



PROGETTO COMPLESSIVO AZIENDALE

2012

SOMMARIO

Distretto 1.....	3
Distretto 2	23
Distretto 3.....	50
Distretto 4.....	72
Dipartimento di Salute Mentale.....	96
Dipartimento Delle Dipendenze	115
Dipartimento di Prevenzione	124
Centro CardioVascolare.....	146
Centro Sociale Oncologico.....	157
Sistema 118.....	161
Segreteria della Direzione Strategica.....	168
Programmazione Strategica.....	170
Ufficio Relazioni con il Pubblico	173
Qualità Ambiente e Sicurezza.....	174
Controllo Strategico.....	178
Innovazione e Progetti di Rilievo Nazionale e Internazionale.....	179
Direzione Sanitaria. Ufficio Progetti Area Sanitaria.....	180
Direzione sanitaria. Medico competente (risk manager).....	182
1.....	184
Formazione del personale sul rischio clinico e sul corretto utilizzo della scheda di incident reporting.....	184
2	184
Inclusione nella scheda di incident reporting dei campi definiti a livello regionale e raccolta dei dati sia sui near miss che sugli eventi avversi.....	184
3	184
Azioni di miglioramento mirate agli eventi piu' frequenti (cadute).....	184
4	184
Esecuzione di RCA in caso di eventi che superino lo score di 6.....	184
5	184

Analisi periodica dei dati.....	184
Servizio Infermieristico Aziendale.....	186
Servizio Riabilitazione Aziendale.....	189
Gestione Convenzioni Medicina Generale e Specialistica.....	190
Verifiche Strutture Pubbliche e Private.....	194
Assistenza Farmaceutica.....	195
Attività Giuridico Legali.....	199
Gestione Servizi Generali.....	202
Affari Generali	204
Gestione e Valorizzazione del Personale.....	210
Finanza e Controllo.....	221
Sistema Informativo.....	223
Immobili e Impianti.....	229
Programmazione e Controllo Acquisti.....	231

Distretto 1

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
1. Promozione della sicurezza del paziente: - Adeguamento della documentazione sanitaria in RSA	1 .1.1 Verificare sulla base della check list Joint Commission International della qualità delle cartelle cliniche, in particolare verificare la presenza e completezza dei seguenti documenti - consenso informato - scala di valutazione del rischio da lesioni da decubito -scala di valutazione di rischio cadute -valutazione del dolore entro 24 ore	OBIETTIVO DEL DIRIGENTE; SSD Servizio infermieristico. Dirigente Infermieristica dr.ssa Barbara landerca In collaborazione con SIA	Entro il 31/12/2012: 1.1.1 5 cartelle verificate a bimestre = 30 cartelle verificate /anno – NUM/DENOM: Numero di cartelle chiuse in RSA IGEA contenenti i documenti previsti/numero di cartelle selezionate

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
<p>- Valutazione ed adeguamento della documentazione infermieristica</p>	<p>dall'ingresso e rivalutazione quotidiana durante -il periodo di degenza -foglio unico di terapia per i primi 7 gg 1.1.2 Partecipare agli audit per valutare il risultato delle verifiche e concordare attività di miglioramento 1.1.3 Promuovere c/o le RSA incontri di consulenza per la realizzazione di uno strumento (diario) comprensivo del foglio unico di terapia 1.1.4 Partecipare agli incontri promossi dalla direzione sanitaria finalizzati alla revisione della documentazione 1.2.1 Realizzare incontri con la PO SC Adulti e Anziani e con le coordinatrici SS Cure Ambulatoriali e domiciliari per la revisione della documentazione infermieristica domiciliare SID 1.2.2 Realizzare un documento/proposta di modifica della documentazione infermieristica ambulatoriale nelle tre sedi Distrettuali (Aurisina-Opicina-Stock)</p>		<p>1.1.2 Relazione contenente analisi e azioni di miglioramento in RSA IGEA 1.1.3,4 Presenza del nuovo diario e foglio unico di terapia 1.2.1 Documento con proposte di modifica della documentazione entro il 31/12/2012 1.2.2 Documento di modifica della documentazione e istruzioni d'uso entro il 31/12/2012</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
<p>2. Linea n. 1.3.4.1 Persone con Malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale 1. Conoscenza, presa in carico e gestione di soggetti con fragilità socio-sanitaria e affetti da patologia cronica degenerativa, secondo il modello del <i>case management</i>, mediante applicazione di percorsi di salute individuali</p>	<p>1. A partire da elenchi messi a disposizione dalla SS Programmazione Strategica, identificazione dei soggetti alti consumatori di risorse sanitarie fra i residenti di Microarea. 2. Visita domiciliare ai selezionati della casistica di cui al punto 1. 3. Segnalazione ai servizi distrettuali per la presa in carico di soggetti con problematica sanitaria ad elevato rischio di aggravamento e/o carente rete socio-assistenziale di riferimento (degrado sociale e/o abitativo, isolamento, povertà, scarsa consapevolezza di malattia) e applicazione dei principali Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ordine a diabete mellito, BPCO, scompenso cardiaco, demenza. In alternativa: stesura di Piano Assistenziale Individuale (PAI) in presenza di</p>	<p>SSD Servizio Infermieristico Distrettuale Dirigente Infermieristica dr.ssa Barbara landerca Referente di Microarea Dr.ssa Michela Degrassi</p>	<p>2.1. Identificato il target di soggetti ripetutamente ricoverati in reparti medici 2.2. Entro il 31.12.2012 effettuata conoscenza diretta di almeno il 70% dei soggetti di cui al punto 1 e delle relative problematiche socio-sanitarie, con priorità sec. ordine decrescente dei consumi sanitari evidenziati. 2.3. Entro il 31.12.2012 i servizi distrettuali hanno preso in carico in continuità assistenziale almeno 10 di questi soggetti multiproblematici, con stesura e applicazione di PAI o PDTA</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
	altra patologia e/o rilevanti bisogni socio-assistenziali.		
<p>3. Allestimento e adozione di un archivio informatico unico (database) per la registrazione degli interventi di natura sanitaria e socio-assistenziale eseguiti dall'equipe di ciascuna Microarea nell'anno 2012.</p>	<p>1. Rivalutare il database attualmente in dotazione presso la sede di Microarea: aggiornamento delle principali voci presenti in ordine a interventi, azioni, esiti.</p> <p>2. Identificare e formare gli operatori di Microarea destinati all'impiego del database.</p> <p>3. Inserire i dati di attività relativi ai primi 4 mesi dell'anno corrente.</p> <p>4. Inserire tutti gli interventi realizzati dall'equipe di Microarea.</p> <p>5. Produrre un report annuale di attività.</p>	<p>SSD SERVIZIO INFER.</p> <p>Dirigente Infermieristica dr.ssa Barbara landerca</p> <p>Referente di Microarea Dr.ssa Michela Degrassi</p>	<p>3.1. Entro il 30.06.2012 aggiornato e adottato in modo consensuale il database unico presso la Microarea.</p> <p>3.2. identificati e formati gli operatori di Microarea entro il 30.06.2012.</p> <p>3.3. Entro il 31.07.2012 aggiornato l'inserimento dati di attività a far tempo dal 01.01.2012.</p> <p>3.4. Dati inseriti entro il 31.12.2012.</p> <p>3.5. Entro il 10.01.2013 effettuata stesura ed invio al Coordinatore Sociosanitario di un report per la Microarea riferito alle attività dell'anno 2012.</p>
<p>4. Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale</p>	<p>4.1. Revisione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) per patologie cronico-degenerative quali</p>	<p>SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari Coordinatori Infermieristici</p>	<p>4.1. Entro il 30.05.2012: effettuata formalizzazione dei PDTA revisionati e condivisi in ordine a</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
<p>Promuovere migliori condizioni di vita ai cittadini con malattie cronico-degenerative (BPCO e scompenso cardiaco), prevenendo le riacutizzazioni, riducendo i ricoveri ripetuti, il ricorso all'istituzionalizzazione e favorendo il passaggio da una medicina di attesa ad una medicina proattiva.</p>	<p>scompenso cardiaco e BPCO già redatti e condivisi nel 2011.</p> <p>4.1 Individuazione dei pazienti con le patologie target a partire dai soggetti afferenti a servizi distrettuali (SID, SRD, Continuità assistenziale ospedale-territorio) e non distrettuali (Medicina Generale, Centro Cardiovascolare, altri servizi aziendali).</p> <p>4.2. Presenza in carico e allestimento di Programma Assistenziale Individuale (PAI) come da documento PDTA di cui al punto 1.</p> <p>3. Documentazione PDTA e analisi del processo.</p>	<p>Infermieri</p>	<p>BPCO, scompenso cardiaco</p> <p>4.2. Entro il 31.12.2012: applicati i PDTA validati in almeno 20 casi per Distretto (pazienti con diagnosi principale rappresentata da SC o BPCO).</p> <p>4.3. 10.01.2013: creata reportistica ad hoc sui 20 casi.</p>
<p>5. Linea n. 1.3.3.3 Sicurezza e governo clinico Garanzia dei livelli di qualità e di sicurezza omogenei per le cure sanitarie sul territorio regionale Utilizzo di strumenti metodologici omogenei individuati a livello aziendale che consentono la</p>	<p>1. Rilevazione del dolore a tutte le persone prese in carico al SID ed ambulatorio infermieristico</p> <p>2. Monitoraggio del dolore a tutte le persone con dolore superiore a NRS 3 mediante scheda aziendale.</p>	<p>Tutto il personale SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari</p>	<p>1. Presenza nel 100% delle cartelle SID aperte dal 1/1/2012 della rilevazione del dolore.</p> <p>2. Presenza nel 90% delle cartelle SID aperte dal 1/1/2012 della scheda aziendale del monitoraggio dolore a tutte le persone con dolore superiore a NRS 3.</p> <p>3.</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
<p>contestualizzazione nelle specifiche realtà organizzative dei percorsi e delle procedure individuate finalizzati al miglioramento dell'efficacia degli interventi sanitari:</p>	<p>3. Implementazione del raccordo con M.M.G. 4. Creazione di uno strumento finalizzato all'accrescimento della cultura del non dolore nelle persone prese in carico al SID</p>		<p>Nel 2012 almeno un raccordo con MMG nei casi di NRS superiore a 3 4. Entro il 2012 stesura di materiale informativo finalizzato all'implementazione dell'intervento educativo alla presa in carico.</p>
<p>6. Linea n. 1.3.3.3 Sicurezza e governo clinico. Garanzia di livelli di qualità e sicurezza omogenei per le cure sanitarie sul territorio regionale</p>	<p>1. <u>Partecipazione al progetto regionale "Clean care is safer care"</u> formazione del personale sull'igiene delle mani (formazione dei formatori) 2. <u>Prevenzione e controllo delle infezioni correlate al CVC</u> Partecipazione a corso di formazione ad hoc 3. <u>Miglioramento dei sistemi correlati alla sicurezza nell'uso dei farmaci</u> Implementazione dei controlli sui sistemi di conservazione, sulla verifica delle scadenze, sulla conformità delle indicazioni per la distribuzione diretta.</p>	<p>SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari Tutto il personale</p>	<p>1. Almeno 1 corso di formazione interno completato entro il 31/12/12; almeno il 70% dei partecipanti ha risposto correttamente al questionario di apprendimento a fine corso. 2. Entro il 31/12/12 almeno 2 infermieri formati 3. Entro il 31/12/12 tutti gli armadi e i frigoriferi sono tenuti sotto controllo secondo procedura (per la distribuzione diretta : controllo temperatura; per gli altri farmaci: temperatura e scadenza)</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
<p>7. Promuovere migliori condizioni di vita ai cittadini con disturbi cognitivi prevenendo il ricorso all'istituzionalizzazione e favorendo il passaggio da una medicina di attesa ad una medicina proattiva.</p>	<p>1. Predisporre i PDTA per le persone affette da disturbi cognitivi. 2 Selezionare i pazienti con le patologie target e predisporre per ognuno il programma personalizzato integrato.</p>	<p>Tutto il personale S.S. Anziani e Residenze</p>	<p>1 Costituito un gruppo di lavoro multiprofessionale e stesura del PDTA per le persone affette da disturbi cognitivi (entro giugno 2012) 2. Presi in carico almeno 10 persone affette da disturbi cognitivi, secondo il PDTA (entro dicembre 2012)</p>
<p>OBIETTIVO COLLABORATIVO INTER-STRUTTURA 8. Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti (Linea n. 1.3.4.6)</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 S.S. Anziani e Residenze</p>	<p>Ogni distretto ha in evidenza la calendarizzazione ed il report riassuntivo delle verifiche effettuate, nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio Presenza nel sistema informativo e-GENeSys di una valutazione con strumento di VMD Vaf.Graf.-FVG aggiornata, a cura dei servizi stessi, per tutti gli utenti accolti nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati</p>
<p>9. PAL – Linea 1.3.4.7 Sviluppo e applicazione degli</p>	<p>Introduzione della scheda di valutazione Val-Graf per i pazienti anziani presi in carico con progetto personalizzato definito dai servizi di-</p>	<p>Tutto il personale S.S.D. Riabilitazione</p>	<p>A partire dal 12.03.2012 per tutti i nuovi pazienti over 65 anni presi in carico con PRI dovranno essere</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata: Applicare strumenti uniformi e validati per la valutazione del bisogno assistenziale e migliorare l'implementazione dei dati su SISSR	<p>strettuali e implementazione dei dati raccolti su sistema informativo</p> <p>L'obiettivo riguarda solo i nuovi pazienti over 65 presi in carico con PRI a partire dal 12/03/2012: nel sistema informativo dovranno essere registrati sia il codice diagnosi ICD -9 CM che la valutazione ValGraf</p>		registrati sia il codice diagnosi ICD -9 CM che la valutazione ValGraf
<p>10.</p> <p>PAL – Linea 1.3.4.7</p> <p>Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata: Applicare strumenti uniformi e validati per la valutazione del bisogno assistenziale e migliorare l'implementazione dei dati su SISSR</p>	<p>Introduzione della scheda di valutazione ValGraf per i pazienti anziani presi in carico con progetto personalizzato definito dai servizi distrettuali e implementazione dei dati raccolti su sistema informativo</p> <p>L'obiettivo riguarda solo i nuovi pazienti over 65 presi in carico con PAI a partire dal 12/03/2012: nel sistema informativo dovranno essere registrati sia il codice diagnosi ICD -9 CM che la valutazione ValGraf</p>	Tutto il personale S.C. Tutela Salute Adulti Anziani	A partire dal 12.03.2012 per tutti i nuovi pazienti over 65 anni presi in carico con PAI dovranno essere registrati sia il codice diagnosi ICD -9 CM che la valutazione ValGraf
<p>OBIETTIVO COLLABORATIVO INTER-STRUTTURA</p> <p>11.</p> <p>PAL - Linea n. 1.3.2.10</p> <p>Prevenzione cardiovascolare</p> <p>Integrazione del PDTA tra il Centro Diabetologico (CD) e</p>	<p>Stratificazione del grado di ischemia critica (CLI) agli arti inferiori in persone con diabete.</p> <p>1.</p> <p>Ridefinizione dei criteri clinici e strumentali di selezione e del percorso diagnostico tra i CD ed il CCV con via preferenziale per la valutazione del circolo arterioso con ecocolor Doppler (ECD) e misurazione con ossimetro</p>	Tutto il personale della SS Centro Diabetologico	<p>1.</p> <p>Entro 30/4/2012 effettuata definizione e stesura del protocollo operativo concordato tra il Centro Diabetologico ed il Centro Cardiovascolare e creazione di format per segnalazione casi</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
<p>il Centro Cardiovascolare (CCV) per la continuità assistenziale nei pazienti con Piede diabetico e arteriopatia periferica con incontri di formazione sul campo del personale medico e infermieristico del Centro Diabetologico volti a migliorare l'accuratezza nella selezione dei pazienti i da inviare a diagnostica ECD e TCPO2 al CCV.</p>	<p>della TCPO2 in tutti i soggetti diabetici affetti piede diabetico con CLI e preparazione di un format con criteri di inclusione ed esclusione per segnalazione casi.</p> <p>2. Programmazione, secondo agende concordate di incontri accreditati di formazione sul campo per il personale medico ed infermieristico del Centro Diabetologico e del CCV per condivisione dei casi, valutazione degli esiti ed eventuale revisione dei criteri e del format.</p> <p>3. Compilazione di un format con i criteri di inclusione ed esclusione da allegare alla richiesta di visita per ECD e TCOPO 2.</p> <p>4. Valutazione dell'appropriatezza di invio secondo i nuovi criteri.</p>		<p>2. Entro 31/12/2012 realizzati almeno 3 incontri di formazione sul campo per condivisione dei casi e valutazione degli esiti.</p> <p>3. Entro il 31/12/2012. Inviato almeno 80% dei casi con format compilato .</p> <p>4. Entro il 31/12/2012 svolta relazione con analisi critica dei dati e valutazione dell'appropriatezza (almeno l' 80% dei pazienti inviati secondo i nuovi criteri.)</p>
<p>OBIETTIVO COLLABORATIVO INTER-STRUTTURA</p> <p>12. 1.3.2.10 Prevenzione cardiovascolare Promuovere</p>	<p>1. Proseguire e consolidare nell'anno 2012 i percorsi facilitati bidirezionali CCV-Centri Diabetologici Distrettuali per la presa in carico e stratificazione prognostica dei pazienti a rischio elevato di eventi</p>	<p>1,2. Responsabile S.S. Centro Diabetologico (Dott.ssa Alessandra Petrucco)</p>	<p>1,2 Analisi dei casi e ridefinizione del nuovo protocollo operativo 30/06/2012</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
<p>migliori condizioni di vita ai cittadini con malattie cronicodegenerative (diabete), attraverso il consolidamento di linee di lavoro, già avviate nel 2011 e la creazione di un PDTA per lo screening della cardiopatia ischemica silente nel paziente con diabete ad alto rischio CV.</p>	<p>cardiovascolari favorendo il passaggio da una medicina di attesa ad una medicina proattiva.</p> <p>2. Analizzare i risultati del protocollo operativo messo in atto nel 2011 con particolare riferimento alla valutazione degli 8 casi risultati positivi per ischemia inducibile ed eventuale ridefinizione dei criteri di selezione e dei PDTA.</p> <p>3. Prendere in carico i pazienti inviati dal CCV e non ancora in carico alla Diabetologia con diabete mellito non controllato (Hb1AC>7.0%) o complicato (retinopatia, nefropatia, arteriopatia periferica, polineuropatia, disfunzione erettile, cardio e cerebrovasculopatia) per la presa in carico congiunta.</p> <p>4. Selezionare presso i Centri Diabetologici i pazienti non in carico al CCV con elevato rischio CV definito secondo il nuovo protocollo per presa in carico presso il CCV e ricerca ischemia miocardica e vasculopatia carotidea.</p>	<p>3,4. Tutto il personale SS Centro Diabetologico</p>	<p>3. il 100% dei pazienti selezionati secondo percorsi facilitati e condivisi e inviati per presa in carico ai Centri Diabetologici Distrettuali. Al 31.12.2012</p> <p>4. Inviati per presa in carico al CCV dal Centri Diabetologici Distrettuali complessivamente almeno 5 pazienti secondo percorsi facilitati e condivisi. Al 31.12.2012</p>
<p>OBIETTIVO</p>	<p>1.</p>	<p>1.2</p>	<p>1,2.</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
<p>COLLABORATIVO INTER-STRUTTURA</p> <p>13.</p> <p>- Linea n. 1. 3.4.4 Salute Mentale</p> <p>Consolidamento della rete regionale di risposta ai Disturbi del Comportamento Alimentare (primo, secondo, terzo livello).</p> <p>Presenza in carico congiunta per le persone con problemi di DCA in interazione con i Centri Diabetologici distrettuali.</p>	<p>Creare nell'anno 2012 un gruppo di lavoro integrato tra il team diabetologico e il Punto di Accoglienza dei DCA per definire percorsi facilitati per la presa in carico delle persone con diabete e concomitante DCA e per condividere i risultati raggiunti sulla base dell'esperienza già effettuata nel 2011</p> <p>2.</p> <p>Svolte almeno 2 riunioni tra il gruppo di lavoro integrato per discutere il percorso terapeutico dei casi clinici trattati.</p> <p>3.</p> <p>Selezionare presso i Centri Diabetologici Distrettuali i nuovi pazienti diabetici con DCA secondo i criteri stabiliti ed invio al Punto di Accoglienza dei DCA.</p>	<p>Dietista dei Centri Diabetologici</p> <p>Elisa Del Forno</p> <p>Punto di Accoglienza dei Disturbi del Comportamento Alimentare</p> <p><u>3.</u></p> <p>Personale medico, infermieristico e dietista della S.S. Centro Diabetologico Distrettuale</p> <p>Punto di Accoglienza dei Disturbi del Comportamento Alimentare</p>	<p>Completata definizione e stesura di un protocollo operativo concordato tra S.S. Centro Diabetologici e Punto di Accoglienza dei DCA</p> <p>3.</p> <p>Selezionati e inviati al Punto di Accoglienza dei Disturbi del Comportamento Alimentare almeno 10 pazienti diabetici con DCA complessivamente per i 4 Centri Diabetologici Distrettuali secondo i criteri stabiliti.</p>
<p>14.</p> <p>- Linea n. 1.3.2.11 Sinergie nell'attività di prevenzione</p>	<p>Consolidare attività nei CCDD, al fine di mantenere un'offerta di elevata qualità di prestazioni e servizi per i residenti del</p>	<p>Responsabile S.S. Centro Diabetologico</p> <p>Dott.ssa Alessandra</p>	<p>Organizzati almeno 2 incontri con accreditamento ECM per l'anno 2012 presso il Distretto con gruppi</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
primaria, secondaria e terziaria Elevare il grado di collaborazione ed integrazione con i MMG per la continuità assistenziale nei pazienti con diabete	Distretto, di elevare il grado di collaborazione con i MMG, anche attraverso l'estensione delle consulenze ed eventualmente di "visite congiunte".	Petrucco	di MMG per visite congiunte o discussione di casi clinici. 31/12/2012
15. 1.3.3.Sicurezza e governo clinico - sicurezza delle cure	Adottare procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezioni correlate all'assistenza attraverso la corretta igiene delle mani	SS Dipartimentale di Riabilitazione distrettuale comparto	Entro 31/12/2012 tutti gli operatori formati.
16. 1.3.4.7 Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata - Prosecuzione del progetto "Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione basati su ICF" Prosecuzione dello sviluppo ed implementazione delle metodologie uniformi di valutazione e progettazione personalizzata basate su ICF	16.1 Individuazione di 4 casi. 16.2 Valutazione secondo la metodologia di valutazione e progettazione personalizzata basate su ICF dei 4 casi 16.3 Raccolta del consenso informato per inserimento dei dati nel "fascicolo biopsicosociale elettronico" dei casi nello specifico sistema informativo prototipale sviluppato dal Centro Collaboratore OMS. Nella individuazione dei nuovi casi vanno privilegiati i minori, quelli che beneficiano del	Dirigente SS Dipartimentale di Riabilitazione distrettuale Dr.ssa Sabrina Gasperi	16.1,2 individuazione e valutazione di 4 casi di cui: -2 casi già valutati nel 2011 -2 casi non ancora valutati con gli strumenti basati su ICF. 16.3 Per tutti i pazienti è stato raccolto il consenso al trattamento dei dati sensibili in formato elettronico Entro 31/12/2012

