definizione per la sottoscrizione dell'accordo entro il 20 marzo 2014.  2. Definizione per la sottoscrizione dell'accordo entro il 20 marzo 2014.  3. Definizione accordi entro il 31 marzo 2014.  4. Stipula prese d'atto entro il 31.12.2014.
2. Elaborazione di un regolamento aziendale per il Servizio di Conti-	1. Analisi delle criticità dell'attività della continuità assistenziale	Battiston Alessandro Lorello Arianna	1. Elaborazione di un testo condiviso inerente al Regolamento

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
nuità Assistenziale	<p>2. Elaborazione di una bozza di regolamento per il Servizio di Continuità Assistenziale</p> <p>3. Condivisione del testo elaborato con i medici del Servizio, con le strutture aziendali interessate e con le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative</p> <p>4. Stesura definitiva del regolamento e presentazione al Comitato Aziendale ai fini della successiva adozione</p>		<p>aziendale per il Servizio di Continuità Assistenziale entro il 30.09.2014</p> <p>2. Presentazione del testo in sede di Comitato Aziendale entro il 31.12.2014</p>
3. Predisposizione di una scheda previdenziale individuale del personale convenzionato	<p>1. Verifica anagrafica del personale convenzionato (270 unità) al fine dell'individuazione del target destinatario della scheda previdenziale (over 60 anni).</p> <p>2. Predisposizione di una scheda previdenziale individuale, in formato elettronico.</p> <p>3. Compilazione delle singole sche-</p>	<p>Battiston Alessandro                      Lorello Arianna                      Marotta Giuseppa                      Ragnetti Giovanna                      Sasso Egle</p>	<p>1. Entro il 30 giugno 2014 si provvederà alla anagrafica del personale convenzionato.</p> <p>2. Entro il 31 luglio 2014 predisposizione della scheda previdenziale individuale.</p> <p>3.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>de previdenziali sulla base dell'analisi del singolo fascicolo cartaceo dall'inizio dell'attività professionale convenzionata al presente (verifica periodi lavorativi di titolarità o sostituzione, raccolta dei provvedimenti e atti amministrativi, evidenza assenze non retribuite e periodi di sospensione, procedimenti disciplinari, elenco e quantificazione delle voci accessorie) ai fini previdenziali</p> <p>4. Comunicazione ai soggetti interessati delle schede individuali compilate ai fini delle autocertificazioni richieste da Enpam/Enpap.</p>		<p>Entro il 30 novembre 2014 compilazione delle singole schede previdenziali (non inferiore 80% del personale target).</p> <p>4. Entro il 31 dicembre 2014 trasmissione al personale convenzionato coinvolto delle schede individuali compilate.</p>
<p>4. Applicazione ai rapporti convenzionali con le strutture sanitarie private accreditate della L. 136/2010 in materia di tracciabilità dei flussi finanziari</p>	<p>1. Acquisizione degli elementi normativi derivanti dalla L. 136/2010, anche alla luce del parere reso dall'Avvocatura dello Stato che estende la norma anche alle strutture private accreditate e convenzionate con il SSN.</p>	<p>Giuseppina Marotta Giovanna Ragnetti Sasso Egle</p>	<p>1. Raccolta di una rassegna normativa in materia di tracciabilità dei flussi finanziari relativamente ai soggetti privati accreditati - entro il 30.06.2014.</p> <p>2.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>2. Formazione in tema di tracciabilità dei flussi finanziari.</p> <p>3. Formazione specifica per l'inserimento dei dati del portale dell'Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici (ACVP) in collaborazione con la S.C. Programmazione e Controllo Acquisti.</p> <p>4. Acquisizione delle credenziali di accesso al portale AVCP.</p> <p>5. Inserimento ai sensi della L. 190/2012 di tutti i dati relativi ai flussi finanziari generati dalle convenzioni con le strutture private accreditate, per ciascun erogatore.</p>		<p>Frequenza corso di formazione aziendale in materia, per almeno due operatori della struttura - entro 30.06.2014.</p> <p>3. Acquisizione di know-how specifico ai fini dell'inserimento dei dati - entro 30.09.2014.</p> <p>4. Possesso delle credenziali al 30.06.2014.</p> <p>5. Inserimento del 100% dei dati relativi ai flussi finanziari per ciascun erogatore privato accreditato - entro il 31.12.2014.</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 e rispetto accordi ASS1- Strutture	Dirigente medico Maddalena Grella	Produzione entro l'anno di 4 report aggiornati a cadenza trimestrale. (anno 2013 - 1° trimestre , 1° semestre 2014 – 3 trimestri anno 2014).
2 Monitoraggio e contenimento della spesa sanitaria	Valutazione dell'attività svolta dalle strutture private accreditate e invio delle fatture da pagare entro il mese di aprile 2014	Dirigente medico Maddalena Grella Personale amministrativo	Chiusura di tutta l'attività 2013 e trasmissione alla SCFC delle fatture da liquidare entro e non oltre aprile 2014
3. Monitoraggio della fuga e contenimento della spesa sanitaria	Analisi della fuga ER per prestazioni di ricovero e ambulatoriali per assistiti ASS 1 ASS2	Personale amministrativo	Produzione di un report analitico di fuga extraregione 2013 e confronto anni precedenti

**Assistenza Farmaceutica**

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Contenimento della spesa ospedaliera e governo delle prescrizioni dei farmaci ad alto costo (appropriatezza prescrittiva)	Proseguire il controllo dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 del mese successivo al fine di garantire la copertura del 90% della fase 3	Pettinelli	Mantenimento dei livelli di copertura della fase 3 o garanzia di almeno il 90% di copertura della fase 3
2. Sicurezza e appropriatezza nell'uso dei farmaci	2.1.1 Monitoraggio dell'impiego del Prontuario terapeutico delle Strutture residenziali e semiresidenziali 2.2.2 Inoltro ai MMG e ai medici distrettuali responsabili delle SS Anziani e Residenze di report di analisi delle erogazioni effettuate a favore degli assistiti accolti nelle Strutture residenziali e semiresidenziali	2.1 Colautti, Di Giorgio, l'Abbate, Minca, Pettinelli	2.1 Almeno 2 report/anno di monitoraggio e analisi delle erogazioni, effettuate a favore degli assistiti accolti nelle Strutture residenziali e semiresidenziali, inviati a tutti i MMG e ai medici distrettuali responsabili delle SS Anziani e Residenze
	2.2 Gestione delle pompe nutrizionali in entrata/uscita dalla SS Farmacia: -Registrazione informatica delle entrate/uscite dalla SS Farmacia delle pompe nutrizionali;	2.2 Colautti, Di Giorgio, Minca	2.2 Evidenza dell'aggiornamento delle entrate/uscite dalla SS Farmacia delle pompe nutrizionali e della effettiva disponibilità e funzionamento.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	- Garantire la corretta manutenzione e la congrua disponibilità di detti presidi.		
	2.3 Monitoraggio della prescrizione di antibiotici erogati in convenzione e nelle RSA e produzione di reportistica analitica periodica e dettagliata.	2.3 Faleschini	2.3 2 report semestrali di monitoraggio analitici e dettagliati sul consumo di antibiotici in convenzione (per fasce d'età significative) e nelle RSA.
	2.4 Percorso di verifica/riscontro relativa alla pluriprescrizione nell'anziano over 64	2.4 Faleschini, Palcic, Micol, Viller  In collaborazione con SCSI	2.4 Invio ai MMG di almeno 2 report personalizzati riferiti in particolare ai pazienti anziani over 64 politrattati con più di 7 principi attivi anche favorendo l'implementazione dell'uso della "scheda medico"
3. Appropriatezza nell'uso dei disinfettanti	Valutazione dell'uso del Prontuario aziendale dei disinfettanti e predisposizione di adeguata reportistica	Colautti	2 report semestrali sull'applicazione del Prontuario aziendale dei disinfettanti

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>4. Contenimento e governo della spesa farmaceutica territoriale</p>	<p>4.1 Monitoraggio della spesa farmaceutica convenzionata e degli indicatori di programmazione e controllo ex DL 78/2010</p> <p>4.2 Redazione e divulgazione ai sanitari di un numero del bollettino Così è se vi pare.</p>	<p>4.1 Palcic, Faleschini, Azzano, Viller</p> <p>4.2 Palcic</p>	<p>4.1.1 Inoltro alla direzione aziendale di report periodici di analisi dettagliata della spesa farmaceutica convenzionata (almeno 3 report/anno)</p> <p>4.1.2 Inoltro ai MMG/PLS e alla Direzione Sanitaria di AOOTS di 3 report sull'andamento degli indicatori di programmazione e controllo ex DL 78/2010</p> <p>4.2 Nuova edizione della rivista aziendale "Così è se vi pare" entro il 31/12/2014</p>
<p>5. Percorso di miglioramento dell'attività della SC Assistenza Farmaceutica</p>	<p>5.1 Predisposizione di una procedura per la revisione della documentazione da presentare al NRC dell'AOOTS e del CERU di Udine</p> <p>5.2 Definizione di una procedura per la gestione della richiesta delle note di credito vs. fornitori.</p>	<p>5.1 Zucca, Faleschini,</p> <p>5.2 L'Abbate</p>	<p>5.1 Presentazione della procedura con la documentazione necessaria al Responsabile FF della SCAF entro il 30/10/2014 al fine di valutarla congiuntamente e predisporre la versione finale entro il 31/12/2014 per sottoporla all'approvazione definitiva della direzione aziendale</p> <p>5.2 Presentazione di una procedura per la gestione delle richieste delle note di credito al Responsabile FF della SCAF entro il 30/09/2014</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>5.3 Archiviazione informatica dei fascicoli documentali delle farmacie: (atti deliberativi, pratiche professionali pre/post laurea, dichiarazioni di assunzione di farmacisti)</p> <p>5.4 Predisposizione di una procedura e relativi documenti riferita alle indennità di residenza alle farmacie aventi diritto</p> <p>5.5 Vagliare congiuntamente e predisporre il documento definitivo per l'invio alla direzione strategica dei punti 5.2 e 5.4</p>	<p>5.3 Bini, Perfetto <i>In collaborazione con SCSI</i></p> <p>5.4 Azzano, Zucca, Pettinelli</p>	<p>5.3 Archiviazione informatica dei fascicoli documentali di almeno 35/67 farmacie entro il 31/12/2014</p> <p>5.4. Presentazione della procedura con la relativa documentazione necessaria al Responsabile FF della SCAF entro il 30/06/2014</p> <p>5.5. versione finale delle procedure di cui ai punti 5.2 r 5.4 per sottoporla all'approvazione definitiva della direzione aziendale entro il 31/12/2014</p>
<p>6 Miglioramento del monitoraggio nella gestione dei farmaci agonisti con particolare riguardo al contrasto al misuse ed alla gestione dei Piani Terapeutici</p>	<p>6.1 Sperimentazione di un sistema di monitoraggio per verificare la corretta prescrizione dei farmaci agonisti da parte dei MMG</p> <p>6.2 Definizione congiunta delle modalità per la gestione dei piani terapeutici con la riduzione della documentazione cartacea</p>	<p>Faleschini, Micol <i>In collaborazione con il DDD</i></p>	<p>6.1 2 report di verifica semestrali fra farmaci agonisti prescritti dai MMG ed erogati dalle Farmacie e Piani Terapeutici redatti dalla SCDSI da inoltrare al Direttore del DDD e del SC Assistenza Farmaceutica (al 30/05/2014 e al 30/11/2014)</p> <p>6.2 Formalizzazione di un'istruzione operativa entro il 30/06/2014</p> <p>6.3</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	6.3 Gestione dei piani terapeutici secondo l'istruzione operativa		A far tempo dal 01/07/2014 tutti gli utenti in terapia agonista presentano il Piano Terapeutico gestito secondo istruzione operativa (entro il 31/12/2014)
7. Promuovere l'appropriatezza prescrittiva dei prodotti AFIR con particolare riferimento ai limiti massimi prescrivibili dei Dispositivi per diabetici	Effettuare il monitoraggio delle prescrizioni convenzionali di strisce per glicemia coi dati disponibili da Repository Regionale Micro Dati Sanitarie	Bini, Perfetto, Viller  In collaborazione con il centro diabetologico e il DIP	Almeno 2 incontri di audit con i 4 UDMG e invio ai prescrittori di almeno 2 report del monitoraggio delle prescrizioni convenzionali di strisce per glicemia con particolare riferimento ai limiti massimi prescrivibili

## Affari Generali

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Riorganizzazione dell'attività istruttoria, di carattere giuridico – amministrativo, volta al convenzionamento. Si intende esclusa l'attività afferente alla S.C. Programmazione e Controllo Acquisti (limitatamente all'applicazione del D.Lgs. n. 163/2006 e smi), alla S.S. Gestione delle Convenzioni di Medicina Generale e Specialistica, alla S.C. Assistenza Farmaceutica ed alla S.C. Gestione e Valorizzazione del Personale.</p>	<p>Predisposizione di un progetto di riorganizzazione che preveda l'accentramento, presso la S.C. Affari Generali, di tutta l'attività istruttoria, di carattere giuridico – amministrativo, volta al convenzionamento.</p>	<p>Responsabile della S.C. Affari Generali Alessandra Crocenzi</p>	<p>Proposta organizzativa per accentrare, presso la S.C. Affari Generali, tutta l'attività istruttoria, di carattere giuridico – amministrativo, volta al convenzionamento. Entro il 31.12.2014.</p>
<p>2. 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 15.12.2014.</p>	<p>1. Aggiornamento - tramite raccolta e classificazione dei dati agli atti dell'ufficio immobiliare - del "file riepilogativo già redatto relativamente all'anno 2013" con riguardo ai contratti attivi e passivi in vigore al 15.12.2014</p>	<p>Fabio Carbone Fabio Crevatin Elena Zompicchiatti Emmanuela Quinz</p>	<p>1. Aggiornamento dei dati contenuti nel "file riepilogativo relativo all'anno 2013" con riguardo ai contratti attivi e passivi in vigore al 15.12.2014 inerenti: - gli immobili di proprietà A.S.S. utilizzati da terzi;</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>inerenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gli immobili di proprietà dell'A.S.S. utilizzati da terzi;</li> <li>- gli immobili detenuti dall'A.S.S. a vario titolo;</li> <li>- i titoli giuridici di utilizzo con relative scadenze contrattuali/convenzionali;</li> <li>- ove esistenti e/o recuperabili, gli estremi dei provvedimenti di cessione o acquisizione con indicazione dei dati identificativi dei relativi contratti/atti/convenzioni/ (ad es. n. repertorio e data di sottoscrizione).</li> </ul> <p>2. Inserimento risultanze di cui al punto 1 nel "file riepilogativo relativo all'anno 2014".</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- gli immobili detenuti dall'A.S.S. a vario titolo;</li> <li>- i titoli giuridici di utilizzo con relative scadenze contrattuali/convenzionali;</li> <li>- ove esistenti e/o recuperabili, gli estremi dei provvedimenti di cessione o acquisizione con indicazione dei dati identificativi dei relativi contratti/atti/convenzioni/ (ad es. n. repertorio e data di sottoscrizione).</li> </ul> <p>2. Perfezionamento del "file riepilogativo - anno 2014". Entro il 31.12.2014.</p>
<p>3. Prosecuzione dell' <i>iter</i> di acquisizione/rinnovo di alloggi per la realizzazione di progetti socio-assistenziali art. 15 della L.R. 15/04</p>	<p>1 Attivazione delle competenze presenti nella S.C. Affari Generali per le attività tecnico-amministrative di supporto all'acquisizione degli alloggi.</p> <p>2</p>	<p>Fabio Carbone Fabio Crevatin Elena Zompicchiatti Emmanuela Quinz</p>	<p>Soddisfazione del 100% delle richieste pervenute alla Struttura Affari Generali entro il 15.10.2014. Entro il 31.12.2014.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>Effettuazione delle verifiche tecniche - se richieste e necessarie - di competenza dell'ufficio immobiliare al fine di accertare l'idoneità dei locali ove esercitare le attività socio-assistenziali.</p> <p>3</p> <p>Predisposizione degli atti necessari all'approvazione dei relativi contratti di nuove acquisizioni e/o rinnovi.</p>		
<p>4. Organizzazione della S.S. Attività Contrattuali, nelle more della definitiva de-materializzazione dei contratti, convenzioni e accordi stipulati dall'A.S.S. n. 1, con contestuale creazione di un repertorio informatico degli stessi.</p>	<p>Predisposizione di un file del Repertorio dei contratti, convenzioni e accordi dell'A.S.S. n. 1, stipulati e repertoriati dal 16.12.2013 al 15.12.2014</p>	<p>Scarcia Adriana Pinchera Olga Dalmistro Odoni Morena Blanzan Paola Budin Giuliana Tonini Carla</p>	<p>Predisposizione di un file del Repertorio dei contratti, convenzioni e accordi dell'A.S.S. n. 1, stipulati e repertoriati dal 16.12.2013 al 15.12.2014. Entro il 31.12.2014.</p>
<p>5. Snellimento dell'attività amministrativa della S.S. Attività Contrattuali, in materia di stipulazione di contratti,</p>	<p>1. Predisposizione di uno schema di provvedimento amministrativo di carattere regolamentare per la semplificazione amministrativa in</p>	<p>1. Scarcia Adriana Pinchera Olga Dalmistro Odoni Morena Blanzan Paola</p>	<p>1. Presentazione di uno schema di provvedimento di carattere regolamentare, per la disciplina, nei casi d'urgenza, della</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>convenzioni, accordi di cui è parte l'A.S.S. n. 1.</p>	<p>materia di stipulazione dei contratti e/o convenzioni e/o atti aggiuntivi per affidamenti sopra soglia comunitaria.</p> <p>2. Predisposizione di un file dei contratti in essere, curati e repertoriati dalla S.S. Attività Contrattuali al 30.06.2014, con contestuale archiviazione dei fascicoli dei contratti conclusi alla stessa data.</p>	<p>2. Scarcia Adriana Pinchera Olga Dalmistro Odoni Morena Blanzan Paola Tonini Carla</p>	<p>stipulazione dei contratti e/o convenzioni e/o atti aggiuntivi per affidamenti sopra soglia comunitaria (quindi, con obbligo di acquisizione della cd. informazione antimafia). Entro il 31.12.2014.</p> <p>2. Predisposizione di un file dei contratti in essere, curati e repertoriati dalla S.S. Attività Contrattuali al 30.06.2014, con contestuale archiviazione dei fascicoli dei contratti conclusi alla stessa data. Entro il 31.12.2014.</p>
<p>6. Conservazione di un registro di tutte le raccomandate pervenute all'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina".</p>	<p>Registrazione su un file condiviso di tutte le raccomandate pervenute in giornate al Protocollo Generale.</p>	<p>Daniela Massaria Alessandro Bacci Stefano Rizzetto Rodolfo Sirca</p>	<p>Registro completo e aggiornato quotidianamente su file condiviso Entro il 31/12/2014.</p>
<p>7. Conservazione dei Registri annuali delle deliberazioni e delle determinazioni dirigenziali.</p>	<p>Archiviazione, in ADWEB, di tutte le deliberazioni e determinazioni dirigenziali adottate dall'A.S.S. n. 1 "Triestina", nel corso del 2014.</p>	<p>Daniela Massaria Alessandro Bacci Stefano Pizzetto Rodolfo Sirca Giuliana Budin</p>	<p>Archiviazione di tutte le deliberazioni e delle determinazioni dirigenziali, adottate entro il 10/12/2014. Entro il 31.12.2014.</p>
<p>8. Supporto giuridico /</p>	<p>1. Effettuazione delle verifiche</p>	<p>Alessandra Crocenzi</p>	<p>Soddisfazione del 100% delle richieste pervenute alla S.C.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>amministrativo all'attività convenzionale dell'A.S.S. n. 1 "Triestina".</p>	<p>giuridico/amministrative - se richieste e necessarie - al fine di valutare la percorribilità dell'iter proposto da altre Strutture aziendali e/o dalla Direzione. 2. In caso di esito positivo delle verifiche di cui al punto 7.1, riscontro (anche, se del caso, via mail) con parere e/o supporto nella redazione degli atti necessari all'approvazione dei relativi testi convenzionali.</p>		<p>Affari Generali entro l'1.10.2014. Entro il 31.12.2014.</p>

## Gestione e Valorizzazione del Personale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Mantenimento dei livelli di performance delle attività della SC Gevap	Processo di audit su pratiche/atti/provvedimenti specifici di attività degli Uffici	RESP. GEVAP RESP. SS/P.O. SEGRETERIA	Audit su 2 pratiche al mese, scelte dal Responsabile con: - definizione della metodologia entro il 31.3.13 - avvio del progetto entro i successivi 15 giorni
2. Prosiegua utilizzazione del protocollo informatico e della posta elettronica informatizzata (IOP) e posta elettronica certificata(PEC)- per la corrispondenza inviata alle P.A. e privati che hanno scritto con PEC	1. Definizione puntuale dell'iter già in uso per la firma digitale (server:comune/documenti IOP/PEC/cartelle file da completare-file in fase di firma – file in fase di protocollazione). 2. Utilizzo della firma digitale da parte degli uffici per l'inoltro con IOP/PEC	SEGRETERIA/UFFICI GEVAP (GIUR/ TRATT.ECON/ ACP/FQP/URS/PREV)  SEGRETERIA	1. Produzione di un documento con le regole, da inviare con e mail a tutti gli uffici entro 28.02.14 (SEGRETERIA) 2. Utilizzo della firma digitale per inoltro con IOP/PEC per almeno l'80% della posta inviata alle PA e privati che hanno scritto con PEC (posta inviata =posta totale in uscita Gevap - esclusioni) (confronto con dati estrapolati dal protocollo informatico)dalla data della not@ del Resp. Gevap di cui al punto 1. Verifica tramite monitoraggio bimestrale del flusso della posta inviata con IOP/PEC, mediante

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			scarico dei dati dal Protocollo Generale sulla base dei criteri sopra definiti e trasmissione bimestrale del report al Responsabile e tutti gli uffici .
<p>3. Migliorare la comunicazione/ informazione sulle attività formative aziendali dedicate al personale interno ed esterno</p>	<p>1. Strutturare i contenuti della pagina dedicata alla Formazione che sarà visibile sulla home page aziendale</p> <p>2. Aggiornare la pagina Informatività</p> <p>3. Elaborare le pagine dedicate alla formazione BLSD e Primo Soccorso</p> <p>4. Elaborare la pagina dedicata alla formazione sulla sicurezza in azienda (Accordo Stato Regioni 21/12/2011)</p> <p>5. Elaborare la pagina dedicata al piano formazione prevenzione</p>	<p>Tutto il personale della FQP</p>	<p>1. Incontro dedicato con l'Ufficio Comunicazione Informatica entro il 30/04/2014</p> <p>2. Pagina aggiornata nel server della GeVaP entro il 30/06/2014</p> <p>3. Trasmissione del file all'Ufficio Comunicazione Informatica entro il 30/06/2014</p> <p>4. Trasmissione del file all'Ufficio Comunicazione Informatica entro il 30/06/2014</p> <p>5. Trasmissione del file all'Ufficio Comunicazione Informatica entro il 30/06/2014</p> <p>6. Trasmissione del file all'Ufficio Comunicazione Informatica entro</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>corruzione (L.190/2012) 6. Elaborare le pagine dedicate alla formazione ECM e non ECM</p>		il 31/12/2014
<p>4. Creazione di un “Vademecum Informativo sul Fondo di Previdenza Complementare Perseo” 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.</p>	<p>Descrizione sintetica delle caratteristiche del Fondo di Previdenza Complementare Perseo, d’interesse per tutti i dipendenti del S.S.N., con chiarificazione dei vari aspetti di competenza, obblighi ed opportunità.</p>	<p>Responsabile Ufficio Trattamento Previdenziale A. V. “Giuliano-Isontina</p>	<p>Invio del Vademecum ad ogni singolo Ufficio Comunicazioni del Sistema Informativo per la pubblicazione nei siti intranet aziendali entro il 31.12.2014.</p>
<p>5. Completamento e licenziamento pratiche pregresse (n. 199) previste per la Riliquidazione trattamento di pensione relative al personale delle 4 Aziende Sanitarie (ASS1 (36) – ASS2 (58)– A.OU (82)- Istituto BURLO (23), collocato a riposo nell’ anno 2012, in relazione alla liquidazione delle</p>	<p>Riscontro dati economici di competenza dei soggetti collocati a riposo nell’anno 2012 e compilazione dell’idonea modulistica INPS – Gestione Dipendenti Pubblici e della documentazione previdenziale prevista. Invio della documentazione all’INPS-Gestione Dipendenti Pubblici- per l’adeguamento dell’as-</p>	<p>Tutto il personale componente l’ufficio Trattamento Previdenziale di Area Vasta “Giuliano-Isontina”</p>	<p>Completamento del progetto previsto entro il 31.12.2014</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
competenze economiche spettanti ai dipendenti in quiescenza.	segno pensionistico ai nominativi contenuti nel progetto.		
6. Identificazione del DEBITO RESIDUO dei Ruoli Previdenziali INPS-gestione Dipendenti Pubblici relativi agli ammortamenti debitori dell'AOUTS per i rinnovi contrattuali dovuti ai dipendenti collocati a riposo negli anni pregressi. Sistemazione definitiva delle partite assicurative relative agli ex dipendenti dell'elenco inoltrato dall'INPS- Gestione Dipendenti Pubblici	1. Analisi e controllo della documentazione contenente gli oneri di competenza dell'Amministrazione A.OU.TS e relativa alle richieste nominali inoltrate dall'INPS – Gestione Dipendenti Pubblici. 2. Quantificazione degli oneri debitori ancora da saldare. 3. Trasmissione agli Uffici Ragioneria dell'Azienda OU.TS e Contributi dell'INPS dei dati rilevati per l'ammortamento del debito riscontrato.	Responsabile Ufficio Trattamento Previdenziale A. V. "Giuliano-I-sontina  Aurora TEDESCHI	Elenco dettagliato dei nominativi con evidenza della situazione debitoria riscontrata a carico dell'A.OU.TS.  entro il 30.11.2014
7. Predisposizione di un vademecum per l'utilizzo dei permessi sindacali del personale delle due aree dirigenziali. (Dirigenza Medico Veterinaria, Dirigenza SPTA).	1 Analisi della normativa ed elaborazione di idonea relazione illustrativa. 2. Redazione di idonea circolare esplicativa da indirizzare alle OO.SS. delle due aree dirigen-	Il personale della SS Relazioni Sindacali	Presentazione di:  - relazione al Responsabile della SS tramite not@ entro il 31.03.2014.  - circolare al Responsabile della SS tramite not@ (entro 30 giorni dall'approvazione della relazio-

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	ziali.		ne da parte del Responsabile SS.)
<p>8. Revisione del budget di risorse attribuito all'istituto della pronta disponibilità del personale delle due aree dirigenziali. (Dirigenza Medico Veterinaria, Dirigenza SPTA).</p>	<p>1. Attivazione di un confronto con i Responsabili delle strutture interessate e analisi dei fabbisogni con le strutture interessate. 2. Predisposizione del nuovo piano di pronta disponibilità e del relativo fabbisogno di risorse del personale delle due aree dirigenziali. (Dirigenza Medico Veterinaria, Dirigenza SPTA).</p>	<p>Il personale della SS Relazioni Sindacali</p>	<p>Sintesi dei fabbisogni rilevati da inoltrare tramite not@ al Responsabile della SS. entro 31.05.2014 Presentazione del nuovo piano di pronta disponibilità e del relativo budget di risorse tramite not@ al Responsabile SS. Entro 30 giorni dall'approvazione dei fabbisogni da parte del Responsabile SS.</p>
<p>9. Sottoscrizione dell'Accordo Integrativo Aziendale per la definizione degli obiettivi di governo clinico dei Pediatri di Libera Scelta (PLS). Esercizio 2014.</p>	<p>1. Elaborazione della bozza di accordo integrativo aziendale da inoltrare alla Direzione Generale. 2. Avvio della trattativa con le OO.SS. rappresentative dei PLS in seno al Comitato Aziendale</p>	<p>Il Responsabile della SS Relazioni Sindacali</p>	<p>Presentazione della bozza di accordo, tramite not@, al Direttore Generale entro il 31/01/2014. Convocazione del Comitato Aziendale dei PLS per l'avvio della trattativa. Entro 7 giorni dalla disposizione di convocazione del Direttore Generale.</p>
<p>10. Ottimale archiviazione della documentazione pervenuta alla SS</p>	<p>1 Schematizzazione degli archivi utilizzati, con puntuale definizione del contenuto di ciascuno</p>	<p>Sergio DEPANGHER</p>	<p>Produzione di un documento contenente l'elenco dei fascicoli riordinati, da inviare con e mail al responsabile SS entro</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	2 Riordino progressivo dei fascicoli personali, mediante riesame e riordino di almeno 150 fascicoli		31.12.2014
11. Adeguamento della gestione dell'istituto del tempo parziale (part time) alla evoluzione organizzativa e normativa; trasformazione da contratto ad autorizzazione	1. Ridefinizione del modulo di richiesta del part time, mediante confronto con i responsabili delle strutture, con riferimento particolare alla fase di confronto ed autorizzazione, o modifica/rifiuto della richiesta 2. Riesame del regolamento vigente, con produzione delle modifiche necessarie, con particolare riferimento alla metodologia di presentazione delle domande e della valutazione da parte dei responsabili, nonché alla definizione percentuale dell'orario	Adriana CRNIGOJ, Responsabile P.O. Giuridico	Produzione di un nuovo testo di regolamento in bozza e della conseguente delibera contenente il nuovo modulo di richiesta e di un nuovo testo base di autorizzazione, da inviare con e mail al responsabile SC entro 31.12.2014