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
	Fondo per l'autonomia possibile e/o del Fondo finalizzato al sostegno a domicilio di persone in situazioni di bisogno assistenziale a elevatissima intensità (fondo gravissimi) e persone con gravi cerebro lesioni acquisite.		
17. Promozione e sorveglianza dell'allattamento al seno (PAL 2012- prevenzione dell'obesità linea n.1.3.2.3)	<p>17.1 Adottare modalità operative coerenti e condivise dalle SC BADoF/PdF secondo le indicazioni degli standard della Baby Friendly Community Initiative (BFCI) UNICEF</p> <p>1.a partecipazione attiva al gruppo multiprofessionale per la predisposizione del doc. "Politica Aziendale sull'alimentazione 0-3 anni"</p> <p>1.b partecipazione ad almeno 1 evento formativo sull'alimentazione nella prima infanzia nella fascia di età 0-3 anni del personale dedicato all'assistenza mamma bambino</p> <p>17.2 Diffusione della Politica Aziendale come previsto dal percorso di accreditamento UNICEF</p> <p>2a- elaborazione di un manifesto con la Politica Aziendale da esporre nelle sedi distrettuali</p>	Personale di SC BADOF	<p>17.1 Predisposto il doc. "Politica Aziendale sull'alimentazione 0-3 anni" e presentazione alla Direzione Generale entro 31/07/2012</p> <p>17.2. Predisposto il manifesto con la Politica Aziendale e la brochures relativa ai servizi contenenti la Politica Aziendale 30/9/2012</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
	2b- elaborazione di brochure con la Politica Aziendale da consegnare alle donne in gravidanza e nel dopo parto 17.3 Monitoraggio dei tassi di allattamento esclusivo alla 2 ^a vaccinazione attraverso l'inserimento dei dati nel sistema regionale		17.3 Inserimento di almeno il 95% delle schede sull'alimentazione al momento della 2a vaccinazione (31/12/12)
18. Promuovere l'allattamento al seno e la corretta alimentazione del neonato attraverso il counseling e il sostegno alla madre, al contesto familiare, lavorativo e sociale (secondo le direttive UNICEF e OMS).	Predisporre e offrire spazi e tempi dedicati ai genitori per favorire l'allattamento al seno e la corretta alimentazione del neonato. Ciò avverrà: 1. in occasione degli incontri pre-parto (mediamente in un anno ca. 10-15 gruppi, cad. con 10-15 donne) con un incontro informativo sulle tematiche relative all'allattamento al seno e la corretta alimentazione del neonato (entro la 34 sett.) 2. in occasione del primo colloquio di accoglienza consultoriale delle donne afferenti al corso pre-parto o post-parto viene effettuato un colloquio/consulenza individuale 3. in occasione della seconda vaccinazione, al fine di monitorare i tassi di allattamento viene effettuato un colloquio specifico inerente alle tematiche dell'allattamento al	SC BaDoF	18.1. Per ogni gruppo pre-parto è compilata la "Check list di gruppo prenatale-alimentazione infantile" corredata dall'elenco delle donne presenti all'incontro. <i>n.check list compilate/n. gruppi pre-parto; atteso=100%</i> 18.2. Per ogni donna che si iscrive al corso pre-parto o post-parto viene fatto un colloquio/consulenza individuale ed è compilata la "Scheda accoglienza Ostetrica individuale" sull'allattamento e la corretta alimentazione del neonato. <i>n. schede accoglienza compilate/n. donne iscritte; atteso= 90% (possibili drop out)</i>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
<p>19. 1.3.4.7 Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata - Prosecuzione del progetto "Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione basati su ICF"</p> <p>Prosecuzione dello sviluppo ed implementazione delle metodologie uniformi di valutazione e progettazione personalizzata basate su ICF</p> <p>Nella individuazione dei nuovi casi vanno privilegiati i minori, quelli che beneficiano del Fondo per l'autonomia possibile e/o del Fondo finalizzato al sostegno a domicilio di persone in situazioni di bisogno assistenziale a elevatissima intensità (fondo gravissimi) e</p>	<p>seno e la corretta alimentazione del neonato.</p> <p>1. Individuazione dei 4 casi.</p> <p>2. Valutazione secondo la metodologia di valutazione e progettazione personalizzata basate su ICF dei 4 casi</p> <p>3. Raccolta del consenso informato per inserimento dei dati nel "fascicolo biopsicosociale elettronico" dei casi nello specifico sistema informativo prototipale sviluppato dal Centro Collaboratore OMS.</p> <p>4. Formazione degli operatori coordinata dal Centro Collaboratore OMS.</p>	<p>1,2,3. Operatori della SSTSBA</p> <p>4. dott.ssa Irene Fontanot</p>	<p>19.1,2. 4 casi valutati di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 casi già valutati nel 2011 • 2 casi non ancora valutati con gli strumenti basati su ICF. <p>19.3 Per tutti i pazienti è stato raccolto il consenso al trattamento dei dati sensibili inseriti nel fascicolo in formato elettronico</p> <p>19.4 I referenti aziendali, i tutor aziendali e gli operatori coinvolti nella sperimentazione sono opportunamente stati formati in programmi di rilevanza regionale secondo le indicazioni del Centro Collaboratore OMS .</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
persone con gravi cerebro lesioni acquisite.			
<p>20. Continuare il percorso di Omogeneizzazione dei PDTA attraverso la presa in carico di adolescenti e giovani adulti con stati mentali a rischio o esordio psicotico con consolidamento dei processi di integrazione tra DSM, distretti, NPI dell'IRCCSS Burlo Garofalo (Linea n. 1.3.4.4 salute mentale)</p>	<p>20.1. Identificare e valutare, tra tutti i nuovi casi nel 2012 nella fascia d'età 15-18 i soggetti con stati mentale a rischio o esordio psicotico secondo le modalità previste dal protocollo aziendale per la presa in carico di adolescenti e giovani con stato mentale a rischio o all'esordio di un disturbo mentale severo (revisione 2011)</p> <p>20.2. Prendere in carico congiuntamente (CSM-SC BADOF) tutti i soggetti di cui al punto 1, se consenzienti</p> <p>20.3. Proseguire l'utilizzo di procedure integrate intra aziendali per il riconoscimento precoce e la presa in carico dei casi a rischio o conclamati .applicando la scheda di presa in carico congiunta elaborata dal gruppo funzionale a tutti i casi presi in carico</p> <p>20.4. Partecipare agli incontri del gruppo funzionale di progetto</p>	<p>20.1,2 dott.ssa Irene Fontanot dott.ssa V.Assunta Aiosa</p> <p>In collaborazione con CSM</p> <p>20.3,4 Responsabile SSTSBA dott.ssa Irene Fontanot</p>	<p>20.1. Tutti i nuovi casi nella fascia d'età 15-18 che accedono alla SC TS BADoF per problemi psichici sono valutati secondo il protocollo aziendale 31/12/2012</p> <p>20.2. Tutti i casi di cui al punto 1, con stati mentali a rischio o esordio psicotico, sono presi in carico congiuntamente da SC BADOF e CSM se consenzienti</p> <p>20.3,4. Tutti i giovani nella fascia 15-18 che accedono alla SC per problemi psichici vengono valutati e presi in carico secondo protocollo</p>
21.	Inviare avviso della scadenza del rinnovo a	Personale sportello	In 90% degli assistiti in carico nel

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
<p>Ottimizzazione/razionalizzazione del percorso per il rilascio delle autorizzazioni/ricette per prodotti alimentari in persone con malattie metaboliche. Evitare ritardi nel rinnovo, quantizzare meglio il fabbisogno (evitare sprechi), monitorare meglio la spesa)</p>	<p>tutti gli assistiti con codice RI0060 già in carico nel 2011.</p>	<p>amministrativo (A. Carboni, G. Paissan)</p>	<p>2011 con codice RI0060 il rinnovo si è svolto con preavviso e nuova procedura . Numeratore : n° assistiti avvisati-serviti con nuova procedura; denominatore : n° tot. assistiti con codice prescelto registrati in SISSR</p>
<p>22. Migliorare la comunicazione verso l'esterno attraverso un aumento del livello di informazioni all'interno della struttura operativa in merito alle pratiche amministrative rivolte all'utenza</p>	<p>Realizzare Incontri periodici con tutte le Strutture del distretto per informare sui percorsi amministrativi rivolti all'utenza e per affrontare/superare eventuali criticità interne.</p>	<p>Personale amministrativo (G. Adamo, A. Carboni, G. Paissan, C. Valentin)</p>	<p>22.1 Report dei risultati delle azioni di comunicazione interna. 22.2 Documento di sintesi dei percorsi amministrativi rivolti all'utenza diffuso tra gli operatori del distretto</p>
<p>23. Condivisione tra i Distretti e consolidamento dei percorsi operativi amministrativi al fine di migliorare il servizio rivolto all'utenza</p>	<p>1 Elaborazione di progetto formativo dedicato al personale amministrativo 2 Attuazione del progetto formativo</p>	<p>Tutto il personale amministrativo</p>	<p>23.1 Progetto formativo entro il 31.05.2012 23.2 Almeno il 70% del personale amministrativo è formato entro il 31.12.2012</p>
<p>24.</p>	<p>1</p>	<p>P.O. Gestione servizi</p>	<p>1,2</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
<p>Migliorare e facilitare la comunicazione tra Distretto e Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta con riferimento alle procedure per l'attivazione ed il pagamento delle prestazioni di Assistenza Domiciliare Programmata (A.D.P.) e Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) e le Prestazioni di Particolare Impegno Professionale (P.P.I.P.)</p>	<p>Elaborazione di un vademecum contenente le procedure per l'attivazione ed il pagamento delle prestazioni di Assistenza Domiciliare Programmata (A.D.P.) e Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) e le Prestazioni di Particolare Impegno Professionale (P.P.I.P.) 2. Distribuzione del vademecum e della relativa modulistica ai Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta afferenti al Distretto 1</p>	<p>amministrativi (G. Adamo) C. Valentin</p>	<p>Distribuzione del vademecum e della relativa modulistica a tutti i Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta afferenti al Distretto 1 Entro il 31.12.2012</p>
<p>25. Portare a compimento definitivo il programma sperimentale strategico aziendale denominato "Progetto Dreaming"</p>	<p>Organizzare il Convegno internazionale conclusivo di presentazione dei dati Stendere i report conclusivi per la Commissione Europea e le opportune rendicontazioni</p>	<p>OBIETTIVO DEL DIRIGENTE; Dott. Paolo Da Col</p>	<p>Realizzato il convegno finale a TS entro giugno Consegnati i documenti di pertinenza alla Comm. Europea entro dicembre</p>
<p>26. Individuare precocemente le donne in gravidanza afferenti al percorso nascita in situazione/ rischio di fragilità, deprivazione, deriva sociale, isolamento e/o rischio di</p>	<p>26.1 Rinforzare la presenza dello psicologo all'interno dei percorsi nascita prevedendo almeno un incontro in fase pre ed uno in fase post-partum.</p>	<p>OBIETTIVO DEL DIRIGENTE; Dr.ssa Chiara Sala Dr.ssa Kinou Wolf</p>	<p>26.1.1 Realizzato almeno un incontro di gruppo con lo psicologo in ogni corso pre e post parto (fonte: data entry INSIEL prestazioni Consulteri Familiari) 26.1.2</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
sofferenza psichica nel post-partum.	26.2 inserire tempestivamente in percorsi di protezione/trattamento anche con il coinvolgimento di altri servizi specialistici ad hoc e/o altri Enti le donne individuate a rischio o con problemi		Garantito un primo colloquio psico-sociale al 100% delle donne individuate/segnalate. 26.2. Inserite almeno l' 80% delle donne segnalate in percorsi di protezione/trattamento (fonte: costituzione ad hoc dell'elenco delle utenti a rischio custodito in CF)
27. Linea n. 1.3.3.3 Sicurezza e governo clinico. Garanzia di livelli di qualità e sicurezza omogenei per le cure sanitarie sul territorio regionale	Monitorare con apposita scheda raccolta dati tutti i paz. che da Igea vengono ricoverati in AOOTS (escl. quelli programmati) e sottoporre ad audit con personale di Igea questi eventi, al fine di aumentare l'appropriatezza dei ricoveri in AOOTS dei degenti di RSA IGEA (verifica del grado di inevitabilità-imprevedibilità del ricovero)	OBIETTIVO DEL DIRIGENTE; Dr.ssa Maria Bartolini	Almeno nel 90% dei paz. ricoverati in AOOTS è stata compilata la scheda di monitoraggio ed effettuato l'audit interno.
28. Linea 1.3.3.2 Farmaceutica Contenimento della spesa farmaceutica territoriale con il mantenimento della distribuzione diretta del primo ciclo ambulatoriale	Predisposizione di piano distrettuale orientato a piena operatività della fornitura diretta distrettuale del solo 1° ciclo e Verifica dei piani terapeutici (PT) per le tre sedi (Stock, Opicina, Aurisina)	OBIETTIVO DEL DIRIGENTE; Dott.ssa Ceppi Graziella	Verifica delle procedure di fornitura diretta del 1° ciclo di cura sulla base del piano predisposto Presentato il Piano distrettuale entro 31.5.2012, i 90% dei PT di farmaci pervenuti in Distretto (tre sedi - escluso SID e Diabetologia) verificati per i successivi controlli