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>12. Miglioramento dell'approccio alla gestione delle tutele dell'handicap, mediante adeguata pubblicazione delle norme</p>	<p>1. Raccolta e schematizzazione della normativa in materia</p> <p>2. Definizione di un nuovo modello per l'A.S.S. e per il Burlo, per la richiesta dei benefici per sé e per i parenti, da pubblicare in INTRANET "<a href="#">Home page</a>»<a href="#">intranet</a>»modulistica GEVAP"</p> <p>3. Approntamento di una serie di FAQ (domande frequenti), da elaborare previo confronto con un gruppo di responsabili e da pubblicare in INTRANET "<a href="#">Home page</a>»<a href="#">intranet</a>»Informatività GEVAP e domande frequenti"</p>	<p>Antonella BIANCOTTO, Adriana CRNIGOJ,</p>	<p>Pubblicazione in INTRANET "<a href="#">Home page</a>»<a href="#">intranet</a>» Informatività GEVAP e domande frequenti" entro 30.06.2014</p> <p>Produzione del nuovo modulo di richiesta, da inviare con e mail al responsabile SC entro 31.10.2014 e invio entro il 31.12.2014 all'Ufficio Comunicazione per la pubblicazione</p>
<p>12. Prosecuzione nella attivazione del Self Service del Dipendente (SSD) in tutta l'Azienda</p>	<p>1. Incremento della conoscenza della procedura WINRAP, da parte dei responsabili</p> <p>2. Attivazione di SSD nelle strutture programmate: DIP, DDD, RSA S. Giusto, Sistema 118, previa effettuazione della formazione, a</p>	<p>Graziella LORENZI, Giulio GREBLO</p>	<p>1. Effettuazione di almeno tre sessioni di formazione, destinate ai coordinatori ed ai gestori di WINRAP, entro il 31.12.2014</p> <p>2. Avvio per almeno tre delle strutture programmate, entro il 30.09.2014 oppure, se successi-</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	condizione della conclusione positiva della trasmigrazione dell'ambiente informatico		va, entro due mesi dalla conclusione della trasmigrazione degli ambienti informatici. Avvio da comunicare con e mail al responsabile GEVAP
13. Ridefinizione della fornitura di dati statistici relativi al personale, quale contributo al monitoraggio delle politiche del personale	1. Analisi delle esigenze delle direzioni aziendali e dei responsabili di struttura mediante appositi incontri 2. Proposizione di un possibile assetto delle statistiche periodiche, rispetto al numero di dipendenti, ed alla sua distribuzione fra le strutture, agli incarichi dirigenziali, di posizione organizzativa e di coordinamento, ai rapporti a tempo determinato, ai rapporti a tempo parziale, da presentare poi a INSIEL per elaborazione apposita procedura	Responsabile P.O. Giuridico	Produzione del campione della serie di statistiche mensili risultante dall'analisi; invio dei file con e mail al responsabile della SC entro il 31.12.2014
14. gestione corrente delle autorizzazioni agli incarichi extra istituzionali (art. 53 DLGS 165/01)	Definizione della procedura di qualità che codifica le fasi di autorizzazione in capo alla SS GTG	Responsabile SS Gestione Trattamento Giuridico	Invio della bozza di procedura con e mail al responsabile SC, entro quattro mesi dalla formalizzazione del regolamento o comunque entro il 31.10.2014

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>15. Modifica del “Regolamento per la disciplina della mobilità volontaria con aziende del comparto sanità e con amministrazioni di comparti diversi”, quale adeguamento alle evoluzioni normative degli ultimi anni ed alle esigenze organizzative emerse.</p>	<p>1. Redazione di una bozza di nuovo Regolamento, con evidenza delle modifiche effettuate, da presentare al Responsabile della SC Ge.Va.P.</p> <p>2. Invio del Regolamento alla Direzione strategica per la firma del provvedimento di adozione.</p> <p>3. Pubblicazione del Regolamento adottato sul sito istituzionale dell’A.S.S. 1.</p>	<p>SS Acquisizione e Carriera del Personale – Tutto il personale</p>	<p>Presentazione alla Direzione Strategica del regolamento previsto:</p> <p>Invio della bozza di regolamento al Responsabile della SC Ge.-Va.P., mediante mail, entro il 30/6/2013.</p> <p>Presentazione in ADWEB (alla firma del Responsabile Ge.Va.P.) del provvedimento di adozione e del Regolamento, entro 15 gg dalla scadenza dell’idonea informazione sindacale, che avverrà previa approvazione del testo da parte del Responsabile Ge.Va.P.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>16. Predisposizione di una modalità operativa per la verifica delle autocertificazioni, prodotte dai candidati con la domanda di partecipazione a procedure di assunzione, ai sensi del D.P.R. 445/00. La modalità operativa riguarderà le verifiche, da effettuarsi in fase di assunzione, relativamente al personale da acquisire con rapporto d'impiego. Il sistema sarà atto a garantire la sistematicità delle verifiche ed il costante monitoraggio dell'avanzamento delle stesse, in ogni singolo elemento.</p>	<p>1. Creazione di una banca dati che individui per ciascun assunto gli elementi oggetto di verifica ed in cui inserire la tempistica, gli estremi, lo stato di avanzamento e gli esiti delle varie verifiche, completa di note operative.</p> <p>2. Predisposizione di un modello di richiesta unificato, da inviare a tutte le PPAA, Enti privati, quale richiesta di certificazione di stati, qualità o fatti autocertificati ai sensi di legge.</p> <p>3. Avvio delle nuove modalità di verifica ed inserimento degli estremi nella banca dati, secondo le relative note operative, per gli assunti a partire dal secondo semestre del 2013.</p>	<p>SS Acquisizione e Carriera del Personale – Tutto il personale</p>	<p>Invio al Responsabile della GEVAP della banca dati aggiornata, recante lo stato di avanzamento delle verifiche effettuate e relativi esiti, entro il 31/10/2014 previa presentazione al al Responsabile della GEVAP di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- modello di banca dati, entro il 30/06/2014;</li> <li>- modello di richiesta unificato, entro il 31/5/2014.</li> </ul>
<p>17. Aggiornamento Regolamento dell'ASS N. 1 delle Trattenute sulle retribuzioni del personale dipendente (in particolare relati-</p>	<p>1. Analisi possibili aggiornamenti del Regolamento trattenute sulle retribuzioni del personale dipendente dell'ASS N. 1 e predisposi-</p>	<p>Tutto il personale dell'A.S.S. N. 1 e Ist. Burlo afferente la Gestione del Trattamento Economico</p>	<p>Produzione testo regolamento previo: - invio al Responsabile Gevap del testo proposto per aggiornamento Regolamento trattenute</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
vamente agli oneri posti a carico delle Società private) e predisposizione di analogo Regolamento da presentare al Responsabile del Personale dell'Ist. Burlo.	zione testo modificato. 2. Predisposizione testo Regolamento trattenute sulle retribuzioni del personale dipendente dell'Ist. Burlo.		del personale dipendente dell'ASS N. 1 entro il 31/05/2014. - invio tramite mail a Responsabile del Personale dell'Ist. Burlo del testo proposto per Regolamento trattenute del personale dipendente dell'Istituto entro il 30/06/2014
18. Gestione ed evidenza completa tramite procedure Insiel dei creditori pignorati relativi al personale dipendente di entrambe le Aziende gestite (ASS N. 1 e IST. Burlo).	1. Individuazione e recupero dati degli attuali creditori pignorati relativi al personale dipendente dell'ASS N. 1 e Ist. Burlo 2. Inserimento nella procedura dell'Insiel AscotPersonale di tutti gli elementi indispensabili per la completa gestione informatizzata dei creditori pignorati e conseguenti implementazioni dichiarazioni e denuncia nel mod. 770.	Tutto il personale dell'A.S.S. N. 1 e Ist. Burlo afferente la Gestione del Trattamento Economico	Inserimento dati nella specifica procedura e conferma a Insiel ed al Resp Gestione T.E. entro il 30/04/2014 previo recupero dati necessari di tutti i creditori pignorati dell'anno 2014 del personale dipendente di entrambe le Aziende gestite (ASS N. 1 e IST. Burlo) e predisposizione appositi file excel da inviare tramite mail al Responsabile della Gestione del Trattamento Economico entro il 31/03/2014.
19. Monitoraggio dell'istituto della cd modalità sostitutiva mensa	Verifica a campione della corrispondenza delle richieste ai criteri di rimborso e alla corretta rilevazione della pausa (nei casi previsti)	Tutto il personale dell'A.S.S. N. 1 e Ist. Burlo afferente la Gestione del Trattamento Economico	Verifica mensile di almeno 5 richieste con report al Responsabile Gevap degli esiti del controllo da produrre da marzo via mail entro la fine del

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			mese successivo.
20. Monitoraggio del rimborso spese per uso autovettura privata per servizio.	Verifica a campione della corrispondenza dei dati indicati nella richiesta alle disposizioni delle circolari Prot. N° 16390/2010 e s.m. e i.	Tutto il personale dell'A.S.S. N. 1 e Ist. Burlo afferente la Gestione del Trattamento Economico	Verifica mensile di almeno 5 richieste con report al Responsabile Gevap degli esiti del controllo da produrre da marzo via mail entro la fine del mese successivo.
21. Assetto aziendale delle Posizioni Organizzative (PO)	Ricognizione della situazione presente, progettazione del quadro definito e proposta di delibera	Responsabile SC GEVAP C.Turco	Proposta di delibera di assetto aziendale delle PO

## Finanza e Controllo

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Creazione di uno scadenziario degli adempimenti relativi alle attività della S.C.F.C. ad uso dei dipendenti della Struttura	1. Analisi delle attività della Struttura 2. Rilevazione delle scadenze fiscali e contabili 3. Predisposizione ed implementazione del file scadenziario	Tutto il personale della S.C.F.C.	Entro 31/07/2014 creazione file scadenziario e sua costante implementazione Luglio 2014
2. Monitoraggio modelli F24	1. Analisi processi di versamento/pagamento tramite modello F24. 2. Stesura check list per verifica di tutti i passaggi del processo (dalla compilazione F24 all'archivio ricevute da Agenzia Entrate) 3. Istituzione di un archivio strutturato delle ricevute Entratel	Personale della Sezione Uscite	Creazione archivio ricevute anno 2014 previa: - analisi dei processi di versamento/pagamento tramite modello F24 (31/07/14) - produzione della check list da impiegare per ogni pagamento/ versamento mediante modello F24
3. Adempimenti propedeutici alla trasmissione dello Spesometro in termini di legge	1. Analisi e classificazione delle fatture attive e passive 2.	Tutto il personale della S.C.F.C.	Stampa dei registri IVA 2014 allineata alle nuove codifiche previo elenco dei nuovi tipi documento per i registri IVA

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>Creazione codifiche nel gestionale informatico "Contabilità Operativa" di tutte le categorie individuate</p> <p>3. Implementazione delle codifiche nella gestione ordinaria di registrazione delle fatture</p> <p>4. Monitoraggio delle registrazioni in base alla nuova strutturazione dei registri IVA</p>		
<p>4. Adempimenti fiscali relativi alle prestazioni del Dipartimento di Prevenzione</p>	<p>1. Predisposizione di un elenco preliminare delle prestazioni del DIP</p> <p>2. Analisi ricadute fiscali delle attività elencate</p> <p>3. Confronto di Area Vasta promosso da A.S.S. 1</p>	<p>Personale della Sezione Entrate</p>	<p>Elenco casistica attuale fatturazioni con classificazione imponibilità IVA, Ires entro 31/12/2014</p>
<p>5. Reportistica aziendale per il controllo direzionale</p>	<p>1. Individuare indicatori di costo relativi alle attività da sottoporre al controllo direzionale periodico su indicazione</p> <p>2. Effettuare e trasmettere l'apposita reportistica mensile e trime-</p>	<p>Dirigente Responsabile della S.C.F.C.</p> <p>Dirigente Responsabile della S.S. Bilancio e Coordinamento</p>	<p>Trasmissione alla SS Programmazione Strategica di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 7 report mensili su voci di costo significative e selezionate a partire dal mese di giugno 2014</li> <li>- 2 report economici trimestrali complessivi a partire</li> </ul>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	strale alla SS Programmazione strategica alle scadenze concordate		dal 2° trimestre 2014

## Sistema Informativo

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Avvio della fase di realizzazione del nuovo sito web aziendale	Costruzione dei contenuti per le seguenti sezioni del nuovo sito e loro inserimento nel nuovo Content Management System: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organigramma, ovvero realizzazione di una pagina informativa per ciascuna Struttura</li> <li>- Amministrazione Trasparente</li> </ul>	Ufficio Comunicazione Informatica	Possibilità di consultare le pagine sul nuovo sito istituzionale da parte dei dipendenti ASS1 entro il 31.12.2014
2. Proposta Linee guida per i redattori del sito istituzionale (linee guida comunicazione web)	1 Predisposizione del testo delle linee guida 2 Predisposizione del testo per l'eventuale Delibera di approvazione	Ufficio Comunicazione Informatica	Invio dei testi alla Direzione Generale entro il 31.12.2014.
3. Aggiornamento, ai fini della pubblicazione sul sito aziendale, del Manuale "L'accesso alle prestazioni del SSR – Indicazioni per la prescrizione".	1 Ricognizione della normativa dal 2005 ad oggi. 2. Adeguamento sul fac simile del documento, stampato attualmente in forma di libro, in formato word. 3 Invio, per ulteriore verifica, ai settori aziendali di interesse per la parte farmaceutica e di fornitura di ausili. 4 Predisposizione del documento finale in formato compatibile alla pubblicazione sul sito.	SIA – Statistica e Informatizzazione Amministrativa	Invio del documento finale all'Ufficio Comunicazione, per la pubblicazione sul sito, entro il 30/06/2014.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>4. Definizione delle modalità di cancellazione degli assistiti dalla anagrafe sanitaria</p>	<p>1 Incontri con MMG e PLS per la definizione dei criteri di modalità di cancellazione e comunicazione</p> <p>2 Stesura del documento riportante le regole delineate</p> <p>3 Messa in atto della procedura</p>	<p>SIA – Medicina Specialistica</p>	<p>Stesura del documento e operatività entro il 31/12/2014</p>
<p>5. Riconversione postazioni di lavoro da XP a Win7 o successive versioni (almeno 200 PC)</p>	<p>1 Censimento delle postazioni di lavoro e classificazione per fasce di trattamento.</p> <p>2 Acquisizione di macchine e pacchetti per le riconversioni necessarie.</p> <p>3 Adeguamento di perlomeno 200 postazioni.</p>	<p>Informatica</p>	<p>Riconversione di perlomeno 200 postazioni al 31/12/2014</p>
<p>6. Migrazione Dominio e Posta elettronica</p>	<p>1 Completamento migrazione delle singole postazioni.</p> <p>2 Chiusura operativa del vecchio dominio.</p> <p>3 Razionalizzazione sistemistica nella nuova configurazione del sistema complessivo.</p>	<p>Informatica</p>	<p>Tutte le postazioni trattabili migrate singolarmente al 31/12/2014</p>
<p>7. Applicazione dei nuovi criteri</p>	<p>Adozione dei criteri regionali di accesso prioritizzato nelle branche specialistiche e</p>	<p>CUP</p>	<p>Avvio delle agende di prenotazione stratificate per</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
di priorità definiti a livello regionale	per le prestazioni concordate a livello regionale.		criterio di priorità entro 4 mesi dall'emanazione della disposizione ufficiale.
8. Attivazione programma CUP Regionale presso strutture accreditate	1 Configurazioni e collegamenti. 2 Formazione del personale 3 Installazione programma CUP Regionale 4 Attivazione password per gli operatori 5 Avviamento	CUP - Informatica	Avviamento della procedura perlomeno presso il Sanatorio Triestino entro il 31/12/2014
9. Passaggio delle connessioni delle Farmacie CUP alla convenzione SPC	1 Rilevazione vecchie connessioni 2 Trasformazione delle linee 3 Riconfigurazione	Telefonia	Tutte le farmacie che erogano servizio CUP operano su una connessione SPC al 31/12/2014
10. Trasformazione in tecnologia VOIP dei telefoni di servizio CUP in farmacia	1 Acquisizione di telefoni VOIP 2 Dismissione di linee e telefoni analogici 3 Installazione di telefoni VOIP come interni del centralino aziendale per tutti i punti CUP	Telefonia	Al 31/12/2014 tutte le farmacie con punti CUP sono dotate di telefoni VOIP collegati al centralino aziendale
11.	1.	Dirigente Dott.	Protocollo e ricognizione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Obiettivo del Dirigente: Gestione di alcune attività incluse nell'estensione della gara di manutenzione PdL</p>	<p>Erogazione dei servizi necessari a garantire continuità di funzionamento di tutte le periferiche di stampa dell'azienda sanitaria rispettando le procedure in uso e quanto necessario a rimuovere o superare qualsiasi impedimento operativo si presenti all'utenza</p> <p>2. Definizione di uno standard (protocollo d'uso) per la gestione di tutte le multifunzioni in rete con particolare attenzione alla stampa, scansione e gestione da remoto. A seguito di tale definizione la configurazione di tutte le multifunzione aziendali in base agli standard definiti.</p> <p>3. Ricognizione di tutte le periferiche di stampa presenti e proposta per la razionalizzazione tendente ad eliminare la stampanti ad uso personale dirottando le stampe su stampanti di rete condivise o su multifunzione.</p>	<p>Lorenzo Grion</p>	<p>completati al 31/12/2014</p>
<p>12. Obiettivo del dirigente di struttura: studio di fattibilità su ricetta elettronica, refertazione e possibilità di condivisione di casi complessi con gli MMG sul sistema psM</p>	<p>1. Valutazione dell'opportunità di attivazione della prescrizione elettronica su psM</p> <p>2. Valutazione dell'opportunità della produzione di referti su psM, loro conservazione e esposizione in fascicolo aziendale</p>	<p>Dirigente dott. Giuliano Blasetti</p>	<p>Produzione di uno studio di fattibilità con eventuali applicazioni in corso d'opera entro il 31/12/2014</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
del DSM	3. Valutazione delle effettive problematiche tecniche, normative e organizzative nell'impiego del sistema psM per condividere con i MMG casi complessi in cura al DSM.		

**Immobili e Impianti**

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Lavori di realizzazione della via di fuga esterna per l'adeguamento alla normativa antincendio dell'edificio di via Stock 2 a Trieste sede del Distretto 1</p>	<p>1.1 Predisposizione documentazione gara: - validazione progetto; - Provvedimento SCII approvazione progetto; 1.2 Trasmissione documentazione al Nucleo di Valutazione Edile Regionale per parere obbligatorio. 1.3 Redazione del Capitolato di gara.</p>	<p>Tutta la struttura</p>	<p>Al 31/12/2014 Ottenimento Parere del Nucleo di Valutazione Regionale.</p>
<p>2. Lavori di realizzazione dell'impianto termico e raffrescamento estivo c/o il Pad. E via Weiss 5.</p>	<p>2.1 Redazione del Progetto 2.2 Predisposizione documentazione gara: - validazione progetto; - Provvedimento SCII approvazione progetto;</p>	<p>Tutta la struttura</p>	<p>Al 31/12/2014 Trasmissione lettere invito di partecipazione alla gara per l'affidamento lavori</p>
<p>3. Lavori per la realizzazione di un impianto di videosorveglianza c/o il Pad. P via dei Ralli 5 – Linee</p>	<p>3.1 Redazione del Progetto 3.2 Predisposizione documentazione</p>	<p>Responsabile della Struttura Complessa Immobili e Impianti dott. ing. Alberto Russignan</p>	<p>Al 31/12/2014 Trasmissione lettere invito di partecipazione alla gara per l'affidamento lavori</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
dati ed apparati di ripresa e registrazione.	gara: - validazione progetto; - Provvedimento SCII approvazione progetto		
4. Lavori di realizzazione di n. 3 scale di emergenza presso il CSM di Barcola, il CSM di Domio e presso l'edificio denominato ex Clinica Psichiatrica.	4.1 Predisposizione documentazione gara: - validazione progetto; - Provvedimento SCII approvazione progetto; 4.2 Esecuzione gara e Affidamento lavori	Tutta la struttura	Al 31/12/2014 Trasmissione lettere invito di partecipazione alla gara per l'affidamento lavori
5. Manutenzione straordinaria e messa a norma del Centro di Salute Mentale di Aurisina Cave 9.	5.1. Acquisizione parere del Nucleo di Valutazione Regionale. 5.2 Predisposizione documentazione gara: - validazione progetto; - Provvedimento SCII approvazione progetto.	Tutta la struttura	Al 31/12/2014 Ottenimento Parere del Nucleo di Valutazione Regionale.
6. Manutenzione straordinaria del tetto piano del fabbricato ad uso del D2 di via Vespucci 7 – S. Marco 11	6.1. Avvio della gara per individuazione del progettista. 6.2 Realizzazione progetto esecutivo	Tutta la struttura	Al 30/09/2014 Ottenimento Parere del Nucleo di Valutazione Regionale.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	6.3 Validazione progetto e provvedimento SCII approvazione progetto 6.4 Trasmissione documentazione al Nucleo di Valutazione Regionale per parere obbligatorio.		

### Programmazione Controllo Acquisti

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Dotare ASS1 di un regolamento Albo dei fornitori	Predisporre anche in bozza il regolamento per l'albo dei fornitori di ASS1	Responsabile PCA R. Caramanoli	Bozza di regolamento dell'Albo dei fornitori proposto alla Direzione Amministrativa entro il 31/12/2014
2. Pianificazione e programmazione acquisizione servizi di supporto per il DSM	1. Ricognizione servizi attualmente in essere 2. Incontri con il DSM per pianificare un programma almeno biennale ed eventuali accorpamenti tra servizi 3. Definizione procedure da attivare e tempistiche per l'acquisizione dei servizi di supporto	Personale dell'Area SERVIZI  In collaborazione con DSM	Programma dettagliato entro il 30/09/2014
3. Elaborazione nuova procedura approvvigionamenti	1. Incontri con il personale x condividere e consolidare modifiche apportate dal nuovo Regolamento Economia, criteri di scelta dei fornitori e obblighi informativi 2. Realizzazione funzionigramma 3. Elaborazione bozza documento descrittivo processo approvvigionamenti	P.O.	Procedura approvata dal responsabile SCPCA entro il 31/12/2014

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	con attribuzione dei compiti e responsabilità nei vari steps del processo 4. Condivisione con gli operatori 5. Stesura procedura		
5. Standardizzazione “griglie” punteggi da attribuire nella valutazione tecnico/qualitativa	1. Analisi normativa 2. Definizione n. “griglie” punteggi da attribuire nella scelta dei fornitori (85/15 – 60/40 etc. 3. Modelli griglie punteggi	Personale dell’Area SERVIZI	Almeno 5 tipologie diverse entro il 31/12/2014
6. Studio fattibilità per riorganizzare e razionalizzare la SCPCA	1. Analisi carichi di lavoro PCA e GSG 2. Definizione attività 3. Valutazione della possibilità di ridurre le prestazioni appaltate o ridefinizione della stesse alla luce di possibili accorpamenti con la SSGSG	Responsabile SCPCA / responsabile SSGSG	Funzionigramma e Job Description per aree/ufficio 31/10/2014
7. Aggiornamento della procedura Approvvigionamenti parte di competenza GSG	1. Incontri con il personale per condividere e consolidare modifiche 2.	Bellanti, Klobas, Zullich, Zanier Massimo, Bisiani, Zebochin, Matarrese, Miglionico, Foraboschi,	Trasmissione bozza procedura a SCPCA entro il 31/10/2014

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Realizzazione funzionigramma 3. Elaborazione bozza della procedura per la parte di competenza GSG	Zangrando, Giovanoni, Masè, Gennari, Romano, Contento, Bernardini	
8. Prosecuzione dell'attività di registrazione della documentazione nel sistema informatizzato per la catalogazione archivio cartaceo a seguito di riorganizzazione degli spazi	Implementazione ed aggiornamento del database dell'archivio aziendale, con layout delle pratiche, secondo nuova collocazione, relativamente alle cartelle degli utenti del SID (Servizio infermieristico domiciliare) dei quattro distretti	Masè, Contento, Bernardini, Zanier Mauro,	Implementazione ed archiviazione 100% delle cartelle relative agli utenti del SID dei quattro distretti.
9. Rilevazione delle attrezzature, beni strumentali da introitare a seguito del trasferimento delle funzioni sanitaria penitenziaria all'ASS	1. Ricognizione presso la struttura carceraria dei beni presenti Sanità penitenziaria 2. Verifica corrispondenza dei beni presenti con l'elenco trasmesso dalla Regione. Predisporre elenco aggiornato. 3. Trasmettere l'elenco alla direzione aziendale per la successiva approvazione dei beni da introitare 4. A seguito della presa d'atto ed introito dei beni nel programma Ascot inventari apposizione delle etichette sui ri-	Gennari, Romano, Martarrese, Foraboschi, Marsi, Petrarcheni, Canciani, De Santis	Individuare ed etichettare tutti i beni inventariati, secondo la procedura Inventari, entro tre mesi dall'introitazione dei beni.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	spettivi beni per l'assegnazione univoca dei numeri di inventario come da procedura.		
10. Predisposizione schemi standard da utilizzare per le verifiche dell'esecuzione dei contratti: "Verifica di conformità in corso di esecuzione", "Attestato regolare esecuzione", "Certificato di verifica di conformità"	Analisi della normativa di riferimento (DPR 207/2010) Predisposizione schemi	Responsabile SGS	Trasmissione delle bozze alla responsabile della SCPCA entro 31.12.2014.
11. Gestione dell'intervento sostitutivo in ottemperanza alla procedura	1. Creazione di un data base 2. Registrazione delle azioni eseguite con monitoraggio delle scadenze definite dalla procedura di richiesta di intervento sostitutivo 3. Predisposizione di un report con le richieste di intervento sostitutivo effettuate nell'anno 2014	Bellanti, Klobas, Zullich, Miglionico, Zanier Mauro	Trasmissione del report riportante tutti gli interventi sostitutivi avviati alla data del 31/12/14 alla SCPCA e alla SCFC
12. Monitoraggio dei consumi delle medicazioni avanzate stoccati a Magazzino Scorte Varie (MSV)	Individuazione dei prodotti "medicazioni avanzate" ed estrapolazione da Ascot economato dei consumi per singolo articolo. Predisposizione report.	Zanier Massimo, Bisiani, Zebochin, Orlandini,visentin, Bellina , Nadalin	Invio, via @mail, con cadenza trimestrale, alla referente aziendale per le medicazioni avanzate dei report dei consumi.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
13. Implementazione del Sistema di gestione della sicurezza e salute sul lavoro SGSL UNI INAIL	Predisposizione di una specifica procedura per la gestione dei Dispositivi di Protezione Individuali (D.P.I.)	Giovanoni, Zangrando e SPPA	Predisposizione dello schema di procedura da sottoporre alla Direzione entro il 30.11.2014.
14. Monitoraggio delle spedizioni effettuate, verifica consegna al destinatario, ed imputazione dei relativi costi sostenuti per il servizio di spedizioni tramite corriere privato.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Effettuazione della spedizione.</li> <li>2. Verifica della consegna al destinatario</li> <li>3. Invio alla struttura mittente ricevuta di avvenuta consegna spedizione</li> <li>4. Registrazione del costo</li> <li>5. Predisposizione di un file contenente il riepilogo dei dati .</li> </ol>	Marsi, Petrarcheni, Canciani, De Santis, Nadalin	Trasmissione del file aggiornato alle spedizioni effettuate entro il 31.12. alla Responsabile della GSG.
15. Incrementare il numero delle macchine fotocopiatrici (multifunzione) a noleggio con contestuale riduzione delle nuove acquisizioni per sostituzione.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ricognizione parco macchine</li> <li>2. Sostituzione macchine dismesse con avvio delle procedure per l'attivazione dei noleggi</li> <li>3. Report (relazione) riepilogativo</li> </ol>	Personale dell'Area BENI Guido, Felicelli, Cociani, Ellero	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Report riepilogativo (N. macchine a noleggio e N. macchine di proprietà) entro il 31/03/2014</li> <li>2. 90% delle richieste approvate dell'anno entro il 31/12/2014</li> <li>3. N. delle macchine di proprietà ridotto N. delle macchine a noleggio aumentato</li> </ol>