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
<p>29. Promuovere migliori condizioni di vita ai cittadini con disturbi cognitivi prevenendo il ricorso all'istituzionalizzazione e favorendo il passaggio da una medicina di attesa ad una medicina proattiva.</p>	<p>Selezionare i pazienti con le patologie target ed applicare il PDTA.</p>	<p>OBIETTIVO DEL DIRIGENTE Dr.ssa Luisa Besanzini</p>	<p>In almeno il 50% dei nuovi casi che accedono al CDDD (Centro Diagnostico Distrettuale delle Demenze) è applicato il nuovo PDTA</p>
<p>30. Linea 1.3.4.1 Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale Promuovere migliori condizioni di vita ai cittadini con malattie cronico-degenerative (BPCO, scompenso cardiaco), prevenendo le riacutizzazioni, riducendo i ricoveri ripetuti, il ricorso all'istituzionalizzazione e favorendo il passaggio da una medicina di attesa ad una medicina proattiva.</p>	<p>Revisionare i PDTA e selezionare i pazienti con le patologie target per applicare il PDTA per BPCO, scompenso cardiaco.</p>	<p>OBIETTIVO DEL DIRIGENTE dr.ssa Antonella Benedetti</p>	<p>30.1 Partecipazione alla revisione dei PDTA. per SCC e BPCO 30.2 In almeno 20 casi sono stati predisposti i nuovi PDTA per SCC, BPCO</p>

Distretto 2

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Direzione Distretto n. 2 – Servizi Amministrativi			
PAL Linea 1.3.4.6 1. In continuità con le azioni avviate negli anni precedenti, implementare gli interventi e strumenti volti a migliorare/consolidare la capacità di governo dell'assistenza nei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti, con riferimento alle convenzioni stipulate con i servizi residenziali e semiresidenziali	1.1 Esame delle convenzioni con i servizi semiresidenziali e residenziali per anziani, al fine di verificare che nel testo delle stesse sia previsto che il rimborso degli oneri sanitari e della quota per l'abbattimento delle rette di accoglienza siano vincolati al soddisfacimento del debito informativo minimo richiesto dalla Regione (art. 19 del DPR n. 0333/Pres. del 2008) e alla valutazione del bisogno degli utenti accolti secondo le modalità e la tempistica previste dalla DGR n. 2147/07 e successive modifiche ed integrazioni (sistema di VMD Val.Graf.-FVG). 1.2 Predisposizione di atto aggiuntivo per le convenzioni in atto e/o inserimento dell'articolo per le nuove convenzioni, che vincola il rimborso degli oneri sanitari e della quota per l'abbattimento delle rette di accoglienza al soddisfacimento del debito informativo minimo richiesto	Responsabile di Distretto P.O. Gestione servizi amministrativi	Presenza di atto aggiuntivo per le convenzioni in atto e/o presenza dell'articolo per le nuove convenzioni, che vincola il rimborso degli oneri sanitari e della quota per l'abbattimento delle rette di accoglienza al soddisfacimento del debito informativo minimo richiesto dalla Regione (art. 19 del DPR n. 0333/Pres. del 2008) e alla valutazione del bisogno degli utenti accolti secondo le modalità e la tempistica previste dalla DGR n. 2147/07 e successive modifiche ed integrazioni (sistema di VMD Val.Graf.-FVG), nel 100% dei testi delle convenzioni con le strutture eroganti servizi semiresidenziali e residenziali per anziani 31.12.2012

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	dalla Regione (art. 19 del DPR n. 0333/Pres. del 2008) e alla valutazione del bisogno degli utenti accolti secondo le modalità e la tempistica previste dalla DGR n. 2147/07 e successive modifiche ed integrazioni (sistema di VMD Val.Graf.-FVG).		
2. Ridurre il numero di posizioni anagrafiche sanitarie errate e/o le registrazioni improprie.	2.1 Rilievo delle posizioni anagrafiche sanitarie errate e/o delle registrazioni improprie per gli utenti che si presentano agli sportelli del Distretto 2 e per tutti coloro per i quali vengono rilevati degli errori di registrazione, ivi compresi i c.d. cancellati "per irreperibilità anagrafica". 2.2 Comunicazione all'ufficio S.I.A. della S.C. Sistema Informativo delle registrazioni scorrette riscontrate e/o dei nominativi di coloro che rientrano nell'elenco dei c.d. cancellati "per irreperibilità anagrafica".	Mercusa Lorraine Mosesti Laura Paolini Roberto	Presenza delle segnalazioni inviate all'ufficio S.I.A della S.C. Sistema Informativo (fonte: copia segnalazioni inviate al SCSI) relative a tutte le registrazioni scorrette riscontrate e/o ai nominativi che rientrano nell'elenco dei "cancellati per irreperibilità anagrafica" 31.12.2012
3. Condivisione tra i Distretti e consolidamento dei percorsi operativi amministrativi al fine di	3.1 Elaborazione di progetto formativo dedicato al personale amministrativo 3.2 Attuazione del progetto formativo	Tutto il personale amministrativo	3.1 Progetto formativo entro il 31.05.12 3.2 Almeno il 70% del personale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
migliorare il servizio rivolto all'utenza			amministrativo è formato entro il 31.12.2012
4. Migliorare e facilitare la comunicazione tra Distretto e Medici di Medicina Generale/ Pediatri di Libera Scelta con riferimento alle procedure per l'attivazione ed il pagamento delle prestazioni di Assistenza Domiciliare Programmata (A.D.P.) e Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) e le Prestazioni di Particolare Impegno Professionale (P.P.I.P.)	4.1 Elaborazione di un vademecum contenente le procedure per l'attivazione ed il pagamento delle prestazioni di Assistenza Domiciliare Programmata (A.D.P.) e Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) e le Prestazioni di Particolare Impegno Professionale (P.P.I.P.) 4.2. Distribuzione del vademecum e della relativa modulistica ai Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta afferenti al Distretto 2	P.O. Gestione servizi amministrativi Dudine Fiorella Lorello Arianna	Distribuzione del vademecum e della relativa modulistica a tutti i Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta afferenti al Distretto 2 Entro il 31.12.2012
S.S.D. Servizio Infermieristico Distrettuale			
5. Conoscenza, presa in carico e gestione di soggetti con fragilità socio-sanitaria e affetti da patologia cronica degenerativa, mediante applicazione di percorsi di	5.1 Selezione di una casistica di alti consumatori di risorse sanitarie fra i residenti di ciascuna Microarea. 5.2 Visita domiciliare ai selezionati della	Referente di Microarea Federica Sardiello, Loredana Lattanzio Dirigente Infermieristico Coordinatore	Entro il 31.12.2012 presa in carico, stesura e applicazione di PAI/PDTA in almeno 7 soggetti multiproblematici.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
salute individuali.	casistica di cui al punto 1, di almeno 15 soggetti 5.3 Presenza in carico di soggetti con problematica sanitaria ad elevato rischio di aggravamento e/o carente rete socio-assistenziale di riferimento (degrado sociale e/o abitativo, isolamento, povertà, scarsa consapevolezza di malattia) e applicazione dei principali Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ordine a, BPCO, scompenso cardiaco e/o stesura di Piano Assistenziale Individuale (PAI) in presenza di altra patologia e/o rilevanti bisogni socio-assistenziali.	Sociosanitario/Responsabile Distretto n. 2	
6. Allestitimento e adozione di un archivio informatico unico (database) per la registrazione degli interventi di natura sanitaria e socio-assistenziale eseguiti dall'equipe di ciascuna Microarea nell'anno 2012.	6.1 Rivalutazione collegiale del database attualmente in dotazione presso ciascuna sede di Microarea: aggiornamento delle principali voci presenti in ordine a interventi, azioni, esiti. 6.2 Identificazione e formazione degli operatori di Microarea destinati all'impiego del database. 6.3	Referenti di Microarea Federica Sardiello, Loredana Lattanzio, Monica Ghiretti Dirigente Infermieristico Coordinatore Sociosanitario/ Responsabile Distretto n. 2	6.1 Entro il 31.03.2012 aggiornamento e adozione consensuale di un database unico presso ciascuna Microarea. 6.2 Completamento dell'iter di formazione degli operatori di Microarea entro il 30.04.2012.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>Inserimento dei dati di attività relativi ai primi 4 mesi dell'anno corrente.</p> <p>6.4 Inserimento di tutti gli interventi realizzati dall'equipe di Microarea.</p> <p>6.5 Produzione di un report annuale di attività.</p>		<p>6.3 Entro il 30.05.2012 aggiornamento dell'inserimento dati di attività a far tempo dal 01.01.2012.</p> <p>6.4 Dati inseriti entro il 31.12.2012.</p> <p>6.5 Report per ciascuna Microarea riferito alle attività dell'anno 2012.</p>
S.C. Adulti e Anziani (1,2,3)			
1. S.S. Anziani e Residenze – RSA San Giusto			
<p>PAL - Linea n. 1.3.4.6</p> <p>7. Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti</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: Coordinatrice residenze: Paola Comuzzi</p>	<p>Ogni distretto ha in evidenza la calendarizzazione ed il report riassuntivo delle verifiche effettuate, nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio, in merito alla presenza nel sistema informativo e-GENeSys di una valutazione con strumento di VMD Vaf.Graf.-FVG aggiornata, a cura dei servizi stessi, per tutti gli utenti accolti nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>8. Promuovere migliori condizioni di vita ai cittadini con disturbi cognitivi prevenendo il ricorso all'istituzionalizzazione e favorendo il passaggio da una medicina di attesa ad una medicina proattiva.</p>	<p>8.1 Predisporre i PDTA per le persone affette da disturbi cognitivi.</p> <p>8.2 Selezionare i pazienti con le patologie target e predisporre per ognuno il programma personalizzato integrato.</p>	<p>Tutto il personale della S.S. Anziani e Residenze: Coordinatrice residenze: Paola Comuzzi</p>	<p>8.1 Costituzione di un gruppo di lavoro multiprofessionale e stesura del PDTA per le persone affette da disturbi cognitivi (entro aprile 2012)</p> <p>8.2 Presenza in carico di almeno 10 persone affette da disturbi cognitivi, secondo il PDTA (entro dicembre 2012)</p>
<p>9. Promuovere migliori condizioni di vita ai cittadini con disturbi cognitivi prevenendo il ricorso all'istituzionalizzazione e favorendo il passaggio da una medicina di attesa ad una medicina proattiva.</p>	<p>Selezionare i pazienti con le patologie target ed applicare il PDTA.</p>	<p>Dott Giacomo Benedetti Dott.ssa Filomena Vella</p>	<p>Garantire al 50% di tutti i nuovi casi che accedono al CDDD (Centro Diagnostico Distrettuale delle Demenze) l'applicazione del PDTA dalla stesura del PDTA al 31.12.2012</p>
<p>10. Accredito regionale PAL - Linea n. 1.3.3.1</p>	<p>Verifica e mantenimento dell'adeguatezza della documentazione sanitaria in base ai criteri di accreditamento consenso informato</p>	<p>Responsabile Medico Coordinatore Infermieristico RSA Infermieri RSA</p>	<p>Verifica intermedia al 30/06 con presenza di documentazione completa nel 50% delle cartelle Il 90% delle cartelle è completo al 31.12.2012</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p><u>Sperimentazione di protocolli per la corretta identificazione del paziente in RSA</u></p> <p>11.4.1 acquisizione di braccialetti (se copertura finanziaria)</p> <p>11.4.2 procedure di identificazione al momento della prestazione con utilizzo di nome cognome e data di nascita (se copertura finanziaria)</p> <p>11.4.3 Sperimentazione di metodi di identificazione a basso costo con fotografia allegata alla cartella (se copertura finanziaria)</p>	<p>11.4. Coordinatore Infermieristico, Infermieri, OSS</p>	<p>applicate le misure preventive</p> <p>11.4.1 Entro il 31.12 tutti i pazienti hanno un sistema di identificazione certo all'ingresso</p> <p>11.4.2 Tutta la documentazione è completa di Nome Cognome e data di nascita del paziente</p> <p>11.4.3 90% delle cartelle sono complete di fotocopia del documento di identificazione con fotografia</p>
<p>12. Accrescimento formativo ed integrativo del personale PAL - Linea n. 1.3.3.3 Sicurezza e governo clinico</p>	<p>12.1 Organizzazione di 8 incontri con questionario finale di verifica, riguardanti gli indicatori regionali sul risk management : (cadute, sicurezza farmaci, identificazione paziente, resistenze batteriche, infezioni comunitarie, "clean care is safer care")</p> <p>12.2 Partecipazione agli incontri formativi</p>	<p>12.1 Dirigenti medici RSA e Dr.ssa Tiziana Oliverio</p> <p>12.2 Coordinatore Infermieristico, Referente Ft, Infermieri, OSS, Ft</p>	<p>12.1.1 Al 30/06/12 i corsi sono stati progettati</p> <p>12.1.2 Al 31/12 tutti gli incontri formativi sono stati attuati</p> <p>12.2.1 Al 30/06 il 90% degli operatori è formato su almeno 1 degli argomenti</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			12.2.2 Al 31/12/12 il 90% degli operatori è formati su almeno 5 argomenti (criterio: almeno il 90% di risposte positive alla valutazione di apprendimento)
13. Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata PAL - Linea 1.3.4.6	Utilizzo della scheda Val. Graf . (versione residenziale) nelle nuove prese in carico.	Referente ft Ft	Entro 31/12/2012 compilazione e inserimento nel sistema e-GENeSys se abilitato di 20 schede utilizzate nella valutazione delle nuove persone prese in carico con sperimentazione della sezione riabilitativa
2. S.S. Cure Ambulatoriali e Domiciliari			
14. Promuovere migliori condizioni di vita ai cittadini con malattie cronicodegenerative (BPCO, scompenso cardiaco), prevenendo le riacutizzazioni, riducendo i ricoveri ripetuti, il ricorso all'istituzionalizzazione e	14.1 Revisione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) per patologie cronicodegenerative quali scompenso cardiaco e BPCO già redatti e condivisi nel 2011. 14.2.1 Individuazione dei pazienti con le patologie target a partire dai soggetti afferenti a servizi distrettuali (SID, SRD,	Dirigenti Medici Dr. Carlo Rotelli Dr.ssa Tiziana Oliverio Coordinatrice Infermieristica SID Infermieri SID	14.1 Entro il 30.04.2012: formalizzazione dei PDTA revisionati e condivisi in ordine a BPCO, scompenso cardiaco

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>favorendo il passaggio da una medicina di attesa ad una medicina proattiva. PAL- Linea n. 1.3.4.1 Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale</p>	<p>Continuità assistenziale ospedale-territorio) e non distrettuali (Medicina Generale, Centro Cardiovascolare, altri servizi aziendali). 14.2.2 Presenza in carico e allestimento di Programma Assistenziale Individuale (PAI) come da documento PDTA di cui al punto 1. 14.3 Documentazione PDTA e analisi del processo.</p>		<p>14.2 Entro il 31.12.2012: applicazione dei PDTA validati in almeno 15 casi per Distretto (pazienti con diagnosi principale rappresentata da SC o BPCO). 14.3 Entro il 10.01.2013 creazione di reportistica ad hoc sui dati 2012.</p>
<p>PAL - Linea n. 1.3.3.3 e Linea n. 1.3.4.1 15. Sicurezza e governo clinico Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale</p>	<p>15.1. Supervisione alla riorganizzazione funzionale del SID - Distretto 2 in cinque aree territoriali omogenee (<i>macroaree</i>) 15.2. Supervisione alla creazione di altrettante equipe di lavoro multi-professionali (infermieri SID e SS Anziani e Residenze, fisioterapisti SRD, operatori Centro salute mentale, ecc.) 15.3.</p>	<p>Dr. Carlo Rotelli</p>	<p>15.1. Definizione delle macroaree di intervento domiciliare e relativa riorganizzazione funzionale del SID 2 (mappa territoriale) entro il 30.03.2012 15.2. Definizione (per nominativi, limitatamente al SID 2) delle equipe di lavoro per ciascuna macroarea territoriale entro il 30.03.2012 15.3.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>Congiuntamente ad altre figure professionali, realizzazione di occasioni formative inerenti: il lavoro di equipe, la mappatura delle risorse offerte dal territorio, l'integrazione sociosanitaria</p> <p>15.4. Partecipazione alla gestione multidisciplinare di casi clinici complessi su tutto il territorio distrettuale, secondo la suddivisione in aree di cui al punto 1</p> <p>15.5. Stesura di reportistica ad hoc</p>		<p>Corso di formazione ad hoc destinato agli infermieri SID 2, finalizzato alla valorizzazione del lavoro di equipe e delle risorse del territorio, alla gestione multiprofessionale e integrata dei casi complessi entro il 30.10.2012</p> <p>15.4. Entro il 31.12.2012, ridefinizione del PAI in almeno 15 casi complessi congiuntamente alla equipe di macroarea</p> <p>15.5. Realizzazione di reportistica dettagliata entro il 10.01.2013</p>
<p>PAL - Linea n. 1.3.3.3</p> <p>16. Sicurezza e governo clinico Garanzia dei livelli di qualità e di sicurezza omogenei per le cure sanitarie sul territorio regionale Utilizzo di strumenti metodologici omogenei individuati a livello aziendale che consentono la contestualizzazione nelle</p>	<p>16.1 Rilevazione del dolore a tutte le persone prese in carico al SID.</p> <p>16.2 Monitoraggio del dolore a tutte le persone con dolore superiore a NRS 3 mediante scheda aziendale.</p> <p>16.3 Implementazione del raccordo con</p>	<p>Coordinatrice Infermieristica SID Infermieri SID</p>	<p>16.1 Presenza nel 100% delle cartelle SID aperte dal 1/1/2012 della rilevazione del dolore.</p> <p>16.2 Presenza nel 90% delle cartelle SID aperte dal 1/1/2012 della scheda aziendale del monitoraggio dolore a tutte le persone con dolore superiore a NRS 3.</p> <p>16.3</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>specifiche realtà organizzative dei percorsi e delle procedure individuate finalizzati al miglioramento dell'efficacia degli interventi sanitari:</p>	<p>M.M.G.</p> <p>16.4</p> <p>Creazione di uno strumento finalizzato all' accrescimento della cultura del non dolore nelle persone prese in carico al SID</p>		<p>Nel 2012 almeno un raccordo con M.M.G in tutti i casi di NRS superiore a 3</p> <p>16.4</p> <p>Entro il 2012 stesura di materiale informativo finalizzato all' implementazione dell' intervento educativo alla presa in carico.</p>
<p>PAL - Linea n. 1.3.4.1</p> <p>Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale 17.</p> <p>Promuovere migliori condizioni di vita ai cittadini con malattie cronico-degenerative (scompenso cardiaco), prevenendo le riacutizzazioni, riducendo i ricoveri ripetuti, il ricorso all'istituzionalizzazione e favorendo il passaggio da una medicina di attesa ad una medicina proattiva.</p>	<p>17. 1</p> <p>Valutazione del quadro clinico e acquisizione della documentazione (lettera dimissione, esami ematochimici, ECG, etc) dei pazienti dimessi dall'RSA S. Giusto con diagnosi di scompenso cardiaco cronico, per i quali viene avviata procedura di continuità assistenziale e terapeutica in sede UVD</p> <p>17.2.1</p> <p>Entro 3 settimane dalla dimissione: accesso congiunto presso il domicilio dell'assistito con infermiere SID, e MMG di scelta (se disponibile)</p> <p>17.2.2</p> <p>Valutazione clinica del paziente, condivisione del quadro sanitario e socio-assistenziale con il MMG (se disponibile),</p>	<p>Dott.ssa Tiziana Oliverio</p>	<p>17.1.1</p> <p>Definizione e presentazione di un protocollo di segnalazione dei pazienti di cui all'azione 1 entro il 31.05.2012</p> <p>17.1.2</p> <p>Avvio della operatività del protocollo di cui al punto 1a dal 01.09.2012</p> <p>17.2</p> <p>Entro il 31.12.2012 valutazione e redazione e avvio di almeno 10 PDTA per scompenso cardiaco relativamente a pazienti segnalati e dimessi da RSA San Giusto, come da protocollo di cui al punto 1a</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	avvio o revisione del PDTA di malattia 17.3 Stesura di report sintetico di attività		17.3 Entro il 10.01.2013 stesura di report conclusivo sintetico dell'attività svolta
PAL - Linea n. 1.3.3.1 18. Implementazione della cartella/documentazione ambulatoriale infermieristica secondo gli indicatori regionali per l'accreditamento.	18.a Verifica della rispondenza dei documenti esistenti 18.b Modifica dei documenti non conformi 18.c Validazione della documentazione conforme	P.O. S.C. Adulti Anziani Coordinatore infermieristico Medicina Specialistica Personale infermieristico Medicina Specialistica	Entro il 31.12 cartella ambulatoriale infermieristica conforme e applicata
PAL - Linea n. 1.3.3.1 19. Accreditamento regionale	<u>19.1. Partecipazione al progetto regionale CLEAN CARE IS SAFER CARE</u> 19.1.1 Formazione del personale sull'Igiene delle mani (formazione dei formatori) 19.1.2 Corso di formazione interno per tutto il personale 19.2 <u>Prevenzione e Controllo delle Infezioni correlate a Catetere Venoso Centrale (CVC)</u> implementazione del nuovo protocollo	P.O. S.C. Adulti Anziani 19.1.1 - Coordinatore infermieristico Medicina Specialistica Infermieri della Medicina Specialistica 19.1.2 -Infermieri e OSS/IG della Medicina Specialistica - dr. Mattiussi Adeli 19.2 Infermieri della Medicina Specialistica, Coordinatore infermieristico Medicina Specialistica 19.3 Coordinatore	19.1.1 Almeno 1 infermiere formato come formatore entro il 30.6 19.1.2. Almeno 1 corso di formazione interno completato entro il 31.12. Almeno il 70% dei partecipanti ha risposto correttamente al questionario di apprendimento di fine corso 19.2. Entro il 31.12 almeno 2

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>sulle infezioni CVC correlate 19.3 <u>Miglioramento dei sistemi correlati alla sicurezza nell'uso dei farmaci</u> implementazione dei controlli sui sistemi di conservazione, sulla verifica delle scadenze, sulla conformità delle indicazioni per la distribuzione diretta, sulla corretta gestione delle sostanze stupefacenti, psicotrope e degli antiblastici.</p>	<p>infermieristico Medicina Specialistica Infermieri e OSS/IG della Medicina Specialistica - dr. Mattiussi Adeli</p>	<p>infermieri formati 19.3 Entro il 31.12 tutti gli armadi e i frigoriferi sono tenuti sotto controllo secondo procedura (per la distribuzione diretta: controllo della temperatura; per gli altri farmaci: temperatura e scadenza)</p>
<p>PAL - Linea n. 1.3.3.2 20. Massima attuazione della distribuzione diretta nell'ambito dell'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale, nonché dell'ADI.</p>	<p>Valutazione dei Piani Terapeutici per la distribuzione diretta dei farmaci H, off-label per casi specifici, malattie rare e medicinali esteri.</p>	<p>dr. Mattiussi Adeli</p>	<p>Valutazione di tutti i piani terapeutici specialistici (100%) delle persone che accedono al servizio per l'erogazione diretta farmaci.</p>
3. S.S. Centro Diabetologico			
<p>PAL - Linea n. 1.3.2.10 Prevenzione cardiovascolare 21. Integrazione del PDTA tra il Centro Diabetologico</p>	<p>Stratificazione del grado di ischemia critica (CLI) agli arti inferiori in persone con diabete. 21.1. Ridefinizione dei criteri clinici e strumentali di selezione e del</p>	<p>21.1. Responsabile SS Centro Diabetologico (CD)</p>	<p>21.1. Entro 30/04/2011 definizione e stesura del protocollo operativo concordato tra il Centro Diabetologico ed il Centro Cardiovascolare e creazione di</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>(CD) e il Centro Cardiovascolare (CCV) per la continuità assistenziale nei pazienti con Piede diabetico e arteriopatia periferica con incontri di formazione sul campo del personale medico e infermieristico del Centro Diabetologico volti a migliorare l'accuratezza nella selezione dei pazienti da inviare a diagnostica ECD e TCPO2 al CCV .</p>	<p>percorso diagnostico tra i CD ed il CCV con via preferenziale per la valutazione del circolo arterioso con ecocolor Doppler (ECD) e misurazione con ossimetro della TCPO2 in tutti i soggetti diabetici affetti da piede diabetico con CLI e preparazione di un format con criteri di inclusione ed esclusione per segnalazione casi.</p> <p>21.2. Programmazione, secondo agende concordate di incontri accreditati di formazione sul campo per il personale medico ed infermieristico del Centro Diabetologico e del CCV per condivisione dei casi, valutazione degli esiti ed eventuale revisione dei criteri e del format.</p> <p>21.3. Compilazione di un format con i criteri di inclusione ed esclusione da allegare alla richiesta di visita per ECD e TCOPO 2 e definizione del programma terapeutico (cartella</p>	<p>21.2. Tutto il personale della SS CD</p> <p>21.3. Tutto il personale della SS CD</p>	<p>format per segnalazione casi</p> <p>21.2. Entro 31/12/2012 almeno 3 incontri di formazione sul campo per condivisione dei casi e valutazione degli esiti.</p> <p>21.3. Entro il 31/12/2012. Invio di almeno 80% dei casi con format compilato e presa in carico del 100%.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>PAL - Linea n. 1.3.2.10 Prevenzione cardiovascolare 22. Promuovere migliori condizioni di vita ai cittadini con malattie cronico-degenerative (diabete), attraverso il consolidamento di linee di lavoro, già avviate nel 2011 e creare un PDTA per lo screening della cardiopatia ischemica silente nel paziente con diabete ad alto rischio Cardiovascolare (CV)</p>	<p>clinica CD).</p> <p>22.1. Proseguire e consolidare nell'anno 2012 i percorsi facilitati bidirezionali CCV-Centri Diabetologici Distrettuali per la presa in carico e stratificazione prognostica dei pazienti a rischio elevato di eventi cardiovascolari favorendo il passaggio da una medicina di attesa ad una medicina proattiva.</p> <p>22.2. Analisi dei risultati del protocollo operativo messo in atto nel 2011 con particolare riferimento alla valutazione degli 8 casi risultati positivi per ischemia inducibile ed eventuale ridefinizione dei criteri di selezione e dei PDTA.</p> <p>22.3. Prendere in carico i pazienti inviati dal CCV e non ancora in carico alla Diabetologia con diabete mellito non controllato (Hb1AC>7.0%) o</p>	<p>22.1,2. Responsabile SS CD</p> <p>22.3,4. Tutto il personale della SS CD</p>	<p>22.1,2 Analisi dei casi e ridefinizione del nuovo protocollo operativo 30/06/2012</p> <p>22.3. Presa in carico del 100% dei pazienti selezionati e inviati dal CCV secondo percorsi facilitati e condivisi. Al 31.12.2012</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>complicato (retinopatia, nefropatia, arteriopatia periferica, polineuropatia, disfunzione erettile, cardio e cerebrovasculopatia) per la presa in carico congiunta.</p> <p>22.4. Selezione presso i Centri Diabetologici dei pazienti non in carico al CCV con elevato rischio CV definito secondo il nuovo protocollo per presa in carico presso il CCV e ricerca ischemia miocardica e vasculopatia carotidea.</p>		<p>22.4. Invio per presa in carico al CCV complessivamente tra le 4 SS Centro Diabetologico Distrettuali di almeno 20 pazienti secondo percorsi facilitati e condivisi (circa 5 a Distretto). Al 31.12.2012</p>
<p>PAL - Linea n. 1. 3.4.4 Salute mentale 23. Consolidamento della rete regionale di risposta ai Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) (primo, secondo, terzo livello). Presa in carico congiunta per le persone con problemi di DCA in interazione tra i CD distrettuali e équipe</p>	<p>23.1. Creare nell'anno 2012 un gruppo di lavoro integrato tra il team diabetologico e l'équipe dei DCA del DSM per definire percorsi facilitati per la presa in carico delle persone con diabete e concomitante DCA</p> <p>23.2. Audit clinico sui casi presi in carico di cui al punto 1</p>	<p>23.1. Responsabile SS CD Dietista dei 4 CD dei 4 Distretti e équipe DCA del DSM</p> <p>23.2. Tutto il personale della SS CD</p>	<p>23.1. Definizione e stesura di un protocollo operativo concordato tra S.S. Centro Diabetologico e équipe DCA del DSM al 30/06/2012</p> <p>23.2. Svolgimento di almeno 2 riunioni tra il gruppo di lavoro integrato per discutere il percorso terapeutico dei casi clinici trattati entro</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
DCA del Dipartimento di Salute Mentale (DSM)	<p>23.3. Follow-up dell'80% dei pazienti inviati dal CD nel 2011 all'équipe del DCA del DSM</p> <p>23.4. Selezione presso il CD dei nuovi pazienti diabetici con DCA secondo i criteri stabiliti ed invio all'équipe del DCA. Del DSM</p>	<p>23.3,4 Tutto il personale della SS CD dietista dei 4 CD dei 4 Distretti équipe DCA del DSM</p>	<p>31/12/2012</p> <p>23.3. Follow-up dell'80% dei pazienti seguiti nel 2011 con stesura di una relazione finale al 31/12/2012</p> <p>23.4. Selezione e invio all'équipe del DCA del DSM di almeno 10 pazienti diabetici, complessivamente per tutti 4 CD Distrettuali, secondo i criteri stabiliti.</p>
<p>PAL - Linea n. 1.3.2.11 Sinergie nella attività di prevenzione primaria, secondaria, terziaria</p> <p>24. Elevare il grado di collaborazione ed integrazione con i MMG per la continuità assistenziale nei pazienti con diabete</p>	<p>Consolidare attività nei CD, al fine di mantenere un'offerta di elevata qualità di prestazioni e servizi per i residenti del Distretto, elevare il grado di collaborazione con i MMG, anche attraverso l'estensione delle consulenze ed eventualmente di visite congiunte.</p>	<p>Responsabile SS CD</p>	<p>Organizzare almeno 2 incontri con accreditamento ECM (formazione sul campo) per l'anno 2012 presso il Distretto con gruppi di MMG per visite congiunte o discussione di casi clinici.</p> <p>Al 31.12.2012</p>
<p>25. PAL – Linea 1.3.4.7 Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico</p>	<p>Introduzione della scheda di valutazione ValGraf per i pazienti anziani presi in carico con progetto personalizzato definito dai servizi distrettuali e implementazione dei dati raccolti su sistema informativo</p>	<p>Tutto il personale S.C. Tutela Salute Adulti Anziani</p>	<p>A partire dal 12.03.2012 per tutti i nuovi pazienti over 65 anni presi in carico con PAI dovranno essere registrati sia il codice diagnosi ICD -9 CM che la valutazione ValGraf</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
integrata: Applicare strumenti uniformi e validati per la valutazione del bisogno assistenziale e migliorare l'implementazione dei dati su SISR	L'obiettivo riguarda solo i nuovi pazienti over 65 presi in carico con PAI a partire dal 12/03/2012: nel sistema informativo dovranno essere registrati sia il codice diagnosi ICD -9 CM che la valutazione ValGraf		
S.S.D. Riabilitazione Adulti			
PAL - Linea n. 1.3.4.6 26. Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata	Utilizzo della scheda Val Graf nelle nuove prese in carico di pazienti a domicilio con sperimentazione della sezione riabilitativa	S.S. Dipartimentale di Riabilitazione distrettuale	Entro 31/12/2012 compilazione e inserimento in e-GENeSys di 20 schede utilizzate nella valutazione delle nuove persone prese in carico a domicilio con progetto riabilitativo individuale (PRI) da aprile a dicembre con sperimentazione della sezione riabilitativa
PAL - Linea n. 1.3.3.1 27. Sicurezza e governo clinico - sicurezza delle cure	Adozione di procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezioni correlate all'assistenza attraverso la corretta igiene delle mani	SS Dipartimentale di Riabilitazione distrettuale	Entro 31/12/2012 tutti gli operatori formati
PAL - Linea n. 1.3.4.7 28. Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata -	28.1 Individuazione di 4 casi. 28.2 Valutazione e progettazione personalizzata basate su ICF dei 4 casi	Dirigenti SS Dipartimentale di Riabilitazione distrettuale	28.1,2. Entro 31/12/2012: individuazione e valutazione di 4 casi di cui: -2 casi già valutati nel 2011 -2 casi non ancora valutati con gli