# 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: NICOLA DELLI QUADRI

CODICE FISCALE: DLLNCL47S01A080L

DATA FIRMA: 26/06/2014 17:19:51

IMPRONTA: 776553DADC10BE2BA20C39D06D5F521572EB7520E271371D82B6A378C8EFFDCA  
72EB7520E271371D82B6A378C8EFFDCAB4A29867280BE74AEC4D21FB18682C18  
B4A29867280BE74AEC4D21FB18682C1859948B507DFBECE189D5E353D8B2D107  
59948B507DFBECE189D5E353D8B2D1072B52F5A34927CDBC69530316CA757B10

NOME: CRISTINA TURCO

CODICE FISCALE: TRCCST64M68L424G

DATA FIRMA: 26/06/2014 17:24:40

IMPRONTA: 44FB83BA5C0D786C9335EA690BE7B855EE94DDE37178D2B01A59EEF81FB52430  
EE94DDE37178D2B01A59EEF81FB52430DC77379DC208D9EB50AC3E0E5B8A5692  
DC77379DC208D9EB50AC3E0E5B8A569290978904E517C231EC3114EDC241B9EE  
90978904E517C231EC3114EDC241B9EE05F5B5E2ADFDB50EFF2B7A6175CBF4

NOME: ADELE MAGGIORE

CODICE FISCALE: MGGDLA54D55B428P

DATA FIRMA: 26/06/2014 17:30:17

IMPRONTA: 5B6D56C28CA5BF6B9A5FC8DAFCCA8CD59F85D2510B00D06128627BF1AF0B59FF  
9F85D2510B00D06128627BF1AF0B59FFD06B3F96B7B8AFDF859ACACF25D19E74  
D06B3F96B7B8AFDF859ACACF25D19E74FFB570F4C3A9016B7975BD5AE1B741B5  
FFB570F4C3A9016B7975BD5AE1B741B5CBFA4BA9CA150A0049F1065D95FB6E15

Corso di Laurea in Infermieristica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Proporre agli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica stimoli e suggerimenti che li portino a sviluppare un pensiero critico in relazione a temi di attualità e di interesse professionale come la pratica della contenzione</p>	<p>1. Individuazione di professionisti esperti nella materia che possano incontrare gli studenti e portarli a sviluppare la capacità di confrontarsi ed approfondire temi assistenziali di vasta portata e con implicazioni di carattere etico/giuridico 2. Progettazione degli incontri 3. Predisposizione di un questionario utile a valutare le conoscenze degli studenti in questo ambito 4. Attuazione degli incontri</p>	<p>Tutor del Corso di Laurea in Infermieristica Cinzia dr.ssa Orlando</p>	<p>1. Entro il 30 Aprile 2014 individuazione dei professionisti esperti da coinvolgere 2. Entro il 31 maggio 2014 pianificazione di due incontri tra gli esperti individuati e gli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica 3. Entro il 30 giugno 2014 produzione del questionario per la valutazione delle conoscenze 4. Entro il 31 Dicembre 2014 attuazione degli incontri programmati</p>
<p>2. Organizzazione di un percorso formativo (Audit) che preveda, tramite la presentazione di alcune tesi di laurea in infermieristica, la condivisione di saperi, esperienze, riflessioni e aspirazioni tra colleghi infermieri operanti nell'ASS1 Triestina e colleghi neolaureati. La riflessione comune, su temi trattati nelle tesi e su ricerche in esse contenute, permetterà ai primi di</p>	<p>1. Costituzione di un gruppo di lavoro 2. Individuazione delle tesi di laurea in infermieristica da presentare e coinvolgimento degli studenti autori delle stesse 3. Strutturazione di 4 meeting 4. Attuazione degli incontri</p>	<p>Tutor del corso di laurea in Infermieristica Adriana dr.ssa Fasci</p>	<p>1. Entro il 30 Aprile 2014 costituzione del gruppo di lavoro 2. Entro il 31 maggio 2014 individuazione delle tesi da presentare e coinvolgimento degli studenti autori delle stesse 3. Entro il 31 maggio 2014 pianificazione ed organizzazione dei 4 incontri 4.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
avvalersi di punti di osservazione nuovi sull'operato assistenziale e di cura e agli altri di far tesoro delle valutazioni e dei contributi esperenziali di colleghi con una più lunga attività di servizio Inoltre la riflessione reciproca rafforzerà il rapporto di scambio e arricchimento tra ASS1 e Università e potrà creare opportunità di ulteriori approfondimenti e diffusione di buone pratiche			Entro il 31 dicembre 2014 effettuazione degli incontri previsti

### Corso di Laurea in Fisioterapia

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Formazione e aggiornamento del personale sanitario di area riabilitativa	Eventi formativi condivisi tra ASS 1 e Corso di Laurea in Fisioterapia organizzati dal Corso di Laurea in Fisioterapia	Paola Coschizza Antonella Montico Manuela Deodato	Attivazione di almeno un evento formativo condiviso tra professionisti del Corso di Laurea in Fisioterapia e l'ASS n. 1
2. Proseguimento del percorso diagnostico riabilitativo ad accesso diretto MMG-Ft di distretto per pazienti con patologia osteoarticolare e/o neurologica	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Azione di consulenza per valutazioni di pazienti condivisi con i fisioterapisti di distretto ed eventualmente i MMG coinvolti nei percorsi di formazione sul campo.</li> <li>b. Eventuale presa in carico di pazienti in regime ambulatoriale</li> </ul>	Paola Coschizza Antonella Montico Manuela Deodato	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Relazione fisioterapica relativa ad un caso clinico condiviso Ft CDL/Ft ASS 1</li> <li>b. Report breve sulla presa in carico dei pazienti del percorso ad accesso diretto MMG → Ft</li> </ul>

# 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: NICOLA DELLI QUADRI

CODICE FISCALE: DLLNCL47S01A080L

DATA FIRMA: 26/06/2014 17:19:58

IMPRONTA: 8F4FA57920C7DC93359C91A08656AD7083344842759BEB1231A7A641F4468D0D  
83344842759BEB1231A7A641F4468D0D7FA969A3301F1877B2E0A2062A4149FC  
7FA969A3301F1877B2E0A2062A4149FCA0E50F82A17E9A3FF133804C438AFC37  
A0E50F82A17E9A3FF133804C438AFC379290A168D65FC025ACF1C0D4D8AAEA67

NOME: CRISTINA TURCO

CODICE FISCALE: TRCCST64M68L424G

DATA FIRMA: 26/06/2014 17:24:48

IMPRONTA: 856783B6D990C465191B5D5EBC771682F9073E12241FAFDDDB643F27B236AF8A  
F9073E12241FAFDDDB643F27B236AF8A60612D228176E688EB2613465B1A3D02  
60612D228176E688EB2613465B1A3D02D531A131AB61BD1BE0F36E867E745AC7  
D531A131AB61BD1BE0F36E867E745AC7D29E932848BA98F14E8E9C921FC28225

NOME: ADELE MAGGIORE

CODICE FISCALE: MGGDLA54D55B428P

DATA FIRMA: 26/06/2014 17:30:25

IMPRONTA: 9C66918D21F5140BD7C867D57E444013A871536D63599FE7371E0F4D0D8B272A  
A871536D63599FE7371E0F4D0D8B272ABAD364A4C6C0446B402988B1C6A98589  
BAD364A4C6C0446B402988B1C6A98589FAF01304AF5E391A968E005185F95E07  
FAF01304AF5E391A968E005185F95E07F41DDF135F0AAC47E33D24138D2D2036

BUDGET CENTRI DI ATTIVITA' 2014	BUDGET ASSI 2014	DIREZIONE STRATEGICA E SUE ARTICOLAZIONI	Distretto Sanitario n.1	Distretto Sanitario n.2	Distretto Sanitario n.3	Distretto Sanitario n.4
<b>PRODOTTI SANITARI</b>						
Prodotti farmaceutici	11.810.000	188.000	1.374.000	2.045.000	3.153.000	1.217.000
Altri prodotti sanitari	2.655.000	6.000	555.000	623.000	644.000	486.000
<b>PRODOTTI NON SANITARI</b>	746.000	122.000	60.000	67.000	69.000	55.000
<b>MANUTENZIONI attrezzature sanitarie e tecnico-economiche</b>	421.000	58.000	26.000	20.000	25.000	16.000
<b>ACQUISTI DI SERVIZI</b>						
Lavanderia	130.000	8.000	3.000	2.000	6.000	3.000
Pulizia	1.200.000	126.000	84.000	112.000	78.000	83.000
Mensa	1.200.000	138.000	-	-	-	-
Riscaldamento	1.114.000	406.610	78.908	91.905	72.410	74.267
Servizi di elaborazione dati	85.000	85.000				
Altri servizi	5.485.000	1.477.000	349.000	279.000	310.000	265.000
	-					
<b>CONVENZIONE PER ASSISTENZA SANITARIA DI BASE:</b>						
Conv. Per ass. medico generica	18.430.000		4.816.000	4.312.000	4.763.000	4.539.000
Conv. per ass. guardia medica festiva e notturna	1.197.000		312.000	280.000	310.000	295.000
Conv. Per ass. farmaceutica:						
Prodotti farmaceutici e galenici	39.150.000		9.483.000	9.131.000	11.123.000	9.413.000
AFIR	2.750.000		680.000	588.000	802.000	680.000
Altre convenzioni per ass. sanitaria di base	4.289.000	39.000	1.111.750	994.750	1.096.750	1.046.750
<b>CONVENZIONI SANITARIE PER ASS. SPECIALISTICA</b>	2.838.000		740.750	668.750	728.750	699.750
<b>CONV. SANIT. PER ASS. RIABILITATIVA E INTEGRATIVA</b>	29.599.000	239.281	6.175.792	7.377.601	4.575.274	4.931.053
<b>PRESTAZIONI DA AZIENDE DEL S.S.R.</b>						
Prestazioni di ricovero	93.347.135	-	21.996.803	22.692.156	24.745.936	23.912.241
Prestazioni ambulatoriali e diagnostiche	29.951.912	-	7.830.194	7.005.939	7.738.352	7.377.427
Altre prestazioni da Aziende del S.S.R.	3.950.000	2.500	1.031.000	923.000	1.019.000	972.000
<b>PRESTAZIONI DA AZIENDE EXTRAREGIONALI DEL S.S.N.</b>						
Prestazioni di ricovero	9.672.592	-	2.527.422	2.264.022	2.498.201	2.382.947
Prestazioni ambulatoriali e diagnostiche	1.707.024	-	446.120	398.889	441.192	420.824
Altre prestazioni da Aziende extraregionali del S.S.N.	1.003.533	-	262.351	234.730	259.273	247.179
<b>PRESTAZIONI DA STRUTTURE SANITARIE PRIVATE:</b>						
Prestazioni di ricovero	19.424.000	-	5.162.330	4.536.581	5.049.321	4.675.769
Prestazioni ambulatoriali e diagnostiche	10.500.000	-	2.744.988	2.455.987	2.712.786	2.586.238
Altre prestazioni da strutture sanitarie private	6.193.000	-	1.619.250	1.448.250	1.600.250	1.525.250
<b>RIMBORSI, ASSEGNI E CONTRIBUTI</b>	2.205.000	591.000	403.500	364.500	391.500	384.500
<b>GODIMENTO DI BENI DI TERZI</b>	622.000	160.000	84.000	55.000	180.000	17.000
<b>PERSONALE:</b>						
Personale sanitario	41.434.000	2.357.227	3.999.558	4.885.560	4.606.074	4.129.069
Personale professionale	359.000	140.002	-	-	-	-
Personale tecnico	7.384.000	1.292.799	445.619	962.312	449.642	543.031
Personale amministrativo	6.863.243	4.640.002	268.833	243.786	269.909	222.693
Personale universitario	82.000	-	-	-	-	-
Altri costi del personale	1.742.000	1.029.000	90.000	69.000	50.000	49.000
	-					
<b>SPESE GENERALI E AMMINISTRATIVE</b>	652.561	517.561	11.000	14.000	9.000	9.000
<b>UTENZE:</b>						
Energia elettrica	780.000	323.000	40.000	25.000	75.000	38.000
Acqua	119.000	36.000	3.000	3.000	4.000	6.000
Spese telefoniche	225.000	31.000	27.000	30.000	33.000	27.000
Gas	25.000	3.000	1.000	5.000	8.000	2.000
Altri costi per utenze	63.000	59.500	-	-	-	-
<b>IRAP</b>						
personale dipendente	3.850.000	577.000	328.000	437.000	374.000	344.000
attività libero professionale	30.000	-	-	1.000	1.000	1.000
<b>AMMORTAMENTI</b>	3.135.000	2.572.000	63.000	75.000	60.000	56.000
<b>TOTALE COSTI</b>	<b>368.419.000</b>	<b>17.224.482</b>	<b>75.234.168</b>	<b>75.721.717</b>	<b>80.331.620</b>	<b>73.731.986</b>