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Prosecuzione del progetto “Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione basati su ICF”. Prosecuzione dello sviluppo ed implementazione delle metodologie uniformi di valutazione e progettazione personalizzata basate su ICF</p>	<p>28.3 Raccolta del consenso informato per inserimento dei dati nel “fascicolo biopsicosociale elettronico” dei 4 casi nello specifico sistema informativo prototipale sviluppato dal Centro Collaboratore OMS.</p> <p>Nella individuazione dei nuovi casi vanno privilegiati i minori, quelli che beneficiano del Fondo per l'autonomia possibile e/o del Fondo finalizzato al sostegno a domicilio di persone in situazioni di bisogno assistenziale a elevatissima intensità (fondo gravissimi) e persone con gravi cerebro lesioni acquisite.</p>		<p>strumenti basati su ICF. 28.3 Per tutti i pazienti è stato raccolto il consenso al trattamento dei dati sensibili in formato elettronico</p>
<p>29. PAL – Linea 1.3.4.7 Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata: Applicare strumenti uniformi e validati per la valutazione del bisogno assistenziale e migliorare</p>	<p>Introduzione della scheda di valutazione ValGraf per i pazienti anziani presi in carico con progetto personalizzato definito dai servizi distrettuali e implementazione dei dati raccolti su sistema informativo</p> <p>L'obiettivo riguarda solo i nuovi pazienti over 65 presi in carico con PRI a partire</p>	<p>Tutto il personale S.S.D. Riabilitazione</p>	<p>A partire dal 12.03.2012 per tutti i nuovi pazienti over 65 anni presi in carico con PRI dovranno essere registrati sia il codice diagnosi ICD -9 CM che la valutazione ValGraf</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
l'implementazione dei dati su SISSR	dal 12/03/2012: nel sistema informativo dovranno essere registrati sia il codice diagnosi ICD -9 CM che la valutazione ValGraf		
S.C. Bambini, Adolescenti, Donne e Famiglie (BADoF)			
<p>30. PAL – Linea 1.3.2.3 Prevenzione dell'obesità Promozione e sorveglianza dell'allattamento al seno</p>	<p>30.1. <u>Adottare modalità operative coerenti e condivise dalla SC BADoF e Pediatri di Libera Scelta (PLS) secondo le indicazioni degli standard della Baby Friendly Community Iniziative (BFCl) UNICEF</u> 30.1.1 consolidamento delle attività del Gruppo di Lavoro Multiprofessionale (GLM) 30.1.2 il GLM predispone e condivide con la SC BADoF il documento della "Politica Aziendale" come previsto dal percorso di accreditamento UNICEF 30.1.3 formazione in tema di alimentazione 0-3 anni del personale dedicato: PLS e operatori della SC BADoF</p>	<p>Personale della SC BADoF</p>	<p>30.1.1 Predisposizione del documento di costituzione formale del GLM e presentazione della delibera alla Direzione Generale (31 maggio 2012) 30.1.2 Predisposizione del documento della "Politica Aziendale" sull'alimentazione 0-3 anni e presentazione alla Direzione Generale (31/07/2012) 30.1.3 Almeno 1 corso di formazione per i PLS sull'alimentazione 0-3 anni come da Accordo Aziendale della Pediatria di Famiglia 2011-2012 (30 giugno 2012) e almeno 1 corso di formazione per il personale dei Distretti dedicato all'assistenza di mamma e bambino (31 dicembre 2012) 30.2.1</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>30.2. <u>Diffusione della “Politica Aziendale” (PA) come previsto dal percorso di accreditamento UNICEF</u> 2.1 elaborazione di un manifesto con la PA da esporre nelle sedi distrettuali 2.2 elaborazione di brochure con la PA da consegnare alle donne in gravidanza e nel dopo parto 30.3 Monitoraggio dei tassi di allattamento esclusivo alla 2^a vaccinazione attraverso l'inserimento dei dati nel sistema regionale</p>		<p>Predisposizione di un manifesto con la “Politica aziendale” 30.2.2 Predisposizione di Brochures relative ai servizi contenenti la PA 30.3 Inserimento di almeno il 95% delle schede sull'alimentazione al momento della 2a vaccinazione (31/12/12)</p>
<p>31. PAL Linea 1.3.4.4 Salute mentale Prosecuzione del percorso di Omogeneizzazione dei PDTA attraverso la presa in carico di adolescenti e giovani adulti con stati mentali a rischio o esordio psicotico con consolidamento dei processi</p>	<p>31.1. Identificare e valutare, tra tutti i nuovi casi del 2012 della fascia d'età 15-18 i soggetti con stati mentali a rischio o esordio psicotico secondo le modalità previste dal protocollo aziendale per “la presa in carico di adolescenti e giovani con stato mentale a rischio o all’esordio di un disturbo mentale severo” (revisione 2011) 31.2. Prendere in carico congiuntamente</p>	<p>Responsabile di SC BADoF Responsabile di SS Tutela Salute Bambini e Adolescenti (TSBA) Personale della SC BADoF In collaborazione con CSM</p>	<p>31.1,2,3 Tutti i nuovi casi nella fascia d'età 15-18 che accedono alla SC BADoF per problemi psichici vengono valutati secondo il protocollo aziendale 31/12/12</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>di integrazione tra Dipartimento di Salute Mentale (DSM), Distretti, Neuro psichiatria infantile (NPI) dell'IRCCSS Burlo Garofalo</p>	<p>(Centro di salute mentale -CSM- SC BADoF) tutti i soggetti di cui al punto 1, se consenzienti 31.3. Proseguire l'utilizzo di procedure integrate intra-aziendali per il riconoscimento precoce e la presa in carico dei casi a rischio o conclamati applicando la scheda di presa in carico congiunta elaborata dal gruppo funzionale a tutti i casi presi in carico 31.4. Partecipare agli incontri del gruppo funzionale di progetto</p>		
<p>32. PAL Linea 1.3.4.7 Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata - Prosecuzione del progetto "Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione basati su ICF" Prosecuzione dello sviluppo ed implementazione delle metodologie uniformi di</p>	<p>32.1. Individuazione di 4 casi (2 casi già valutati nel 2011 con gli strumenti basati su ICF). Nella individuazione dei nuovi casi vanno privilegiati i minori, quelli che beneficiano del Fondo per l'autonomia possibile e/o del Fondo finalizzato al sostegno a domicilio di persone in situazioni di bisogno assistenziale a elevatissima intensità (fondo gravissimi) e persone con gravi cerebro lesioni acquisite. 32.2.</p>	<p>Dr. Corrado Crusiz Dr.ssa Genoveffa Corvino</p>	<p>32.1,2 4 casi valutati secondo le indicazioni date</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>valutazione e progettazione personalizzata basate su ICF</p>	<p>Valutazione secondo la metodologia di valutazione e progettazione personalizzata basata su ICF dei 4 casi 32.3. Raccolta del consenso informato per inserimento dei dati nel "fascicolo biopsicosociale elettronico" dei casi nello specifico sistema informativo prototipale sviluppato dal Centro Collaboratore OMS.</p>		<p>32.3 Per tutti i pazienti è stato raccolto il consenso al trattamento dei dati sensibili in formato elettronico</p>
<p>33. Valorizzare gli interventi di gruppo e l'integrazione con le risorse della comunità</p>	<p>33.1. Realizzazione con le associazioni di volontariato di almeno un progetto relativo ad attività complementari all'attività istituzionale del Consultorio familiare (CF) 33.2. Promuovere momenti di incontro e scambio tra il distretto e le associazioni afferenti 33.3. Avviare incontri di gruppo rivolti all'utenza del CF con problemi legati al ciclo di vita</p>	<p>Dott.ssa Francesca Ravalico Dr.ssa Laura Zancola</p>	<p>33.1 e 33.2. Almeno 1 progetto condiviso tra una o più associazioni ed il Consultorio familiare è stato realizzato 33.3. Continuare e/o avviare almeno 2 gruppi di sostegno rivolti alla popolazione target del CF . Almeno 20 incontri per gruppo 31/12/12</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>34. Miglioramento della documentazione sanitaria di struttura</p>	<p>34.1. Individuare le procedure ed i contenuti di base per la compilazione e la conservazione della documentazione sanitaria delle due SS TSBA e TSBA di lingua Slovena.</p> <p>34.2. Implementazione delle procedure di cui al punto 1.</p> <p>34.3. Archiviare tutte le cartelle cliniche dei soggetti dimessi da almeno 5 anni.</p> <p>34.4. Archiviare tutte le cartelle cliniche dei soggetti dimessi da almeno 5 anni.</p> <p>34.5. Implementazione delle procedure di cui al punto 1</p>	<p>34.1. Responsabile Di Struttura Complessa Badof</p> <p>34.2. Tutto il personale SSTSBA e SSTSBA di lingua slovena</p> <p>34.3. Coordinatore delle 2 SS TSBA</p> <p>34.4. Coordinatore CF</p> <p>34.5. Tutto il personale del CF</p>	<p>34.1. Le procedure e le indicazioni per i contenuti di base sono consegnate a tutto il personale delle SS ed inviate al Direttore di Distretto entro il 31 maggio 2012</p> <p>34.2. Almeno l'80 % della documentazione sanitaria dei soggetti che accedono alle 2 SS per la prima volta nel 2012 osservano le indicazioni date rispetto ai contenuti di base</p> <p>34.3. Tutte le cartelle dei soggetti dimessi da almeno 5 anni sono inviate all'archivio generale</p> <p>34.4. Tutte le cartelle dei soggetti dimessi da almeno 5 anni sono inviate all'archivio generale</p> <p>34.5. Almeno l'80 % della documentazione sanitaria dei soggetti con problematiche psicosociali che accedono al CF per la prima volta nel 2012</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			osservano le indicazioni date rispetto ai contenuti di base
35. Migliorare l'efficacia degli interventi per le coppie con figli minori, in fase di separazione, con alto grado di conflittualità	35.1. Revisione e ridefinizione delle modalità di valutazione e presa in carico delle coppie con figli minori, in fase di separazione, con alto grado di conflittualità (protocollo operativo entro 31 agosto 2012) 35.2. Monitoraggio della presa in carico da parte del servizio secondo il protocollo operativo dei nuovi casi che accedono al Consultorio Familiare di cui al punto 1, a partire dal 01.09.2012.	Responsabile Consultorio Familiare	35.1 Protocollo operativo presente in sede ed inviato al Direttore dio Distretto (31/08/2012) 35.2 Tutti i nuovi casi di coppie con figli minori, in fase di separazione, con alto grado di conflittualità sono valutati e presi in carico secondo il protocollo operativo a partire dal 01.09.2012. 31.12.12
36. Promuovere l'allattamento al seno e la corretta alimentazione del neonato attraverso il counseling e il sostegno alla madre, al contesto familiare, lavorativo e sociale (secondo le	Predisporre e offrire spazi e tempi dedicati ai genitori per favorire l'allattamento al seno e la corretta alimentazione del neonato: 1. effettuare in occasione degli incontri pre-parto (mediamente in un anno ca. 10-15 gruppi, cad. con 10-15 donne) un incontro informativo sulle tematiche	SC BaDoF	36.1. Per ogni gruppo pre-parto è compilata la "Check list di gruppo prenatale-alimentazione infantile" corredata dall'elenco delle donne presenti all'incontro. <i>n.check list compilate/n. gruppi pre-parto; atteso=100%</i>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
direttive UNICEF e OMS).	relative all' l'allattamento al seno e la corretta alimentazione del neonato (entro la 34 sett.) 2. effettuare un colloquio individuale con le donne inserite nei gruppi parto o in un percorso alternativo dal 1 luglio 2012 trattando i temi dell'allattamento e della corretta alimentazione del neonato		36.2. Colloquio effettuato con il 90% delle donne inserite nei gruppi parto o in un percorso alternativo dal 1 luglio 2012 (fonte registro parto e registrazione colloquio nel sistema informativo "Gestione Consultori Familiari)

Distretto 3

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Linea 1.3.4.8 Le ASS per il tramite dei distretti, con la collaborazione dei Dipartimenti e i SSC programmano congiuntamente – nell’ambito dei percorsi e dei PDZ – servizi e interventi che richiedono unitamente prestazioni sanitarie e azione di protezione sociale</p>	<p>1. Incontri congiunti, in progress, di programmazione dei servizi e interventi e stesura documenti</p> <p>2. Elaborazione di profilo di salute delle aree distrettuali: Servola, Chiarbola, Valmaura, S.Dorligo della valle e</p>	<p>1.1 Direttore distretto 3 Dott.ssa Angelina Pianca</p> <p>1.2. Dott.ssa Barbara Mazzoleni</p>	<p>1.1. Partecipazione all’elaborazione congiunta ASS 1 e SSC ambito 1.2 e ambito 1.3, dei documenti che costituiscono il livello di programmazione locale integrata triennale (con evidenza degli obiettivi operativi annuali) nelle aree di integrazione socio sanitaria, e evidenza della pianificazione distrettuale conseguente(settembre 2012)</p> <p>1.2 Qualora la DCSISSPS rilasci parere di congruità entro ottobre 2012, collaborazione alla formulazione degli atti di intesa tra ASS 1 e SSC (ambito 1.2 e ambito 1.3) riallineando, se necessario, la programmazione sulla base delle indicazioni regionali , e evidenza della pianificazione distrettuale</p> <p>2. Presenza del profilo di salute (entro il 30.09.2012)</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Muggia finalizzato a costruire un Piano di salute.		
<p>2. Linea n.1.3.4.1 La persona con malattie cronicodegenerative: continuità assistenziale Promuovere migliori condizioni di vita ai cittadini con malattie cronicodegenerative (diabete, BPCO, scompenso cardiaco), prevenendo le riacutizzazioni, riducendo i ricoveri ripetuti, il ricorso all'istituzionalizzazione tramite il nursing di comunità e favorendo il passaggio da una medicina di attesa ad una medicina proattiva.</p>	<p>1. Revisione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) per patologie cronicodegenerative quali scompenso cardiaco, diabete mellito e BPCO già redatti e condivisi nel 2011. 2.1 Individuazione delle persone con le patologie target prese in carico dalle strutture distrettuali 2.2. Presenza in carico e stesura del Progetto Assistenziale Individuale (PAI) come da documento PDTA di cui al punto 1. 3. Creazione di reportistica ad hoc</p>	<p>dott.ssa Cristina Montesi Responsabile Infermieristica e infermieri di S.S. C. A.eD e S.S.D. SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari, SS Diabetologia</p>	<p>1. Entro il 30.04.2012: formalizzazione dei PDTA revisionati e condivisi in ordine a BPCO, scompenso cardiaco, diabete mellito 2. Entro il 31.12.2012: applicazione dei PDTA validati in almeno 30 casi (persone con diagnosi principale rappresentata da DM, SC o BPCO). 3. Presenza di reportistica ad hoc.</p>
<p>3. Linea n. 1.3.3.3 Sicurezza e governo clinico. Garanzia di livelli di qualità e sicurezza omogenei per le cure sanitarie sul territorio regionale</p>	<p>1. Definizione del piano di formazione di SC sulla sicurezza e governo clinico 2. Creazione di strumento di rilevazione del rischio di cadute</p>	<p>S.C.Adulti e Anziani P.O. Gabriella D'Ambrosi</p>	<p>1. Presenza di piano di formazione al 30.06.2012 report di attuazione al 31/12/2012 2. Presenza di scheda di rilevazione al</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			31/03/2012
<p>4. Linea n. 1.3.3.3 Sicurezza e governo clinico Garanzia dei livelli di qualità e di sicurezza omogenei per le cure sanitarie sul territorio regionale – valutazione del dolore tramite utilizzo di strumenti metodologici omogenei individuati a livello aziendale</p>	<p>1. Rilevazione del dolore a tutte le persone prese in carico dal SID 2. Monitoraggio del dolore a tutte le persone con NRS superiore a 3 mediante scheda aziendale 3. Contatto con il MMG per pianificazione terapeutica documentata in cartella per ogni persona con NRS superiore a 3 4. Creazione di uno strumento informativo di educazione alla salute e al contrasto del dolore dedicato alle persone in carico alla S.S. CAeD</p>	<p>SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari</p> <p>4 Responsabili Infermieristici delle S.S. Cad dei 4 Distretti</p>	<p>1. Presenza di valutazione nel 100% delle cartelle del SID 2. il 90% delle persone in carico con NRS superiore a 3 ha un monitoraggio documentato in cartella 3. contatto del MMG nel 100% delle situazioni con NRS superiore a 3 4. presenza di vademecum sul contrasto del dolore</p> <p>31/12/2012</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>5. Linea n. 1.3.3.3 Sicurezza e governo clinico. Garanzia di livelli di qualità e sicurezza omogenei per le cure sanitarie sul territorio regionale</p>	<p>1. <u>Partecipazione al progetto regionale “Clean care is safer care”</u> 1.1 Formazione del personale sull'igiene delle mani (formazione dei formatori) 1.2 Corso di formazione interno rivolto a tutto il personale. <u>2.</u> <u>Prevenzione e controllo delle infezioni correlate al CVC</u> 2.1. Partecipazione a corso di formazione ad hoc 2.2. Introduzione e utilizzo del nuovo protocollo sulla prevenzione delle infezioni CVC correlate 3. Miglioramento dei sistemi correlati alla sicurezza nell'uso dei farmaci Implementazione dei controlli sui sistemi di conservazione, sulla verifica delle scadenze, sulla conformità delle</p>	<p>SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari – Centri Sanitari di Puccini e Muggia</p>	<p>1.1. Almeno 1 infermiere formato come formatore entro il 30/6/12 1.2. Almeno 1 corso di formazione interno completato entro il 31/12/12; almeno il 70% dei partecipanti ha risposto correttamente al questionario di apprendimento a fine corso. 2.1. Entro il 31/12/12 almeno 2 infermieri formati 2.2 1. Almeno 1 corso di formazione interno completato entro il 31/12/12; 2.2 2. 100% delle persone con CVC sono prese in carico secondo protocollo 3. Entro il 31/12/12 tutti gli armadi e i frigoriferi sono tenuti sotto controllo secondo procedura (per la distribuzione diretta: controllo</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>condivisione dei casi, valutazione degli esiti ed eventuale revisione dei criteri e del format.</p> <p>3. Compilazione di un format con i criteri di inclusione ed esclusione da allegare alla richiesta di visita per ECD e TCOPO</p> <p>2.</p> <p>4. Valutazione dell'appropriatezza di invio secondo i nuovi criteri.</p>	<p>3. Tutto il personale della SS Diabetologia</p> <p>In collaborazione con CCV</p>	<p>3. Entro il 31/12/2012. Invio di almeno 80% dei casi con format compilato .</p> <p>4. Entro il 31/12/2012 relazione con analisi critica dei dati e valutazione dell'appropriatezza (almeno l' 80% dei pazienti inviati secondo i nuovi criteri.)</p>
<p>7. Linea n. 1.3.2.10 Prevenzione cardiovascolare Promuovere migliori condizioni di vita ai cittadini con malattie cronico-degenerative (diabete), attraverso il consolidamento di linee di lavoro, già avviate nel 2011 e la creazione di un PDTA per lo screening della cardiopatia ischemica silente nel paziente con diabete ad alto rischio CV.</p>	<p>1. Proseguire e consolidare nell'anno 2012 i percorsi facilitati bidirezionali CCV- Centri Diabetologici Distrettuali per la presa in carico e stratificazione prognostica dei pazienti a rischio elevato di eventi cardiovascolari favorendo il passaggio da una medicina di attesa ad una medicina proattiva.</p> <p>2. Analisi dei risultati del protocollo operativo messo in atto nel 2011 con particolare riferimento alla valutazione</p>	<p>1,2. dott. Riccardo Candido</p>	<p>1,2 Analisi dei casi e ridefinizione del nuovo protocollo operativo 30/06/2012</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>degli 8 casi risultati positivi per ischemia inducibile ed eventuale ridefinizione dei criteri di selezione e dei PDTA.</p> <p>3. Prendere in carico i pazienti inviati dal CCV e non ancora in carico alla Diabetologia con diabete mellito non controllato (Hb1AC>7.0%) o complicato (retinopatia, nefropatia, arteriopatia periferica, polineuropatia, disfunzione erettile, cardio e cerebrovasculopatia) per la presa in carico congiunta.</p> <p>4. Selezione presso i Centri Diabetologici dei pazienti non in carico al CCV con elevato rischio CV definito secondo il nuovo protocollo per presa in carico presso il CCV e ricerca ischemia miocardica e vasculopatia carotidea.</p>	<p>3,4. Tutto il personale della SS Diabetologia</p> <p>In collaborazione con CCV</p>	<p>3. Invio per presa in carico ai Centri Diabetologici Distrettuali del 100% dei pazienti selezionati secondo percorsi facilitati e condivisi. Al 31.12.2012</p> <p>4. Invio per presa in carico al CCV dai Centri Diabetologici Distrettuali complessivamente di almeno 20 pazienti secondo percorsi facilitati e condivisi. Al 31.12.2012</p>
<p>8. PAL - Linea n. 1.3.4.4 Salute Mentale Consolidamento della rete regionale di risposta ai Disturbi del Comportamento Alimentare (primo, secondo, terzo livello). Presa in carico congiunta per le</p>	<p>1.2 Creare nell'anno 2012 un gruppo di lavoro integrato tra il team diabetologico e il Punto di Accoglienza dei DCA (disturbi del comportamento alimentare) per definire percorsi facilitati per la presa in carico delle persone con diabete e concomitante DCA e per</p>	<p>1.2 Dietista dei Centri Diabetologici Elisa Del Forno Punto di Accoglienza dei Disturbi del Comportamento</p>	<p>1. Definizione e stesura di un protocollo operativo concordato tra S.S. Centro Diabetologici e Punto di Accoglienza dei DCA al 30/06/2012</p> <p>2. Svolgimento di almeno 2 riunioni tra il gruppo di lavoro integrato per</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>persone con problemi di DCA in interazione con, i Centri Diabetologico distrettuali.</p>	<p>condividere i risultati aggiunti sulla base dell'esperienza già effettuata nel 2011</p> <p>3. Follow-up presso i Centri Diabetologici Distrettuali ed il Punto di Accoglienza dei DCA dei pazienti seguiti nel 2011</p> <p>4. Selezione presso i Centri Diabetologici Distrettuali dei nuovi pazienti diabetici con DCA secondo i criteri stabiliti ed invio al Punto di Accoglienza dei DCA.</p>	<p>Alimentare</p> <p>3.4 Personale medico, infermieristico e dietista dei 4 Centri Diabetologici Distrettuali Punto di Accoglienza dei Disturbi del Comportamento Alimentare</p>	<p>discutere il percorso terapeutico dei casi clinici trattati entro 31/12/2012</p> <p>3. Follow-up dei pazienti seguiti nel 2011 con stesura di una relazione finale al 31/12/2012</p> <p>4. Selezione e invio al Punto di Accoglienza dei Disturbi del Comportamento Alimentare di almeno 10 pazienti diabetici, complessivamente per tutti i Centri Diabetologici Distrettuali, con DCA secondo i criteri stabiliti.</p>
<p>9. PAL - Linea n. 1.3.2.11 Sinergie nell'attività di prevenzione primaria, secondaria e terziaria Elevare il grado di collaborazione ed integrazione con i MMG per la continuità assistenziale nei pazienti con diabete</p>	<p>Consolidare attività nei CDD, al fine di mantenere un'offerta di elevata qualità di prestazioni e servizi per i residenti del Distretto, di elevare il grado di collaborazione con i MMG, anche attraverso l'estensione delle consulenze ed eventualmente di "visite congiunte.</p>	<p>dott. Riccardo Candido</p>	<p>Organizzare almeno 2 incontri con accreditamento ECM (formazione sul campo) per l'anno 2012 presso il Distretto con gruppi di MMG per visite congiunte o discussione di casi clinici. Al 31.12.2012</p>
<p>10. LINEA PAL 1.3.4.6</p>	<p>Monitorare, verificare ed eventualmente sollecitare l'utilizzo sistematico dello</p>	<p>S.S. Anziani e residenze</p>	<p>Il distretto ha in evidenza la calendarizzazione ed il report</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti</p>	<p>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>Responsabile Dott. V. Selmo</p>	<p>riassuntivo delle verifiche effettuate, nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio, in merito a: la presenza nel sistema informativo e-GeneSys di una valutazione con strumento di VMD Val.Graf.-FVG aggiornata, a cura dei servizi stessi, per tutti gli utenti accolti nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati.</p>
<p>11. Promuovere migliori condizioni di vita ai cittadini con disturbi cognitivi prevenendo il ricorso all'istituzionalizzazione e favorendo il passaggio da una medicina di attesa ad una medicina proattiva.</p>	<p>1. Costituzione di un gruppo di lavoro multiprofessionale e stesura del PDTA per le persone con disturbi cognitivi 2. Selezionare le persone con le patologie target . 3. Creazione di reportistica ad hoc</p>	<p>Dott.ssa Daria Ghersetti Dott. V. Selmo</p>	<p>1. Presenza del PDTA al 30 aprile 2012 2. presa in carico di almeno 15 persone secondo il PDTA (entro ottobre 2012). 3. Presenza di report ad hoc (entro il 31.12.2012)</p>
<p>12. Linea n.1.3.4.1 La persona con malattie cronicodegenerative: continuità assistenziale</p>	<p>1. A partire da elenchi messi a disposizione dalla SS Programmazione Strategica, selezione di una casistica di</p>	<p>S.S. Dip. Servizio Infermieristico Dott.ssa Ofelia Altomare Referenti di Microarea</p>	<p>Entro il 31.12.2012 segnalazione ai servizi distrettuali di almeno 30 persone con trasmissione della scheda individuale per la presa in</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Conoscenza, presa in carico e gestione di persone con fragilità socio-sanitaria e affetti da patologia cronica degenerativa, secondo il modello del <i>case management</i>, mediante applicazione di percorsi di salute individuali</p>	<p>alti consumatori di risorse sanitarie fra i residenti delle Microaree di Distretto</p> <p>2. Conoscenza delle persone individuate dall'azione 1 tramite visita domiciliare (compilazione scheda individuale)</p> <p>3. Segnalazione ai servizi distrettuali per la presa in carico di soggetti con problematica sanitaria ad elevato rischio di aggravamento e/o carente rete socio-assistenziale di riferimento (degrado sociale e/o abitativo, isolamento, povertà, scarsa consapevolezza di malattia) e applicazione dei principali Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ordine a diabete mellito, BPCO, scompenso cardiaco, demenza. In alternativa: stesura di Piano Assistenziale Individuale (PAI)</p>	<p>Inf. Cociancich Lucia Inf. Gojca Martina OSS Naglieri Barbara Inf. Psich. Stefanic Alfio Inf. Simgsig Reanna</p>	<p>carico</p>
<p>13. Linea n. 1.3.3.3 Sicurezza e governo clinico. Garanzia di livelli di qualità e sicurezza omogenei per le cure sanitarie sul territorio regionale Progetto per la prevenzione delle cadute a domicilio delle persone</p>	<p>1. Somministrare la scheda già individuata (vedi obt 3) a 50 persone individuate a partire dagli elenchi di cui all'OBT 12</p> <p>2. Rilevare correlazioni con le valutazioni tramite ceck list effettuate nel 2011 al</p>	<p>Dott.ssa Ofelia Altomare</p>	<p>1. 50 valutazioni effettuate</p> <p>2. Report di correlazione</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
anziane	target individuato 3. Attivare lo strumento del Budget di Salute per interventi proattivi e di prevenzione che sostengano il mantenimento al proprio domicilio abbattendo il rischio di cadute		3. Definizione di Budget di Salute a favore di persone considerate a rischio (in base a scheda specifica (obt 3) fino a un max di 60.000 mila euro.
14. Linea n. 1.3.4.7 Sviluppo e consolidamento del modello del Case Management (CM)	1. Attivazione di un percorso di FSC finalizzato ad acquisire competenze per la presa in carico secondo il modello del CM 2. interventi mirati a colmare i gap formativi (mappa competenze CM 2011) per il consolidamento delle competenze dei professionisti formati nel 2011 3. Monitorare l'applicazione della presa in carico secondo il modello del CM 4. Definire i progetti personalizzati secondo le modalità previste dallo strumento del Budget di Salute per interventi proattivi e di prevenzione che sostengano il	Dott.ssa Ofelia Altomare Dott. Angelina Pianca	1. Almeno un corso attivato entro il 31.12.12 2. Ogni professionista coinvolto ha colmato i gap formativi evidenziati nella mappa delle competenze 3. Al 31/12/11 verificati almeno 30 casi presi in carico secondo il modello e prodotto il report descrittivo di valutazione del processo di presa carico 4. Definizione di Budget di Salute a favore delle 30 situazioni di cui al punto 3

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	mantenimento nel proprio contesto di vita		
<p>15. Linea n. 1.3.3.3 Sicurezza e governo clinico. Garanzia di livelli di qualità e sicurezza omogenei per le cure sanitarie sul territorio regionale Adeguamento della documentazione sanitaria nei servizi e strutture di competenza distrettuale</p>	<p>Verificare la presenza e completezza dei seguenti documenti</p> <ul style="list-style-type: none"> a. scheda di accoglienza b. consenso informato c. foglio unico di terapia 	<p>Dott.ssa Barbara Mazzoleni</p>	<p>Almeno il 90% della documentazione verificata è conforme</p>
<p>16. PAL – Linea 1.3.4.7 Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata: Applicare strumenti uniformi e validati per la valutazione del bisogno assistenziale e migliorare l'implementazione dei dati su SISR</p>	<p>Introduzione della scheda di valutazione ValGraf per i pazienti anziani presi in carico con progetto personalizzato definito dai servizi distrettuali e implementazione dei dati raccolti su sistema informativo</p> <p>L'obiettivo riguarda solo i nuovi pazienti over 65 presi in carico con PAI a partire dal 12/03/2012: nel sistema informativo dovranno essere registrati sia il codice diagnosi ICD -9 CM che la valutazione ValGraf</p>	<p>Tutto il personale S.C. Tutela Salute Adulti Anziani</p>	<p>A partire dal 12.03.2012 per tutti i nuovi pazienti over 65 anni presi in carico con PAI dovranno essere registrati sia il codice diagnosi ICD -9 CM che la valutazione ValGraf</p>
<p>17.</p>	<p>Introduzione della scheda di valutazione</p>	<p>Tutto il personale</p>	<p>A partire dal 12.03.2012 per tutti i</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>PAL – Linea 1.3.4.7 Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata: Applicare strumenti uniformi e validati per la valutazione del bisogno assistenziale e migliorare l'implementazione dei dati su SISR</p>	<p>ValGraf per i pazienti anziani presi in carico con progetto personalizzato definito dai servizi distrettuali e implementazione dei dati raccolti su sistema informativo</p> <p>L'obiettivo riguarda solo i nuovi pazienti over 65 presi in carico con PRI a partire dal 12/03/2012: nel sistema informativo dovranno essere registrati sia il codice diagnosi ICD -9 CM che la valutazione ValGraf</p>	<p>S.S.D. Riabilitazione</p>	<p>nuovi pazienti over 65 anni presi in carico con PRI dovranno essere registrati sia il codice diagnosi ICD -9 CM che la valutazione ValGraf</p>
<p>18. Linea 1.3.3.3 Sicurezza e governo clinico - sicurezza delle cure</p>	<p>Adozione di procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezioni correlate all'assistenza attraverso la corretta igiene delle mani</p>	<p>SS Dipartimentale di Riabilitazione distrettuale comparto ft</p>	<p>Entro 31/12/2012 tutti gli operatori formati.</p>
<p>19. Linea 1.3.4.7 Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata - Prosecuzione del progetto "Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione basati su ICF"</p>	<p>1. Individuazione di 4 casi.</p> <p>2. Valutazione secondo la metodologia di valutazione e progettazione personalizzata basate su ICF dei 4 casi</p> <p>3. Raccolta del consenso informato per inserimento dei dati nel "fascicolo biopsicosociale elettronico" dei casi</p>	<p>Dirigenti SS Dipartimentale di Riabilitazione distrettuale</p>	<p>Entro 31/12/2012</p> <p>19.1 ,2 Individuazione e valutazione di 4 casi di cui: -2 casi già valutati nel 2011 -2 casi non ancora valutati con gli strumenti basati su ICF.</p> <p>19.3. Per tutti i pazienti è stato raccolto il consenso al trattamento dei dati</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Prosecuzione dello sviluppo ed implementazione delle metodologie uniformi di valutazione e progettazione personalizzata basate su ICF</p>	<p>nello specifico sistema informativo prototipale sviluppato dal Centro Collaboratore OMS.</p> <p>Nella individuazione dei nuovi casi vanno privilegiati i minori, quelli che beneficiano del Fondo per l'autonomia possibile e/o del Fondo finalizzato al sostegno a domicilio di persone in situazioni di bisogno assistenziale a elevatissima intensità (fondo gravissimi) e persone con gravi cerebro lesioni acquisite.</p>		<p>sensibili in formato elettronico</p>
<p>20. Promozione e sorveglianza dell'allattamento al seno (PAL 2012- prevenzione dell'obesità linea n.1.3.2.3)</p>	<p>1. Consolidamento delle attività del Gruppo di Lavoro Multiprofessionale e sua formalizzazione come previsto dagli standard della Baby Friendly Community Iniziative (BFCI) UNICEF 2.1</p> <p>Adozione di modalità operative coerenti e condivise dalle strutture Complesse Tutela Salute Bambini, Adolescenti, Donne e Famiglie (SCBAdoF)/Pediatra di Famiglia (PdF) secondo le indicazioni degli standard della Baby</p>	<p>- dott.ssa M. Vittoria Sola</p> <p>Personale delle SC BAdoF</p>	<p>1- Costituzione formale del Gruppo di Lavoro Multiprofessionale e presentazione della delibera alla Direzione Generale (31 maggio 2012)</p> <p>2 Predisposizione del documento "Politica Aziendale sull'alimentazione 0-3 anni" e presentazione alla Direzione Generale entro il 31 luglio 2012</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>Friendly Community Iniziative (BFCI) UNICEF</p> <p>2.2 Condivisione tra le SCBADoF del documento della Politica Aziendale predisposto dal Gruppo di Lavoro Multiprofessionale come previsto dal percorso di accreditamento UNICEF</p> <p>3. Diffusione della Politica Aziendale anche attraverso la realizzazione di un manifesto da esporre nelle sedi distrettuali e di brochure da consegnare alle donne in gravidanza e nel dopo parto</p> <p>4 formazione in tema di alimentazione 0-3 del personale dedicato: PdF e operatori delle SCBADoF</p> <p>5. Monitoraggio dei tassi di allattamento esclusivo alla 2^a vaccinazione attraverso</p>	<p>Sola</p> <p>dott.ssa S. Olivo</p> <p>Personale delle SC BADoF</p>	<p>3 Predisposizione e diffusione di un manifesto e di brochures relative ai servizi contenenti la Politica Aziendale</p> <p>4. Almeno 1 corso di formazione per i Pediatri di Famiglia sull'alimentazione 0-3 come da Accordo Aziendale della Pediatria di Famiglia 2011-2012 (30 giugno 2012) e almeno 1 corso di formazione per il personale dei distretti dedicato all'assistenza di mamma e bambino (31 dicembre 2012)</p> <p>5.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	l'inserimento dei dati nel sistema regionale.		Inserimento di almeno il 95% delle schede sull'alimentazione al momento della 2a vaccinazione (31/12/12)
<p>21. Linea 1.3.4.7 Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata - Prosecuzione del progetto "Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione basati su ICF"</p> <p>Prosecuzione dello sviluppo ed implementazione delle metodologie uniformi di valutazione e progettazione personalizzata basate su ICF</p>	<p>1. Individuazione di 4 casi (2 casi già valutati nel 2011. Nella individuazione dei nuovi casi vanno privilegiati i minori che beneficiano del Fondo per l'autonomia possibile e/o del Fondo finalizzato al sostegno a domicilio di persone in situazioni di bisogno assistenziale a elevatissima intensità - fondo gravissimi e persone con gravi cerebro lesioni acquisite)</p> <p>2 Valutazione secondo la metodologia di valutazione e progettazione personalizzata basate su ICF dei 4 casi</p> <p>3 Raccolta del consenso informato per inserimento dei dati nel "fascicolo biopsicosociale elettronico" dei casi nello specifico sistema informativo prototipale sviluppato dal Centro Collaboratore OMS.</p>	<p>dott.ssa Pilar Abad</p> <p>Operatori della S:S: Tutela Salute Bambini Adolescenti</p>	<p>1 ,2 4 casi valutati secondo progetto regionale</p> <p>3. Raccolta del consenso informato per inserimento dei dati nel "fascicolo biopsicosociale elettronico" dei casi nello specifico sistema informativo prototipale sviluppato dal Centro Collaboratore OMS 31/12/2012</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>22. Prosecuzione del percorso di Omogeneizzazione dei PDTA attraverso la presa in carico di adolescenti e giovani adulti con stati mentali a rischio o esordio psicotico con consolidamento dei processi di integrazione tra DSM, distretti, NPI dell'IRCCSS Burlo Garofolo (Linea n. 1.3.4.4 salute mentale)</p>	<p>1. Identificare e valutare, tra tutti i nuovi casi nel 2012 nella fascia d'età 15-18 i soggetti con stati mentale a rischio o esordio psicotico secondo le modalità previste dal protocollo aziendale per la presa in carico di adolescenti e giovani con stato mentale a rischio o all'esordio di un disturbo mentale severo (revisione 2011)</p> <p>2. Prendere in carico congiuntamente (CSM- SC BADOF) tutti i soggetti di cui al punto 1, se consenzienti</p> <p>3. Proseguire l'utilizzo di procedure integrate intra aziendali per il riconoscimento precoce e la presa in carico dei casi a rischio o conclamati applicando la scheda di presa in carico congiunta elaborata dal gruppo funzionale a tutti i casi presi in carico</p> <p>4. Condivisione all'interno del gruppo funzionale aziendale sui percorsi e sugli strumenti di presa in carico</p>	<p>1,2,3 Personale delle SC BADoF In collaborazione con CSM</p> <p>4- dott.ssa M. Stocchi</p>	<p>Tutti i nuovi casi nella fascia d'età 15-18 che accedono alla SC TS BADoF per problemi psichici vengono valutati secondo il protocollo aziendale 31/12/2012</p>
<p>23.</p>	<p>Sviluppo a livello locale di un</p>	<p>Dott.ssa Sola</p>	<p>Completamento del progetto entro le</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Guadagnare Salute Inadolescenza (CCM- Ministero della Salute)</p> <p>La prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse (MST) attraverso la metodologia della Peer Education – Progetto Afrodite (Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012- linea 2.6.1)</p>	<p><u>programma di promozione della salute/ prevenzione delle MST nell'ambito del Programma Nazionale Guadagnare Salute INADOLESCENZA (CCM- Ministero della Salute)</u></p> <p>1 Coordinamento del gruppo di progetto locale: ASS1 (SCTBADoF Distretto 3, Centro MST-DDD, DIP- promozione della salute nelle scuole), Istituti M. Fabiani e G. Deledda, Lilt, Coop La quercia.</p> <p>2 Coordinamento e sviluppo delle attività secondo gli standard nazionali del progetto: Formazione gruppo Peer, Formazione insegnanti, Interventi nelle classi, valutazione finale</p>	Dott.ssa Ravelli	date previste dal Ministero della Salute e rendicontazione finale 31 dicembre 2012
<p>24. Sviluppo di strumenti operativi per la presa in carico integrata di minori e famiglie per il contrasto alla istituzionalizzazione</p>	<p><u>Miglioramento della modalità di lavoro integrato in tema di affido extrafamigliare a tempo pieno per i minori</u></p> <p>1 Elaborazione di una scheda/ profilo da compilare a cura della SC. BADoF per un più efficace abbinamento minore famiglia affidataria</p>	Dott. F Bruni	Scheda/ profilo in uso su tutti i casi nuovi a partire dal 1/10/2012 31/12/2012