BUDGET CENTRI DI ATTIVITA' 2014	Dipartimento di Salute Mentale	Dipartimento di Prevenzione	Dipartimento delle Dipendenze	Centro Sociale Oncologico	Centro Cardiovascolare	Sistema 118
<b>PRODOTTI SANITARI</b>						
Prodotti farmaceutici	808.000	838.000	238.000	1.939.000	5.000	5.000
Altri prodotti sanitari	15.000	79.000	35.000	47.000	48.000	117.000
<b>PRODOTTI NON SANITARI</b>	66.000	101.000	29.000	11.000	19.000	147.000
<b>MANUTENZIONI attrezzature sanitarie e tecnico-economiche</b>	78.000	60.000	20.000	1.000	-	117.000
<b>ACQUISTI DI SERVIZI</b>						
Lavanderia	62.000	1.000	9.000	9.000	1.000	26.000
Pulizia	500.000	82.000	52.000	34.000	20.000	29.000
Mensa	853.000	-	206.000	-	-	3.000
Riscaldamento	214.445	96.547	48.273	-	-	30.635
Servizi di elaborazione dati						
Altri servizi	153.000	477.000	45.000	59.000	16.000	2.055.000
<b>CONVENZIONE PER ASSISTENZA SANITARIA DI BASE:</b>						
Conv. Per ass. medico generica						
Conv. per ass. guardia medica festiva e notturna						
Conv. Per ass. farmaceutica:						
Prodotti farmaceutici e galenici						
AFIR						
Altre convenzioni per ass. sanitaria di base						
<b>CONVENZIONI SANITARIE PER ASS. SPECIALISTICA</b>						
<b>CONV. SANIT. PER ASS. RIABILITATIVA E INTEGRATIVA</b>	4.300.000	-	2.000.000	-	-	-
<b>PRESTAZIONI DA AZIENDE DEL S.S.R.</b>						
Prestazioni di ricovero	-	-	-	-	-	-
Prestazioni ambulatoriali e diagnostiche	-	-	-	-	-	-
Altre prestazioni da Aziende del S.S.R.	-	2.500	-	-	-	-
<b>PRESTAZIONI DA AZIENDE EXTRAREGIONALI DEL S.S.N.</b>						
Prestazioni di ricovero	-	-	-	-	-	-
Prestazioni ambulatoriali e diagnostiche	-	-	-	-	-	-
Altre prestazioni da Aziende extraregionali del S.S.N.	-	-	-	-	-	-
<b>PRESTAZIONI DA STRUTTURE SANITARIE PRIVATE:</b>						
Prestazioni di ricovero	-	-	-	-	-	-
Prestazioni ambulatoriali e diagnostiche	-	-	-	-	-	-
Altre prestazioni da strutture sanitarie private	-	-	-	-	-	-
<b>RIMBORSI, ASSEGNI E CONTRIBUTI</b>	70.000	-	-	-	-	-
<b>GODIMENTO DI BENI DI TERZI</b>	41.000	38.000	35.000	-	9.000	3.000
<b>PERSONALE:</b>						
Personale sanitario	8.039.472	5.280.417	3.302.091	1.114.909	1.596.424	2.123.199
Personale professionale	-	218.998	-	-	-	-
Personale tecnico	1.097.958	420.599	367.610	104.591	83.610	1.616.229
Personale amministrativo	374.003	644.414	107.895	-	29.488	62.220
Personale universitario	82.000	-	-	-	-	-
Altri costi del personale	89.000	280.000	29.000	9.000	16.000	32.000
<b>SPESE GENERALI E AMMINISTRATIVE</b>	18.000	39.000	7.000	-	6.000	22.000
<b>UTENZE:</b>						
Energia elettrica	90.000	135.000	15.000	10.000	21.000	8.000
Acqua	47.000	7.000	9.000	-	4.000	-
Spese telefoniche	34.000	22.000	8.000	1.000	1.000	11.000
Gas	5.000	-	1.000	-	-	-
Altri costi per utenze	2.500	-	1.000	-	-	-
<b>IRAP</b>						
personale dipendente	627.000	474.000	253.000	90.000	119.000	227.000
attività libero professionale	4.000	3.000	1.000	2.000	14.000	3.000
<b>AMMORTAMENTI</b>	74.000	76.000	22.000	24.000	41.000	72.000
<b>TOTALE COSTI</b>	<b>17.744.378</b>	<b>9.375.475</b>	<b>6.840.869</b>	<b>3.455.500</b>	<b>2.049.522</b>	<b>6.709.283</b>

# 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: NICOLA DELLI QUADRI

CODICE FISCALE: DLLNCL47S01A080L

DATA FIRMA: 26/06/2014 17:20:05

IMPRONTA: 3470D1ED3A5435ADEC422E5CA04E76E1E62049944E0C8495440CE44EA7178554  
E62049944E0C8495440CE44EA7178554378F83B38C248131E6904A500F77EB6B  
378F83B38C248131E6904A500F77EB6BB8064C5B4E5A76811C13BDB9CCB4F6AF  
B8064C5B4E5A76811C13BDB9CCB4F6AFE01599C498F3EA3AAEDBC6DE99DDFA30

NOME: CRISTINA TURCO

CODICE FISCALE: TRCCST64M68L424G

DATA FIRMA: 26/06/2014 17:24:55

IMPRONTA: 19118E56AF658D14665EDCF39737126578C4C25A284F0FC290B0FB01D57A03EB  
78C4C25A284F0FC290B0FB01D57A03EBC0CFBFD8D9AAB56F8858E20ED72A367  
C0CFBFD8D9AAB56F8858E20ED72A367451DD0D5862A160B21D54CD48016F950  
451DD0D5862A160B21D54CD48016F9503BCBE29EB8FDA657A74E67ED8FA4A093

NOME: ADELE MAGGIORE

CODICE FISCALE: MGGDLA54D55B428P

DATA FIRMA: 26/06/2014 17:30:32

IMPRONTA: 2DF3E3F4563F07D50B41B925D3656570FDA8E9B51035EE18C77C6B87232FDB02  
FDA8E9B51035EE18C77C6B87232FDB02DE194372DD2EFC928D40A0EE3F4EA467  
DE194372DD2EFC928D40A0EE3F4EA46789A1B4D613A837634DC0D880B40D3D8A  
89A1B4D613A837634DC0D880B40D3D8AA82BEC61619119BAD81E2D82BBF1A8DA

BUDGET 2014 DEI CENTRI DI RISORSA

PIANO DEI CONTI			CENTRO DI RISORSA						BILANCIO DI PREVISIONE 2014	
Gruppo	Mastro	Conto	Descrizione	S.C.Ge.Va.P	S.C.P.C.A	S.C.I.I.	S.C.S.I.	S.C.A.F.		DIR.AMM.
300			ACQUISTI DI PRODOTTI SANITARI							
	100	0	Prodotti farmaceutici					11.340.000		
	110	0	Prodotti dietetici					470.000		
	200	0	Mat. per la profilassi igienico-sanitaria							0
	300	0	Mat. diagnostici/prodotti chimici per assist.					500.000		
	310	0	Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.							0
	400	0	Presidi chirurgici e mater. sanit. per ass.		1.640.000					
	410	0	Ossigeno		500.000					
	500	0	Materiali protesici							0
	510	0	Materiali per emodialisi per assistenza							0
	600	0	Prodotti sanitari per uso veterinario					15.000		
305			ACQUISTI DI PRODOTTI NON SANITARI							
	100	0	Prodotti alimentari		45.000					
	200	0	Mat. di guardaroba, di pulizia e di convivenza		100.000					
	300	0	Combustibili							0
	400	0	Carburanti e lubrificanti		235.000					
	500	0	Cancelleria e stampati		200.000					
	600	0	Materiali di consumo per l'informatica		100.000					
	700	0	Materiale didattico, audiovisivo e fotografico		20.000					
	800	0	Acquisti di materiali e accessori per manutenzione							
		10	Materiali ed accessori sanitari		25.000					
		20	Materiali ed accessori non sanitari		1.000					
	900	0	Altri prodotti		20.000					
310			MANUTENZIONI							
	200	0	Servizi per manutenzione di strutture edilizie							
		10	Impianti di trasmissione dati e telefonia				100.000			
		20	Impiantistica varia			300.000				
		30	Edilizia muraria			515.000				
		40	Altro		230.000	90.000				
	300	0	Servizi per manutenzione di attrezz. sanitarie		5.000					
	400	0	Servizi per manutenzione di altri beni							
		10	Attrezzature tecnico-economiche		20.000					
		20	Attrezzature informatiche		25.000		78.000			
		30	Software				30.000			
		40	Automezzi		260.000					
		50	Altro		5.000					
315			ACQUISTI DI SERVIZI							

BUDGET 2014 DEI CENTRI DI RISORSA

PIANO DEI CONTI			CENTRO DI RISORSA						BILANCIO DI PREVISIONE 2014		
Gruppo	Mastro	Conto	Descrizione	S.C.Ge.Va.P	S.C.P.C.A	S.C.I.I.	S.C.S.I.	S.C.A.F.		DIR.AMM.	DIR.SAN.
	100	0	Lavanderia		130.000						130.000
	200	0	Pulizia		1.200.000						1.200.000
	300	0	Mensa		1.200.000						1.200.000
	400	0	Riscaldamento			1.086.000			28.000		1.114.000
	500	0	Servizi di elaborazione dati								
		10	Servizio informatico sanitario regionale (SISR)								0
		20	Elaborazione ricette prescrizioni		85.000						85.000
		90	Altri servizi di elaborazione								0
	600	0	Servizi di trasporto								
		10	Autoambulanza		2.150.000						2.150.000
		20	Eliambulanza								0
		90	Altri servizi di trasporto		425.000						425.000
	700	0	Smaltimento rifiuti		80.000						80.000
	800	0	Servizi di vigilanza		70.000						70.000
	900	0	Altri servizi								
		10	Lavorazione plasma								0
		20	Servizi religiosi								0
		50	Consulenze sanitarie da professionisti							15.000	15.000
		51	Oneri sociali su consulenze sanitarie da professionisti da privato								0
		60	Lavoro interinale sanitario								0
		61	Lavoro interinale non sanitario								0
		90	Altri servizi sanitari da pubblico							5.000	5.000
		91	Altri servizi sanitari da privato		505.000						505.000
		92	Altri servizi non sanitari da pubblico								0
		93	Altri servizi non sanitari da privato		2.260.000						2.260.000
		94	Altri servizi socio - assistenziali da pubblico								0
		95	Altri servizi socio - assistenziali da privato								0
	320	0	CONVENZIONI PER ASSISTENZA SANITARIA DI BASE								
		100	Cony. per ass. medico generica								
		10	Quota capitaria nazionale							11.270.000	11.270.000
		11	Compensi da fondo ponderazione							650.000	650.000
		12	Compensi da fondo qualità dell'assistenza							1.980.000	1.980.000
		13	Compensi da fondo quota capitaria regionale							635.000	635.000
		14	Compensi extra derivanti da accordi nazionali							350.000	350.000
		15	Compensi da accordi regionali							1.200.000	1.200.000
		16	Compensi da accordi aziendali							325.000	325.000
		20	Oneri sociali							1.700.000	1.700.000
		30	Premi assicurativi malattia							60.000	60.000
		40	Formazione							50.000	50.000

BUDGET 2014 DEI CENTRI DI RISORSA

PIANO DEI CONTI				CENTRO DI RISORSA					BILANCIO DI PREVISIONE 2014		
Gruppo	Mastro	Conto	Descrizione	S.C.Ge.Va.P	S.C.P.C.A	S.C.I.I.	S.C.S.I.	S.C.A.F.		DIR.AMM.	DIR.SAN.
		50	Altre competenze							30.000	30.000
		60	Accantonamento da fondo ponderazione							135.000	135.000
		61	Accantonamento da fondo qualità dell'assistenza								0
		62	Accantonamento da fondo quota capitaria regionale							45.000	45.000
200	0	Cony.	per ass. guardia medica festiva e notturna								
		10	Compensi fissi							820.000	820.000
		15	Compensi da accordi regionali							130.000	130.000
		16	Compensi da accordi aziendali							140.000	140.000
		20	Oneri sociali							100.000	100.000
		30	Premi assicurativi malattia							7.000	7.000
250	0	Cony.	per emergenza sanitaria territoriale								
		10	Compensi fissi							210.000	210.000
		15	Compensi da accordi regionali							90.000	90.000
		16	Compensi da accordi aziendali							30.000	30.000
		20	Oneri sociali							25.000	25.000
		30	Premi assicurativi malattia							2.000	2.000
300	0	Cony.	per ass. guardia medica turistica								
		10	Compensi								0
		20	Oneri sociali								0
		30	Premi assicurativi malattia								0
400	0	Cony.	per ass. pediatria								
		10	Quota capitaria nazionale							2.325.000	2.325.000
		11	Compensi da fondo ponderazione							70.000	70.000
		12	Compensi da fondo qualità dell'assistenza							240.000	240.000
		13	Compensi da fondo quota capitaria regionale							68.000	68.000
		14	Compensi extra derivanti da accordi nazionali							190.000	190.000
		15	Compensi da accordi regionali							185.000	185.000
		16	Compensi da accordi aziendali							15.000	15.000
		20	Oneri sociali							290.000	290.000
		30	Premi assicurativi malattia							6.000	6.000
		40	Formazione							3.000	3.000
		50	Altre competenze								0
		60	Accantonamento da fondo ponderazione							50.000	50.000
		61	Accantonamento da fondo qualità dell'assistenza								0
		62	Accantonamento dal fondo quota capitaria regionale								0
500	0	Cony.	per ass. farmaceutica								
		10	Prodotti farmaceutici e galenici					39.150.000			39.150.000
		20	AFIR					2.750.000			2.750.000
600	0	Cony.	per ass. ostetrica ed infermieristica								0
700	0	Cony.	per ass. domiciliare								0
800	0	Oneri	sociali e premi assicurativi malattia								

BUDGET 2014 DEI CENTRI DI RISORSA

PIANO DEI CONTI			CENTRO DI RISORSA						BILANCIO DI PREVISIONE 2014	
Gruppo	Mastro	Conto	Descrizione	S.C.Ge.Va.P	S.C.P.C.A	S.C.I.I.	S.C.S.I.	S.C.A.F.		DIR.AMM.
		10	Oneri sociali							0
		20	Premi assicurativi malattia							0
	900	0	Altri costi							
		10	Contributi farmacie rurali ed Enpaf					30.000		30.000
		20	Compensi distribuzione per conto					450.000		450.000
		90	Altri costi					10.000		10.000
325	0	0	CONVENZIONI SANITARIE PER ASSISTENZA SPECIALISTICA							
	100	0	Assistenza medico specialistica interna							
		10	Compensi fissi						1.500.000	1.500.000
		11	Compendi da fondo ponderazione						260.000	260.000
		12	Compensi extra derivanti da accordi nazionali							0
		15	Compensi da accordi regionali						178.000	178.000
		16	Compensi da accordi aziendali						30.000	30.000
		20	Oneri sociali						288.000	288.000
		30	Altre competenze						1.000	1.000
		60	Accantonamento da fondo ponderazione							0
	200	0	Convenzioni altre professionalità							
		10	Compensi fissi						280.000	280.000
		11	Compensi da fondo ponderazione						55.000	55.000
		12	Compensi extra derivanti da accordi nazionali						20.000	20.000
		15	Compensi da accordi regionali						24.000	24.000
		16	Compensi da accordi aziendali							0
		20	Oneri sociali						55.000	55.000
		30	Altre competenze						2.000	2.000
		60	Accantonamento da fondo ponderazione							0
	300	0	Medicina fiscale							0
	400	0	Accantonamento al fondo SUMAI							
		10	Accantonamento al fondo SUMAI - Specialisti ambulatoriali						120.000	120.000
		20	Accantonamento al fondo SUMAI - altre professionalità						25.000	25.000
	900	0	Altre convenzioni sanitarie per assistenza specialistica							
		10	Compensi							0
		20	Oneri sociali							0
330	0	0	CONVENZIONI SANITARIE PER ASSISTENZA RIABILITATIVA E INTEGRATIVA							
	100	0	Assist. protesica art. 26, c. 3 L. 833/78 e DM 2/3/84		320.000				1.980.000	2.300.000
	200	0	Assist. riabil. in Istituti come schema tipo art. 26 L.833/78							
		10	In regime di ricovero						100.000	100.000
		20	In regime ambulatoriale						250.000	250.000
	300	0	Assist. riabilitativa residenziale e integrativa territoriale per tossicodipendenti		1.417.000				583.000	2.000.000
	400	0	Assist. riabil. residenz. e integrativa territoriale per malati e disturbati mentali		3.522.000				783.000	4.305.000