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>2 Sperimentazione della scheda per i minori residenti nell'area del distretto 3 facenti riferimento al Comune di Trieste in affido eterofamigliare</p>		
<p>25. Promuovere l'allattamento al seno e la corretta alimentazione del neonato attraverso il counseling e il sostegno alla madre, al contesto familiare, lavorativo e sociale (secondo le direttive UNICEF e OMS).</p>	<p>Predisporre e offrire spazi e tempi dedicati ai genitori per favorire l'allattamento al seno e la corretta alimentazione del neonato. Ciò avverrà: 1. in occasione degli incontri pre-parto (mediamente in un anno ca. 10-15 gruppi, cad. con 10-15 donne) con un incontro informativo sulle tematiche relative all' l'allattamento al seno e la corretta alimentazione del neonato. (entro la 34 sett.) 2. in occasione del primo colloquio di accoglienza consultoriale delle donne afferenti al corso pre-parto viene effettuato un colloquio/ consulenza individuale</p>	<p>SC BaDoF</p>	<p>25.1. Per ogni gruppo pre-parto è compilata la "Check list di gruppo prenatale-alimentazione infantile" corredata dall'elenco delle donne presenti all'incontro. <i>n.check list compilate/n. gruppi pre-parto; atteso=100%</i> 25.2. Per ogni donna che si iscrive al corso pre-parto viene fatto un colloquio/consulenza individuale ed è compilata la "Scheda accoglienza Ostetrica individuale" sull'allattamento e la corretta alimentazione del neonato. <i>n. schede accoglienza compilate/n. donne iscritte; atteso= 90% (possibili drop out)</i></p>
<p>26. Ridurre il numero di posizioni anagrafiche sanitarie errate e/o</p>	<p>1. Rilievo delle posizioni anagrafiche sanitarie errate e/o delle registrazioni impro-</p>	<p>Tutto il personale amministrativo</p>	<p>Presenza delle segnalazioni inviate all'ufficio S.I.A della S.C. Sistema Informativo (fonte: copia segnalazioni</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
le registrazioni improprie.	<p>prie per gli utenti che si presentano agli sportelli del Distretto 3 e per tutti coloro per i quali vengono rilevati degli errori di registrazione, ivi compresi i c.d. cancellati "per irreperibilità anagrafica".</p> <p>2. Comunicazione all'ufficio S.I.A. della S.C. Sistema Informativo delle registrazioni scorrette riscontrate e/o dei nominativi di coloro che rientrano nell'elenco dei c.d. cancellati "per irreperibilità anagrafica".</p>		<p>inviare al SCS) relative a tutte le registrazioni scorrette riscontrate e/o ai nominativi che rientrano nell'elenco dei "cancellati per irreperibilità anagrafica"</p> <p>31.12.2012</p>
<p>27. Condivisione tra i Distretti e consolidamento dei percorsi operativi amministrativi al fine di migliorare il servizio rivolto all'utenza</p>	<p>1. Elaborazione della proposta di progetto formativo dedicato al personale amministrativo</p> <p>2. Attuazione del progetto formativo</p>	<p>Tutto il personale amministrativo</p>	<p>1. Progetto formativo entro il 31.05.2012</p> <p>2. Almeno il 70% del personale amministrativo è formato entro il 31.12.2012</p>
<p>28. Migliorare e facilitare la comunicazione tra Distretto e Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta con riferimento alle procedure per l'attivazione ed il</p>	<p>1. Elaborazione di un vademecum contenente le procedure per l'attivazione ed il pagamento delle prestazioni di Assistenza Domiciliare Programmata (A.D.P.) e Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) e le</p>	<p>Tutto il personale amministrativo</p>	<p>1,2 Distribuzione del vademecum e della relativa modulistica a tutti i Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta afferenti al Distretto 3 Entro il 31.12.2012</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
pagamento delle prestazioni di Assistenza Domiciliare Programmata (A.D.P.) e Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) e le Prestazioni di Particolare Impegno Professionale (P.P.I.P.)	Prestazioni di Particolare Impegno Professionale (P.P.I.P.) 2. Distribuzione del vademecum e della relativa modulistica ai Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta afferenti al Distretto3		
29. (PAL Linea 1.3.4.6) In continuità con le azioni avviate negli anni precedenti, implementare gli interventi e strumenti volti a migliorare/consolidare la capacità di governo dell'assistenza nei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti, con riferimento alle convenzioni stipulate con i servizi residenziali e semiresidenziali	1. Esame delle convenzioni con i servizi semiresidenziali e residenziali per anziani afferenti al Distretto 3, al fine di verificare che nel testo delle stesse sia previsto che il rimborso degli oneri sanitari e della quota per l'abbattimento delle rette di accoglienza siano vincolati al soddisfacimento del debito informativo minimo richiesto dalla Regione (art. 19 del DPR n. 0333/Pres. del 2008) e alla valutazione del bisogno degli utenti accolti secondo le modalità e la tempistica previste dalla DGR n. 2147/07 e successive modifiche ed integrazioni (sistema di VMD Val.Graf.-FVG). 2. Predisposizione di atto aggiuntivo per le convenzioni in atto e/o inserimento	Direttore di Distretto Dott.ssa Angelina Pianca Loredan Liviana Biasutti Annamaria Vigini Loriana	1,2. Presenza di atto aggiuntivo per le convenzioni in atto e/o presenza dell'articolo per le nuove convenzioni, che vincola il rimborso degli oneri sanitari e della quota per l'abbattimento delle rette di accoglienza al soddisfacimento del debito informativo minimo richiesto dalla Regione (art. 19 del DPR n. 0333/Pres. del 2008) e alla valutazione del bisogno degli utenti accolti secondo le modalità e la tempistica previste dalla DGR n. 2147/07 e successive modifiche ed integrazioni (sistema di VMD Val.Graf.-FVG), nel 100% dei testi delle convenzioni con le strutture eroganti servizi semiresidenziali e residenziali per anziani afferenti al

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>dell'articolo per le nuove convenzioni, che vincola il rimborso degli oneri sanitari e della quota per l'abbattimento delle rette di accoglienza al soddisfacimento del debito informativo minimo richiesto dalla Regione (art. 19 del DPR n. 0333/Pres. del 2008) e alla valutazione del bisogno degli utenti accolti secondo le modalità e la tempistica previste dalla DGR n. 2147/07 e successive modifiche ed integrazioni (sistema di VMD Val.Graf.-FVG).</p>		<p>Distretto n. 3 31.12.2012</p>

Distretto 4

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Linea 1.3.4.7 Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata - Prosecuzione del progetto "Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione basati su ICF"</p>	<p>1.1 Coordinamento del progetto con Centro Collaboratore OMS e supporto alle equipe distrettuali in merito alla valutazione del campione e alla progettazione personalizzata secondo metodologia e strumenti ICF .</p> <p>1.2 Formazione degli operatori in coordinamento e/o secondo indicazioni del Centro Collaboratore OMS .</p> <p>Nella individuazione dei nuovi casi vanno privilegiati i minori, quelli che beneficiano del Fondo per l'autonomia possibile e/o del Fondo finalizzato al sostegno a domicilio di persone in situazioni di bisogno assistenziale a elevatissima intensità (fondo gravissimi) e persone con gravi cerebro lesioni acquisite.</p>	<p>Dirigente Struttura Operativa Referente aziendale per progetto dott.ssa Emanuela Fragiacomò</p>	<p>1.1 30 casi valutati di cui: 15 casi già valutati nel 2011 15 casi non ancora valutati con gli strumenti basati su ICF.</p> <p>1.2 Formazione degli operatori coinvolti in coordinamento e/o secondo indicazioni del Centro Collaboratore OMS .</p>
<p>2.</p>	<p>Attività propedeutica e di</p>	<p>Dirigente Infermieristico SSD</p>	<p>2.1.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Applicare strumenti uniformi e validati per la valutazione del bisogno assistenziale e migliorare l'implementazione dei dati su SISR (PAL linea 3.4.4.7 Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata)</p>	<p>monitoraggio dell'introduzione e dell'implementazione dei dati su sistema informativo della scheda Val.graf versione essenziale per la valutazione delle persone anziane prese in carico con PAI dal Servizio Infermieristico Domiciliare dei 4 Distretti</p>	<p>Servizio Infermieristico D4 e Referente Aziendale Tutela Salute Anziani Referente aziendale per l'implementazione della Val.graf Dr. Flavio Paoletti</p>	<p>Partecipazione agli incontri del gruppo di lavoro regionale attivati dalla Direzione Centrale Salute quale referente aziendale, diffusione delle informazioni e supporto alle strutture aziendali coinvolte 2.2. Attivazione di almeno 3 incontri annuali con le strutture distrettuali di ASS 1 coinvolte al fine di monitorare il progetto 2.3. Produzione di un report conclusivo (31.12.2012)</p>
<p>3. Conoscenza, presa in carico e gestione di soggetti con fragilità socio-sanitaria e affetti da patologia cronica degenerativa, mediante applicazione di percorsi di salute individuali.</p>	<p>3.1 A partire da elenchi messi a disposizione dalla SS Programmazione Strategica, selezione di una casistica di alti consumatori di risorse sanitarie fra i residenti di ciascuna Microarea. 3.2 Visita domiciliare ai selezionati della casistica di cui al punto 1. 3.3 Presa in carico di soggetti con problematica sanitaria ad elevato rischio di aggravamento e/o carente rete socio-assistenziale di riferimento (degrado sociale e/o</p>	<p>SSD Servizio Infermieristico Bertogna Norma Postiferi Lorella</p>	<p>Entro il 31.12.2012 presa in carico, stesura e applicazione di PAI/PDTA in almeno 10 soggetti multiproblematici per ciascuna microarea</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	abitativo, isolamento, povertà, scarsa consapevolezza di malattia) e stesura di Piano Assistenziale Individuale (PAI) .		
4. Allestimento e adozione di un archivio informatico unico (database) per la registrazione degli interventi di natura sanitaria e socio-assistenziale eseguiti dall'equipe di ciascuna Microarea nell'anno 2012.	4.1 Rivalutazione collegiale del database attualmente in dotazione presso ciascuna sede di Microarea: aggiornamento delle principali voci presenti in ordine a interventi, azioni, esiti. 4.2 Identificazione e formazione degli operatori di Microarea destinati all'impiego del database. 4.3 Inserimento dei dati di attività relativi ai primi 4 mesi dell'anno corrente. 4.4 Inserimento di tutti gli interventi realizzati dall'equipe di Microarea. 4.5	SSD Servizio Infermieristico Bertogna Norma Postiferi Lorella	4.1 Entro il 30.06.2012 aggiornamento e adozione consensuale di un database unico presso ciascuna Microarea. 4.2 Completamento dell'iter di formazione degli operatori di Microarea entro il 30.06.2012. 4.3 Entro il 30.06.2012 aggiornamento dell'inserimento dati di attività a far tempo dal 01.01.2012. 4.4 Dati inseriti entro il 31.12.2012. 4.5