BUDGET 2014 DEI CENTRI DI RISORSA

PIANO DEI CONTI			CENTRO DI RISORSA						BILANCIO DI PREVISIONE 2014		
Gruppo	Mastro	Conto	Descrizione	S.C.Ge.Va.P	S.C.P.C.A	S.C.I.I.	S.C.S.I.	S.C.A.F.		DIR.AMM.	DIR.SAN.
	500	0	Assist. riabil. residenz. e integr. territ. per anziani non autosufficienti e disabili		3.685.000					12.815.000	16.500.000
	600	0	Assistenza termale e diversa							30.000	30.000
	700	0	Convenzioni per attività di consultorio familiare		52.000						52.000
	800	0	Oneri sociali convenzioni per assistenza riabilitativa e integrativa								0
	900	0	Altre convenzioni sanitarie per assistenza riabilitativa e integrativa								
		10	Fornitura ausili per incontinenti							10.000	10.000
		20	Ossigenoterapia domiciliare		650.000						650.000
		30	Attività socio - assistenziali		700.000						700.000
		90	Altre convenzioni		2.493.000					214.000	2.707.000
335	0	0	PRESTAZIONI DA AZIENDE DEL S.S.R.								
	100	0	Prestazioni di ricovero								
		10	Compensate in mobilità regionale							93.347.135	93.347.135
		20	Fatturate (regionale)								0
	200	0	Prestazioni ambulatoriali e diagnostiche								
		10	Compensate in mobilità regionale							29.946.912	29.946.912
		20	Fatturate (regionale)							5.000	5.000
	210	0	Acquisto di distribuzione farmaci di File F, distribuzione diretta e primo ciclo					3.275.000			3.275.000
	250	0	Prestazioni di trasporto da Aziende del SSR								0
	300	0	Prestazioni amministrative e gestionali		260.000			195.000	45.000		500.000
	400	0	Consulenze								
		10	Consulenze sanitarie da Aziende della Regione	170.000							170.000
		20	Consulenze non sanitarie da Aziende della Regione	5.000							5.000
340	0	0	PRESTAZIONI DA AZIENDE EXTRAREGIONALI DEL S.S.N.								
	100	0	Prestazioni di ricovero								
		10	Compensate in mobilità extra regionale							7.571.592	7.571.592
		20	Fatturate (extra regionale)							100.000	100.000
		30	per attività extra regionale soggetti privati							2.000.000	2.000.000
	200	0	Prestazioni ambulatoriali e diagnostiche								
		10	Compensate in mobilità extra regionale							1.602.024	1.602.024
		20	Fatturate (extra regionale)							5.000	5.000
		30	per attività extra regionale soggetti privati							100.000	100.000
	210	0	Prestazioni servizi MMG, PLS, continuità assistenziale extra reg.le							69.376	69.376
	220	0	Acquisto servizi sanitari per farmaceutica							186.541	186.541
	230	0	Acquisto di distribuzione farmaci di File F, distribuzione diretta e primo ciclo							387.949	387.949
	240	0	Prestazioni termali								
		10	compensate in mobilità extra regionale							220.953	220.953
		20	per attività extra regionale soggetti privati								0
	250	0	Prestazioni di trasporto							138.714	138.714
	300	0	Altre prestazioni								0

BUDGET 2014 DEI CENTRI DI RISORSA

PIANO DEI CONTI				CENTRO DI RISORSA					BILANCIO DI PREVISIONE 2014	
Gruppo	Mastro	Conto	Descrizione	S.C.Ge.Va.P	S.C.P.C.A	S.C.I.I.	S.C.S.I.	S.C.A.F.		DIR.AMM.
	400	0	Consulenze							
		10	Consulenze sanitarie da aziende extra regionali							0
		20	Consulenze non sanitarie da aziende extra regionali							0
345	0	0	PRESTAZIONI DA STRUTTURE SANITARIE							
	100	0	Prestazioni di ricovero							
		10	Da Case di Cura private							19.424.000
		20	Da IRCCS privati							0
		30	Da altri soggetti privati							0
	200	0	Prestazioni ambulatoriali e diagnostiche							
		10	Da Case di Cura private							10.500.000
		20	Da IRCCS privati							0
		30	Da altri soggetti privati							6.188.000
	300	0	Altre prestazioni					5.000		5.000
	400	0	Consulenze							0
350	0	0	RIMBORSI, ASSEGNI E CONTRIBUTI							
	100	0	Rimborsi per ricoveri in Italia							25.000
	200	0	Rimborsi per ricoveri all'estero							10.000
	300	0	Rimborsi per altra assistenza sanitaria							0
	400	0	Contributi agli assistiti							
		10	Contributi ai nefropatici		790.000					40.000
		20	Contributi ai donatori di sangue lavoratori autonomi							1.000
		90	Altri contributi agli assistiti							190.000
		99	Per attività socio - assistenziale							279.000
	500	0	Contributi ad associazioni		55.000				260.000	275.000
	600	0	Contributi ad enti							0
	700	0	Rimborsi per responsabilità civile							0
	800	0	Rimborso per attività sovrazendali							0
	900	0	Altri contributi e rimborsi		250.000					250.000
355	0	0	GODIMENTO DI BENI DI TERZI							
	100	0	Locazioni passive							
		10	Locazioni passive						300.000	300.000
		20	Spese condominiali						37.000	37.000
	200	0	Canoni hardware e software				100.000			100.000
	300	0	Canoni noleggio apparecchiature sanitarie		75.000					75.000
	400	0	Canoni fotocopiatrici		80.000					80.000
	500	0	Canoni noleggio automezzi							0
	600	0	Canoni di leasing operativo							0
	700	0	Canoni di leasing finanziario		25.000					25.000

BUDGET 2014 DEI CENTRI DI RISORSA

PIANO DEI CONTI			CENTRO DI RISORSA						BILANCIO DI PREVISIONE 2014		
Gruppo	Mastro	Conto	Descrizione	S.C.Ge.Va.P	S.C.P.C.A	S.C.I.I.	S.C.S.I.	S.C.A.F.		DIR.AMM.	DIR.SAN.
	900	0	Altri costi per godimento beni di terzi	2.000	3.000						5.000
410	0	0	PERSONALE RUOLO SANITARIO								
	100	0	Competenze fisse								
		10	Dirigenza medica e veterinaria	6.832.000							6.832.000
		20	Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie	2.959.000							2.959.000
		30	Comparto	14.438.000							14.438.000
	110	0	Competenze fisse da Fondi contrattuali								
		10	Dirigenza medica e veterinaria	2.183.000							2.183.000
		20	Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie	367.000							367.000
		30	Comparto	2.399.000							2.399.000
	200	0	Competenze accessorie								
		10	Dirigenza medica e veterinaria	101.000							101.000
		20	Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie	10.000							10.000
		30	Comparto	878.000							878.000
	300	0	Incentivi								
		10	Dirigenza medica e veterinaria	353.000							353.000
		20	Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie	316.000							316.000
		30	Comparto	812.000							812.000
	400	0	Strordinari								
		10	Dirigenza medica e veterinaria	30.000							30.000
		20	Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie								0
		30	Comparto	199.000							199.000
	500	0	Altre competenze								
		10	Dirigenza medica e veterinaria	50.000							50.000
		20	Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie	20.000							20.000
		30	Comparto	200.000							200.000
	600	0	Consulenze a favore di terzi, rimborsate								
		10	Dirigenza medica e veterinaria	40.000							40.000
		20	Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie	30.000							30.000
		30	Comparto	25.000							25.000
	700	0	Oneri sociali								
		10	Dirigenza medica e veterinaria	2.707.000							2.707.000
		20	Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie	1.030.000							1.030.000
		30	Comparto	5.455.000							5.455.000
415	0	0	PERSONALE UNIVERSITARIO								
	100	0	Competenze fisse								
		10	Competenze fisse personale universitario								0
		20	Indennità personale universitario (De Maria)	63.000							63.000
	200	0	Competenze accessorie								

BUDGET 2014 DEI CENTRI DI RISORSA

PIANO DEI CONTI				CENTRO DI RISORSA					BILANCIO DI PREVISIONE 2014		
Gruppo	Mastro	Conto	Descrizione	S.C.Ge.Va.P	S.C.P.C.A	S.C.I.I.	S.C.S.I.	S.C.A.F.		DIR.AMM.	DIR.SAN.
	300	0	Incentivi								0
	400	0	Strordinari								0
	500	0	Altre competenze								0
	600	0	Consulenze a favore di terzi rimborsate								0
	700	0	Oneri sociali	19.000							19.000
420	0	0	PERSONALE RUOLO PROFESSIONALE								
	100	0	Competenze fisse	131.000							131.000
	110	0	Competenze fisse da Fondi contrattuali	77.000							77.000
	200	0	Competenze accessorie	21.000							21.000
	300	0	Incentivi	26.000							26.000
	400	0	Strordinari								0
	500	0	Altre competenze	5.000							5.000
	600	0	Consulenze a favore di terzi, rimborsate	15.000							15.000
	700	0	Oneri sociali	84.000							84.000
430			PERSONALE RUOLO TECNICO								
	100	0	Competenze fisse								
		10	Dirigenza	88.000							88.000
		20	Comparto	4.630.000							4.630.000
	110	0	Competenze fisse da Fondi contrattuali								
		10	Dirigenza	17.000							17.000
		20	Comparto	338.000							338.000
	200	0	Competenze accessorie								
		10	Dirigenza	5.000							5.000
		20	Comparto	261.000							261.000
	300	0	Incentivi								
		10	Dirigenza	19.000							19.000
		20	Comparto	304.000							304.000
	400	0	Strordinari								
		10	Dirigenza								0
		20	Comparto	86.000							86.000
	500	0	Altre competenze								
		10	Dirigenza	2.000							2.000
		20	Comparto	60.000							60.000
	600	0	Consulenze a favore di terzi, rimborsate								
		10	Dirigenza	5.000							5.000
		20	Comparto	20.000							20.000
	700	0	Oneri sociali								
		10	Dirigenza	50.000							50.000
		20	Comparto	1.499.000							1.499.000

BUDGET 2014 DEI CENTRI DI RISORSA

PIANO DEI CONTI				CENTRO DI RISORSA					BILANCIO DI PREVISIONE 2014	
Gruppo	Mastro	Conto	Descrizione	S.C.Ge.Va.P	S.C.P.C.A	S.C.I.I.	S.C.S.I.	S.C.A.F.		DIR.AMM.
440			PERSONALE RUOLO AMMINISTRATIVO							
	100	0	Competenze fisse							
		10	Dirigenza	388.243						388.243
		20	Comparto	3.802.000						3.802.000
	110	0	Competenze fisse da Fondi contrattuali							
		10	Dirigenza	119.000						119.000
		20	Comparto	636.000						636.000
	200	0	Competenze accessorie							
		10	Dirigenza	2.000						2.000
		20	Comparto	4.000						4.000
	300	0	Incentivi							
		10	Dirigenza	39.000						39.000
		20	Comparto	299.000						299.000
	400	0	Strordinari							
		10	Dirigenza							0
		20	Comparto	23.000						23.000
	500	0	Altre competenze							
		10	Dirigenza	5.000						5.000
		20	Comparto	60.000						60.000
	600	0	Consulenze a favore di terzi, rimborsate							
		10	Dirigenza							0
		20	Comparto	2.000						2.000
	700	0	Oneri sociali							
		10	Dirigenza	143.000						143.000
		20	Comparto	1.341.000						1.341.000
445	0	0	ACCANTONAMENTI RELATIVI AL PERSONALE							
	50	0	Accantonamento per voci Fisse							
		10	Dirigenza medica e veterinaria							0
		20	Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie							0
		30	Comparto							0
	100	0	Accantonamento per voci fisse da fondi contrattuali							
		10	Dirigenza medica e veterinaria							0
		20	Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie							0
		30	Comparto							0
	200	0	Accantonamento per voci accessorie e straordinari							
		10	Dirigenza medica e veterinaria							0
		20	Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie							0
		30	Comparto							0
	300	0	Accantonamento per incentivazioni							

BUDGET 2014 DEI CENTRI DI RISORSA

PIANO DEI CONTI			CENTRO DI RISORSA						BILANCIO DI PREVISIONE 2014	
Gruppo	Mastro	Conto	Descrizione	S.C.Ge.Va.P	S.C.P.C.A	S.C.I.I.	S.C.S.I.	S.C.A.F.		DIR.AMM.
		10	Dirigenza medica e veterinaria							0
		20	Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie							0
		30	Comparto							0
400	0		Accantonamento al fondo oneri per personale in quiescenza							
		10	Dirigenza medica e veterinaria							0
		20	Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie							0
		30	Comparto	50.000						50.000
500	0		Accantonamento oneri sociali							
		10	Dirigenza medica e veterinaria							0
		20	Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie							0
		30	Comparto							0
900	0		Accantonamento al fondo altri oneri da liquidare							
		10	Dirigenza medica e veterinaria							0
		20	Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie							0
		30	Comparto							0
990	0		Altri accantonamenti							0
450	0		ALTRI COSTI DEL PERSONALE							
	50	0	Personale esterno con contratto di diritto privato							
		10	Personale esterno con contratto di diritto privato - area sanitaria							0
		20	Personale esterno con contratto di diritto privato - area non sanitaria							0
	100	0	Rimborsi spese							0
	150	0	Personale comandato da altri enti							
		10	Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando	130.000						130.000
		20	Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando	200.000						200.000
		30	Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando	160.000						160.000
		40	Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario	70.000						70.000
		50	Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario	30.000						30.000
		60	Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando ad aziende sanitarie extra regionali							0
		70	Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario	40.000						40.000
	200	0	Oneri sociali su "altri costi del personale"	165.000						165.000
	250	0	Oneri sociali personale in quiescenza							0
	300	0	Costo del personale tirocinante							
		10	Costo del personale tirocinante - area sanitaria							0
		20	Costo del personale tirocinante - area non sanitaria							0
	350	0	Costo del personale religioso	24.000						24.000
	400	0	Costo contrattisti							
		10	Costo contrattisti - area sanitaria	15.000						15.000
		20	Costo contrattisti - area non sanitaria	52.000						52.000
		30	Costo contrattisti - ricerca corrente							0
		40	Costo contrattisti - ricerca finalizzata	61.000						61.000

BUDGET 2014 DEI CENTRI DI RISORSA

PIANO DEI CONTI			CENTRO DI RISORSA						BILANCIO DI PREVISIONE 2014		
Gruppo	Mastro	Conto	Descrizione	S.C.Ge.Va.P	S.C.P.C.A	S.C.I.I.	S.C.S.I.	S.C.A.F.		DIR.AMM.	DIR.SAN.
	450	0	Costo obiettori di coscienza								0
	500	0	Costo borsisti								
		10	Costo borsisti - area sanitaria	26.000							26.000
		20	Costo borsisti - area non sanitaria								0
		30	Costo borsisti - ricerca corrente								0
		40	Costo borsisti - ricerca finalizzata								0
	600	0	Indennità per commissioni varie								
		10	Indennità per commissioni sanitarie							400.000	400.000
		20	Indennità per commissioni non sanitarie	10.000							10.000
	700	0	Accantonamento ai fondi oneri differiti								0
	750	0	Aggiornamento personale dipendente								
		10	Aggiornamento personale dipendente - da soggetti	65.000							65.000
		20	Aggiornamento personale dipendente - da soggetti	140.000							140.000
	800	0	Compensi ai docenti	124.000							124.000
	850	0	Assegni di studio agli allievi								0
	900	0	Altri costi del personale								
		10	Premi di assicurazione personale dipendente								0
		20	Compensi da sperimentazioni	25.000							25.000
		90	Altri costi del personale	5.000							5.000
	455	0	COSTI DI ESERCIZIO DELLE ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALI AMBULATORIALI								
		101	Compensi diretti per attività libero professionali dirigenti	255.000							255.000
		102	Compensi diretti al personale di supporto	15.000							15.000
		103	Accantonamenti al fondo oneri differiti per attività libero	20.000							20.000
	456	0	COSTI DI ESERCIZIO DELLE ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALI DI RICOVERO								
		101	Compensi diretti per attività libero professionali dirigenti sanitari								0
		102	Compensi diretti al personale di supporto								0
		103	Accantonamenti al fondo oneri differiti per attività libero professionale								0
	457	0	COSTI PER ACQUISTO DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE RICHIESTE DALL'AZIENDA								
		101	Compensi diretti per attività libero professionali dirigenti	20.000							20.000
		102	Compensi diretti al personale del comparto	81.000							81.000
	460	0	COMPENSI AGLI ORGANI DIRETTIVI								
		100	Indennità						418.000		418.000
		200	Rimborso spese						2.000		2.000
		300	Oneri sociali						95.000		95.000
	461	0	COMPENSI AL COLLEGIO DEI REVISORI								
		100	Indennità						103.000		103.000

BUDGET 2014 DEI CENTRI DI RISORSA

PIANO DEI CONTI				CENTRO DI RISORSA					BILANCIO DI PREVISIONE 2014		
Gruppo	Mastro	Conto	Descrizione	S.C.Ge.Va.P	S.C.P.C.A	S.C.I.I.	S.C.S.I.	S.C.A.F.		DIR.AMM.	DIR.SAN.
	200	0	Rimborso spese								0
	300	0	Oneri sociali								0
465	0		SPESE GENERALI E AMMINISTRATIVE								
	100	0	Spese di rappresentanza								0
	150	0	Pubblicità e inserzioni		45.000						45.000
	200	0	Consulenze legali		8.000				72.000		80.000
	210	0	Altre spese legali						50.000		50.000
	250	0	Spese postali						60.000		60.000
	300	0	Bolli e marche						5.000		5.000
	350	0	Abbonamenti e riviste		75.000						75.000
	400	0	Premi di assicurazione								
		10	Premi di assicurazione - R.C. professionale						10.000		10.000
		20	Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi						200.000		200.000
	450	0	Consulenze fiscali, amministrative e tecniche			70.000			25.000		95.000
	460	0	Oneri sociali su consulenze fiscali, amministrative e tecniche						2.000		2.000
	500	0	Libri		2.000						2.000
	550	0	Contravvenzioni						1.000		1.000
	900	0	Altre spese generali e amministrative						27.561		27.561
470	0		UTENZE								
	100	0	Energia elettrica		472.000	308.000					780.000
	200	0	Acqua			120.000					120.000
	300	0	Spese telefoniche				225.000				225.000
	400	0	Gas			25.000					25.000
	500	0	Internet				23.000				23.000
	600	0	Canoni radiotelevisivi						12.000		12.000
	700	0	Banche dati		28.000						28.000
	900		Utenze varie								0
480	0		AMMORTAMENTI IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI								
	100	0	Costi di impianto e ampliamento								0
	200	0	Costi di ricerca, sviluppo e pubblicità								0
	300	0	Dir. di brev. e dir. di utilizz. delle opere d'ingegno								0
	400	0	Concessioni, licenze, marchi e diritti simili								0
482	0		AMMORTAMENTI IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI								
	200	0	Fabbricati								
		10	Fabbricati disponibili						1.785.000		1.785.000
		20	Fabbricati indisponibili								0
	300	0	Impianti e macchinari						340.000		340.000

BUDGET 2014 DEI CENTRI DI RISORSA

PIANO DEI CONTI				CENTRO DI RISORSA					BILANCIO DI PREVISIONE 2014		
Gruppo	Mastro	Conto	Descrizione	S.C.Ge.Va.P	S.C.P.C.A	S.C.I.I.	S.C.S.I.	S.C.A.F.		DIR.AMM.	DIR.SAN.
	410	0	Attrezzature sanitarie						210.000		210.000
	500	0	Ammortamento mobili e arredi						180.000		180.000
	600	0	Ammortamento automezzi						220.000		220.000
	700	0	Ammortamento altri beni						400.000		400.000
485	0	0	SVALUTAZIONI								
	100	0	Svalutazione immobilizzazioni								0
	200	0	Svalutazione crediti								0
	300	0	Svalutazione magazzino								0
		10	Scorte sanitarie								0
		20	Scorte non sanitarie								0
	900		Altre svalutazioni								0
487	0	0	ACCANTONAMENTI PER RISCHI								
	100	0	Accantonamenti al fondo imposte e tasse								0
	200	0	Accantonamenti al F.do per rinnovi contrattuali								0
		10	Acc.ti rinnovo convenzioni pers. convenzionato								0
		20	Acc.ti rinnovi contrattuali dir. med. e veterinaria								0
		30	Acc.ti rinnovi contrattuali dirigenti SPTA								0
		40	Acc.ti rinnovi contrattuali comparto								0
	300	0	Accantonamenti al fondo equo indennizzo								0
	400	0	Accantonamento al F.do rischi su liti, arbitraggi e risarcimenti								0
		10	Acc.ti per cause civili ed oneri processuali								0
		20	Acc.ti per contenziosi personale dipendente								0
		30	Acc.ti per accordi bonari								0
	500	0	Accantonamenti al Fondo retribuzioni integrative organ. direttivi, di controllo e di indirizzo								0
	900	0	Accantonamenti per altri rischi							365.000	365.000
500	0	0	ONERI FINANZIARI								
	100	0	Inter. pass. per antic. di tesoreria								0
	200	0	Inter. pass. su mutui								0
	300	0	Interessi passivi per altre forme di credito di cui art.3, comma 5								0
	400	0	Spese bancarie						10.000		10.000
	500	0	Interessi moratori								0
	600	0	Interessi legali								0
	700	0	Spese di incasso								0
	900	0	Altri oneri finanziari								0
510	0	0	SOPRAVVENIENZE PASSIVE								
	100	0	Sopravvenienze passive								0
		10	Sopravvenienze passive v/ASL-AO, IRCCS, Policlinic della Regione per mobilità regionale								0

BUDGET 2014 DEI CENTRI DI RISORSA

PIANO DEI CONTI			CENTRO DI RISORSA						BILANCIO DI PREVISIONE 2014		
Gruppo	Mastro	Conto	Descrizione	S.C.Ge.Va.P	S.C.P.C.A	S.C.I.I.	S.C.S.I.	S.C.A.F.		DIR.AMM.	DIR.SAN.
		11	Alter sop. passive v/ASL-AO, IRCCS, Policlinici della Regione								0
		12	Sopravvenienze passive v/terzi relative alla mobilità extra regionale								0
		13	Sopravvenienze passive relative al personale - dirigenza medica e veterinaria								0
		14	Sopravvenienze passive relative al personale - dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie								0
		15	Sopravvenienze passive relative al personale - comparto								0
		16	Sopravvenienze passive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base								0
		17	Sopravvenienze passive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica								0
		18	Sopravvenienze passive v/terzi relative all'acquisto prestazioni sanitarie da operatori accreditati								0
		19	Sopravvenienze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi								0
		20	Arrotondamenti passivi								0
		30	Sconti ed abbuoni passivi								0
		40	Rivalutazioni monetarie								0
		90	Altre sopravvenienze passive								0
	200	0	Differenze passive di cambio								0
	300	0	Insussistenze dell'attivo								0
		10	Insussistenze dell'attivo v/ASL-AO, IRCCS e Policlinici della Regione								0
		15	Insussistenze dell'attivo v/terzi relative alla mobilità extra regionale								0
		20	Insussistenze dell'attivo v/terzi relative al personale dipendente								0
		25	Insussistenze dell'attivo v/terzi relative alle convenzioni con medici di base								0
		30	Insussistenze dell'attivo v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica								0
		35	Insussistenze dell'attivo v/terzi relative all'acquisto di prestazioni sanitarie da operatori accreditati								0
		40	Insussistenze dell'attivo v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi								0
		90	Altre insussistenze dell'attivo v/terzi								0
520			MINUSVALENZE								
	100		Minusvalenze da alienazioni ordinarie di immobilizzazioni								0
	200		Minusvalenze da alienazioni straordinarie di immobilizzazioni								0
530	0		IMPOSTE E TASSE								
	100	0	IRES								
		10	IRES su attività istituzionale						75.000		75.000
		20	IRES su attività commerciale								0
	150	0	IRAP								
		10	IRAP personale dipendente	3.850.000							3.850.000
		20	IRAP collaboratori e personale assimilato a lavoro	130.000							130.000
		30	IRAP attività libero professionale	30.000							30.000
		40	IRAP attività commerciali								0
	200	0	Imposte di registro						5.000		5.000
	300	0	Imposte di bollo						30.000		30.000
	400	0	Tasse di concessione governative				110.000				110.000
	500	0	Imposte comunali						200.000		200.000

BUDGET 2014 DEI CENTRI DI RISORSA

PIANO DEI CONTI				CENTRO DI RISORSA					BILANCIO DI PREVISIONE 2014		
Gruppo	Mastro	Conto	Descrizione	S.C.Ge.Va.P	S.C.P.C.A	S.C.I.I.	S.C.S.I.	S.C.A.F.		DIR.AMM.	DIR.SAN.
	600	0	Dazi								0
	700	0	Tasse di circolazione automezzi						15.000		15.000
	800	0	Permessi di transito e sosta						5.000		5.000
	900	0	Imposte e tasse diverse						10.000		10.000
540	0	0	VARIAZIONE DELLE RIMANENZE								
	100	0	Variazione delle riman. di materiale sanitario								0
	200	0	Variazione delle riman. di materiale non-sanitario								0
570	0	0	SVALUTAZIONI PER RETTIFICHE DI VALORE DELLE ATTIVITA' FINANZIARIE								
	100	0	Svalutazioni per rettifiche di valore delle attività finanziarie								0
<b>TOTALE</b>				<b>62.092.243</b>	<b>26.543.000</b>	<b>2.514.000</b>	<b>666.000</b>	<b>58.190.000</b>	<b>5.237.561</b>	<b>216.427.196</b>	<b>371.670.000</b>

# 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: NICOLA DELLI QUADRI

CODICE FISCALE: DLLNCL47S01A080L

DATA FIRMA: 26/06/2014 17:20:13

IMPRONTA: 4CFB55ADE19B507917457FFF42F7278A6C0B1E7B2FAE949FA117147AE4128D53  
6C0B1E7B2FAE949FA117147AE4128D539BC6DAEDF1B276C64D3B51A17FECE714  
9BC6DAEDF1B276C64D3B51A17FECE714E4816E691033B76B269F80DF33D719FB  
E4816E691033B76B269F80DF33D719FB6A5A1598AF3A0399C3932E926A0D90F6

NOME: CRISTINA TURCO

CODICE FISCALE: TRCCST64M68L424G

DATA FIRMA: 26/06/2014 17:25:03

IMPRONTA: 1008A4B8C1F4B182758CEDF8DE688901FDB0E1F1885E73EC38E626D6E2454186  
FDB0E1F1885E73EC38E626D6E2454186BAFC2332C8D0BF572FA0308014C60532  
BAFC2332C8D0BF572FA0308014C60532C12615BDBD0645131465107002C76728  
C12615BDBD0645131465107002C76728AE5314AC04F567A52C735C966623B1DC

NOME: ADELE MAGGIORE

CODICE FISCALE: MGGDLA54D55B428P

DATA FIRMA: 26/06/2014 17:30:40

IMPRONTA: 8DE149A91347A9E5932253A81DCC9146F5631183F15B16E0B770998089CE3D17  
F5631183F15B16E0B770998089CE3D17420B30BA42385462EA49441DE47C983E  
420B30BA42385462EA49441DE47C983EA0743A403FF94D9DE5445AF6E4382A0A  
A0743A403FF94D9DE5445AF6E4382A0A2A7696D73B1C21E9071A2FB795239D40