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Produzione di un report annuale di attività.		Entro il 10.01.2013 stesura ed invio al Coordinatore Sociosanitario di un report per ciascuna Microarea riferito alle attività dell'anno 2012.
<p>5. Promuovere migliori condizioni di vita ai cittadini con malattie cronico-degenerative (diabete, BPCO, scompenso cardiaco), prevenendo le riacutizzazioni, riducendo i ricoveri ripetuti, il ricorso all'istituzionalizzazione e favorendo il passaggio da una medicina di attesa ad una medicina proattiva. Linea n.1.3.4.1 Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale</p>	<p>5.1. Revisione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) per patologie cronico-degenerative quali scompenso cardiaco, diabete mellito e BPCO già redatti e condivisi nel 2011. 5.2.1 Individuazione dei pazienti con le patologie target a partire dai soggetti afferenti a servizi distrettuali (SID, SRD, Continuità assistenziale ospedale-territorio) e non distrettuali (Medicina Generale, Centro Cardiovascolare, altri servizi aziendali). 5.2.2. Preso in carico e allestimento di Programma Assistenziale Individuale (PAI) come da</p>	<p>Dirigenti Medici Coordinatori Infermieristici Infermieri SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari</p>	<p>5.1. Entro il 30.04.2012: formalizzazione dei PDTA revisionati e condivisi in ordine a BPCO, scompenso cardiaco, diabete mellito 5.2. Entro il 31.12.2012: applicazione dei PDTA validati in almeno 20 casi per Distretto (pazienti con diagnosi principale rappresentata da DM, SC o BPCO).</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>documento PDTA di cui al punto 1.5.3. Analisi del processo assistenziale individuale secondo PDTA .</p>		<p>5.3. Creazione di reportistica ad hoc entro 10.01.2013</p>
<p>6. Garanzia dei livelli di qualità e di sicurezza omogenei per le cure sanitarie sul territorio regionale Utilizzo di strumenti metodologici omogenei individuati a livello aziendale che consentono la contestualizzazione nelle specifiche realtà organizzative dei percorsi e delle procedure individuate finalizzati al miglioramento dell'efficacia degli interventi sanitari: Linea n. 1.3.3.3 Sicurezza e governo clinico</p>	<p>6.1. Rilevazione del dolore a tutte le persone prese in carico al SID. 6.2. Monitoraggio del dolore a tutte le persone con dolore superiore a NRS 3 mediante scheda aziendale. 6.3 Implementazione del raccordo con M.M.G. 6.4. Creazione di uno strumento educativo rivolto alle persone prese in carico dal SID finalizzato a migliorare l' autogestione del dolore cronico</p>	<p>SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari</p>	<p>6.1. Presenza nel 100% delle cartelle SID aperte dal 1/1/2012 della rilevazione del dolore. 6.2. Presenza nel 90% delle cartelle SID aperte dal 1/1/2012 per persone con dolore superiore a NRS 3 della scheda aziendale di monitoraggio 6.3. Nel 2012 almeno un raccordo con M.M.G nei casi di NRS superiore a 3 6.4. Entro il 2012 stesura di materiale informativo da consegnare alle persone prese in carico</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>7. Garanzia di livelli di qualità e sicurezza omogenei per le cure sanitarie sul territorio regionale Linea n. 1.3.3.3 Sicurezza e governo clinico.</p>	<p>7.1. <u>Partecipazione al progetto regionale "Clean care is safer care"</u> 1.1. formazione del personale sull'igiene delle mani (formazione dei formatori) 1.2. corso di formazione interno rivolto a tutto il personale. 7.2 <u>Prevenzione e controllo delle infezioni correlate al CVC</u> <u>Partecipazione a corso di formazione ad hoc</u> introduzione e utilizzo del nuovo protocollo sulla prevenzione delle infezioni CVC correlate 7.3. <u>Miglioramento della gestione dei farmaci</u>: applicazione delle procedure di controllo sui sistemi di conservazione, sulla verifica delle scadenze e sulle modalità di distribuzione diretta.</p>	<p>SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari</p>	<p>7.1.1. Almeno 1 infermiere formato come formatore entro il 30/6/12 7.1.2. Almeno 1 corso di formazione interno completato entro il 31/12/12; almeno 20 partecipanti di cui il 70% ha risposto correttamente al questionario di apprendimento a fine corso. 7.2.1 Entro il 31/12/12 almeno 2 infermieri formati 7.2.2. 100% delle persone con CVC sono prese in carico secondo protocollo 7.3. Entro il 31/12/12 tutti gli armadi e i frigoriferi sono tenuti sotto controllo secondo procedura (per la distribuzione diretta : controllo temperatura; per gli altri farmaci: temperatura e scadenza)</p>
<p>8. Promuovere migliori condizioni di vita per</p>	<p>Selezione dei pazienti con malattie cronico-degenerative o con fattori di rischio per malattie cronico-</p>	<p>Dirigente medico Dott.ssa Teresa Benazzi Dott. Alessandro Tulliani</p>	<p>Predisposizione di un programma personalizzato integrato in 20 persone con malattie cronico-degenerative o fattori</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>persone con malattie cronico-degenerative (diabete, bpc, scompenso cardiaco) o con fattori di rischio per malattie cronico-degenerative con l'obiettivo di prevenire le riacutizzazioni, ridurre i ricoveri ripetuti ed il ricorso all'istituzionalizzazione, ridurre la progressione di malattia favorendo il passaggio da una medicina d'attesa ad una medicina proattiva. Linea n.1.3.4.1 Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale</p>	<p>degenerative e predisposizione per ognuno di programma personalizzato integrato</p>		<p>di rischio per malattie cronico-degenerative in relazione a quanto indicato nel consensus regionale e nelle linee guida per BPCO, diabete e scompenso cardiaco</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>9. Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti (Linea n. 1.3.4.6)</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>S.S. Anziani e residenze</p>	<p>Ogni distretto ha in evidenza la calendarizzazione ed il report riassuntivo delle verifiche effettuate, nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati del proprio territorio con cadenza bimestrale, in merito a: la presenza nel sistema informativo e-GENeSys di una valutazione con strumento di VMD Val.Graf.-FVG aggiornata, a cura dei servizi stessi, per tutti gli utenti accolti nei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani convenzionati (in caso vengano riscontrate irregolarità presenza di documentazione che attesti le stesse ed il conseguente sollecito)</p>
<p>10. Promuovere migliori condizioni di vita ai cittadini con disturbi cognitivi prevenendo il ricorso all'istituzionalizzazione e favorendo il passaggio da una medicina di attesa ad una medicina proattiva.</p>	<p>10.1. Predisporre i PDTA per le persone affette da disturbi cognitivi.</p> <p>10.2 Selezionare i pazienti con le patologie target e predisporre per ognuno il programma personalizzato integrato.</p>	<p>S.S. Anziani e residenze</p>	<p>10.1 Costituzione di un gruppo di lavoro multiprofessionale e stesura del PDTA per le persone affette da disturbi cognitivi (entro aprile 2012)</p> <p>10.2. Presenza in carico di almeno 10 persone affette da disturbi cognitivi, secondo il PDTA (entro dicembre 2012)</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>11. Promuovere migliori condizioni di vita ai cittadini con disturbi cognitivi prevenendo il ricorso all'istituzionalizzazione e favorendo il passaggio da una medicina di attesa ad una medicina proattiva</p>	<p>Garantire l'applicazione del PDTA alle persone che afferiscono al Centro Distrettuale Disturbi Cognitivi (CDDC).</p>	<p>Responsabile SS Anziani e Residenze. Dott. Carlo De Vuono</p>	<p>In almeno il 50% delle persone che afferiscono per la prima volta al Centro Distrettuale Disturbi Cognitivi viene valutato secondo il PDTA per le persone affette da disturbi cognitivi. Dalla stesura del PDTA al 31/12/12</p>
<p>12. Integrazione del PDTA tra il Centro Diabetologico (CD) e il Centro Cardiovascolare (CCV) per la continuità assistenziale nei pazienti con Piede diabetico e arteriopatia periferica con incontri di formazione sul campo del personale medico e infermieristico del Centro Diabetologico volti a migliorare l'accuratezza nella selezione dei pazienti i da inviare a diagnostica</p>	<p><u>Stratificazione del grado di ischemia critica (CLI) agli arti inferiori in persone con diabete.</u> 12.1. Ridefinizione dei criteri clinici e strumentali di selezione e del percorso diagnostico tra i CD ed il CCV con via preferenziale per la valutazione del circolo arterioso con ecocolor Doppler (ECD) e misurazione con ossimetro della TCPO2 in tutti i soggetti diabetici affetti piede diabetico con CLI e preparazione di un format con criteri di inclusione ed esclusione per segnalazione casi. 12.2.</p>	<p>In collaborazione con CCV 12.2 Tutto il personale della SS Diabetologia 12.3. Tutto il personale della SS Diabetologia In collaborazione con CCV</p>	<p>12.1. Entro 30/6/2011 definizione e stesura del protocollo operativo concordato tra il Centro Diabetologico ed il Centro Cardiovascolare e creazione di format per segnalazione casi 12.2.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>ECD e TCPO2 al CCV PAL - Linea n. 1.3.2.10 Prevenzione cardiovascolare</p>	<p>Programmazione, secondo agende concordate di incontri accreditati di formazione sul campo per il personale medico ed infermieristico del Centro Diabetologico e del CCV per condivisione dei casi, valutazione degli esiti ed eventuale revisione dei criteri e del format. 12.3. Compilazione di un format con i criteri di inclusione ed esclusione da allegare alla richiesta di visita per ECD e TCOPO 2. 12.4. Valutazione dell'appropriatezza di invio secondo i nuovi criteri.</p>		<p>Entro 31/12/2012 almeno 3 incontri di formazione sul campo per condivisione dei casi e valutazione degli esiti.</p> <p>12.3. Entro il 31/12/2012. Invio di almeno 80% dei casi con format compilato.</p> <p>12.4. Entro il 31/12/2012 relazione con analisi critica dei dati e valutazione dell'appropriatezza di invio secondo i nuovi criteri.</p>
<p>13. Promuovere migliori condizioni di vita ai cittadini con malattie cronico-degenerative (diabete), attraverso il consolidamento di linee di lavoro, già avviate nel 2011 e la creazione di un PDTA per lo screening</p>	<p>13.1. Proseguire e consolidare nell'anno 2012 i percorsi facilitati bidirezionali CCV-Centri Diabetologici Distrettuali per la presa in carico e stratificazione prognostica dei pazienti a rischio elevato di eventi cardiovascolari favorendo il passaggio da una medicina di attesa ad una medicina proattiva.</p>	<p>Dott Elisabetta Caroli In collaborazione con CCV</p>	<p>13.1,2 Analisi dei casi e ridefinizione del nuovo protocollo operativo 30/06/2012</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>della cardiopatia ischemica silente nel paziente con diabete ad alto rischio CV. Linea n. 1.3.2.10 Prevenzione cardiovascolare</p>	<p>13.2. Analisi dei risultati del protocollo operativo messo in atto nel 2011 con particolare riferimento alla valutazione degli 8 casi risultati positivi per ischemia inducibile ed eventuale ridefinizione dei criteri di selezione e dei PDTA.</p> <p>13.3. Prendere in carico i pazienti inviati dal CCV e non ancora in carico alla Diabetologia con diabete mellito non controllato (Hb1AC>7.0%) o complicato (retinopatia, nefropatia, arteriopatia periferica, polineuropatia, disfunzione erettile, cardio e cerebrovasculopatia) per la presa in carico congiunta.</p> <p>13.4. Selezione presso i Centri Diabetologici dei pazienti non in carico al CCV con elevato rischio CV definito secondo il nuovo protocollo per presa in carico presso il CCV e ricerca ischemia miocardica e vasculopatia carotidea.</p>		<p>13.3. Presa in carico da parte dei Centri Diabetologici Distrettuali del 100% dei pazienti selezionati secondo percorsi facilitati e condivisi. Al 31.12.2012</p> <p>13.4. Invio per presa in carico al CCV dai Centri Diabetologici Distrettuali complessivamente di almeno 20 pazienti secondo percorsi facilitati e condivisi. Al 31.12.2012</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>14. Consolidamento della rete regionale di risposta ai Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) Presenza in carico congiunta dei pazienti con DCA (Centri Diabetologici distrettuali ed équipe dedicata ai DCA) PAL - Linea n. 1. 3.4.4 Salute Mentale</p>	<p>14.1.2 Creare nell'anno 2012 un gruppo di lavoro integrato tra il team diabetologico e l'équipe dedicata ai DCA (disturbi del comportamento alimentare) per definire percorsi facilitati per la presa in carico delle persone con diabete e concomitante DCA e per condividere i risultati aggiunti sulla base dell'esperienza già effettuata nel 2011</p> <p>14.3. Follow-up presso i Centri Diabetologici Distrettuali ed il Punto di Accoglienza dei DCA dei pazienti seguiti nel 2011</p> <p>14.4. Selezione presso i Centri Diabetologici Distrettuali dei nuovi pazienti diabetici con DCA secondo i criteri stabiliti ed invio al Punto di Accoglienza dei DCA.</p>	<p>1,2 Dietista dei Centri Diabetologici Elisa Del Forno equipe del Punto di Accoglienza dei Disturbi del Comportamento Alimentare</p> <p>3,4 Personale medico, infermieristico e dietista dei 4 Centri Diabetologici Distrettuali</p>	<p>14.1. Definizione e stesura di un protocollo operativo concordato tra S.S. Centro Diabetologici e Punto di Accoglienza dei DCA al 30/06/2012</p> <p>14.2. Svolgimento di almeno 2 riunioni tra il gruppo di lavoro integrato per discutere il percorso terapeutico dei casi clinici trattati entro 31/12/2012</p> <p>14.3. Follow-up dei pazienti seguiti nel 2011 con stesura di una relazione finale al 31/12/2012</p> <p>14.4. Selezione e invio al Punto di Accoglienza dei Disturbi del Comportamento Alimentare di almeno 10 pazienti diabetici, complessivamente per tutti i Centri Diabetologici Distrettuali, con DCA secondo i criteri stabiliti.</p>
<p>16. Rendere accessibili le informazioni su una corretta alimentazione, che fa</p>	<p>Traduzione dell'opuscolo informativo riguardo le indicazioni alimentari per i pazienti con il diabete tipo 2 intitolato: "L'alimentazione nel dia-</p>	<p>Dietista dei Centri Diabetologici Distrettuali. Del Forno Elisa</p>	<p>Traduzione dell'opuscolo informativo "L'alimentazione nel diabete" in 2 lingue (inglese e sloveno)</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
parte integrante della cura del diabete, ai pazienti stranieri	bete”, che abitualmente viene consegnato durante la prima visita , al fine di facilitare l’educazione terapeutica per i pazienti stranieri.		
17. Promozione e sorveglianza dell’allattamento al seno (PAL 2012- prevenzione dell’obesità linea n.1.3.2.3)	<p>17.1. Partecipazione attiva al gruppo multiprofessionale per la predisposizione del documento “Politica Aziendale sull’alimentazione 0-3 anni”</p> <p>17.2 Diffusione della Politica Aziendale anche attraverso la realizzazione di un manifesto da esporre nelle sedi distrettuali e di brochure da consegnare alle donne in gravidanza e nel dopo parto</p> <p>17.3. Partecipazione ad almeno 1 evento formativo sull’alimentazione nella prima infanzia nella fascia di età 0-3 anni del personale dedicato all’assistenza mamma – bambino</p> <p>17.4 Monitoraggio dei tassi di allattamento esclusivo alla 2^a vaccinazione attraverso</p>	Personale della SC BADoF	<p>17.1. Predisposizione del documento “Politica Aziendale sull’alimentazione 0-3 anni” e presentazione alla Direzione Generale 31/07/12</p> <p>17.2 Predisposizione e diffusione di un manifesto e di brochures relative ai servizi contenenti la Politica Aziendale</p> <p>17.4 Inserimento di almeno il 95% delle schede sull’alimentazione al momento della 2a vaccinazione (31/12/12)</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	l'inserimento dei dati nel sistema regionale.		
18. Promuovere l'allattamento al seno e la corretta alimentazione del neonato attraverso il counseling e il sostegno alla madre, al contesto familiare, lavorativo e sociale (secondo le direttive UNICEF e OMS).	<p>Predisporre e offrire spazi e tempi dedicati ai genitori per favorire l'allattamento al seno e la corretta alimentazione del neonato.</p> <p>Ciò avverrà:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. in occasione degli incontri pre-parto (mediamente in un anno ca. 10-15 gruppi, cad. con 10-15 donne) con un incontro informativo sulle tematiche relative all' allattamento al seno e la corretta alimentazione del neonato.(entro la 34 sett.) 2. in occasione del primo colloquio di accoglienza consultoriale delle donne afferenti al corso pre-parto o post-parto viene effettuato un colloquio/consulenza individuale 3. in occasione della seconda vaccinazione, al fine di monitorare i 	SC BaDoF	<p>18.1. Per ogni gruppo pre-parto è compilata la "Check list di gruppo prenatale-alimentazione infantile" corredata dall'elenco delle donne presenti all'incontro. <i>n.check list compilate/n. gruppi pre-parto; atteso=100%</i></p> <p>18.2. Per ogni donna che si iscrive al corso pre-parto o post-parto viene fatto un colloquio/consulenza individuale ed è compilata la "Scheda accoglienza Ostetrica individuale" sull'allattamento e la corretta alimentazione del neonato. <i>n. schede accoglienza compilate/n. donne iscritte; atteso= 90% (possibili drop out)</i></p> <p>18.3. Per tutte le mamme dei bambini che</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	tassi di allattamento viene effettuato un colloquio specifico inerenti alle tematiche dell'allattamento al seno e la corretta alimentazione del neonato.		effettuano la seconda vaccinazione viene fatto un colloquio riguardante l'alimentazione del loro bambino ed è compilata la "Scheda allattamento" che è registrata nel SISR. <i>n.schede allattamento/ n.bambini presenti alla seconda vaccinazione=100%</i>
19. Promozione e sorveglianza dell'allattamento al seno (PAL 2012- prevenzione dell'obesità linea n.1.3.2.3)	1. Garantire l'applicazione delle modalità operative contemplate nel documento "Politica Aziendale sull'alimentazione 0-3"	Responsabile della SC BADoF Dott.ssa Lo Vullo Giuditta	Report sull'applicazione delle nuove modalità operative entro il 31/08
20. Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata - Prosecuzione del progetto "Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione basati su ICF" Prosecuzione dello sviluppo ed implementazione delle metodologie uniformi di valutazione e	20.1 Individuazione di 4 casi (2 casi già valutati nel 2011. Nella individuazione dei nuovi casi vanno privilegiati i minori che beneficiano del Fondo per l'autonomia possibile e/o del Fondo finalizzato al sostegno a domicilio di persone in situazioni di bisogno assistenziale a elevatissima intensità - fondo gravissimi e persone con gravi cerebro lesioni acquisite) 20.2 Valutazione secondo la	SSTutela Salute Bambini Adolescenti: Dott.ssa. Sara Frisari Dott.ssa Linda Puzzer Dott.ssa Cristina Rumer	20.1-2 4 casi valutati secondo indicazioni

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
progettazione personalizzata basate su ICF Linea 1.3.4.7	metodologia di valutazione e progettazione personalizzata basate su ICF dei 4 casi 20.3 Raccolta del consenso informato per inserimento dei dati nel "fascicolo biopsicosociale elettronico" dei casi nello specifico sistema informativo prototipale sviluppato dal Centro Collaboratore OMS. 20.4 Formazione degli operatori coordinata dal Centro Collaboratore OMS.		20.3 Raccolta del consenso informato per inserimento dei dati nel "fascicolo biopsicosociale elettronico" dei casi nello specifico sistema informativo prototipale sviluppato dal Centro Collaboratore OMS. 31/12/2012
21. Prosecuzione del percorso di Omogeneizzazione dei PDTA attraverso la presa in carico di adolescenti e giovani adulti con stati mentali a rischio o esordio psicotico e consolidamento dei processi di integrazione tra DSM, distretti, NPI dell'IRCCSS Burlo	21.1 Identificazione e prima valutazione tra tutti i nuovi casi giunti all'accoglienza nel 2012 nella fascia d'età 15-18 dei soggetti con potenziali stati mentali a rischio o esordio psicotico secondo le modalità previste dal protocollo aziendale 21.2.1 Garantire l'applicazione delle procedure integrate definite nel Protocollo Aziendale (DSM- SC	21.1 Personale delle SC BADoF 21.2 Responsabile SS TSBA Dott.ssa Cosetta Ceschia In collaborazione con il DSM	21.1 Tutti i nuovi casi nella fascia di età 15-18 che accedono alla SC BADoF per problemi psichici vengono identificati secondo protocollo aziendale e viene svolta una prima valutazione del contesto di vita e di relazione con scheda ad hoc. 21.2 Tutti i nuovi casi giunti all'accoglienza nel 2012 di età 15-18 con problemi psichici, se consenzienti, vengono presi in carico secondo protocollo Aziendale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Garofalo Linea n. 1.3.4.4 salute mentale</p>	<p>BADoF) per il riconoscimento precoce degli stati mentali a rischio o esordio psicotico 21.2.2 Approfondimento diagnostico per successiva eventuale presa in carico congiunta di tutti i nuovi casi giunti all'accoglienza nel 2012 di età 15-18 con problemi psichici, se consenzienti, secondo protocollo Aziendale 21.2.3 Partecipazione al gruppo funzionale aziendale per il monitoraggio e eventuale revisione del Protocollo Aziendale e relativi strumenti di presa in carico.</p>		
<p>22. Riorganizzazione della gestione degli interventi nei casi coinvolgenti coppie con figli minori, con diversi gradi di conflittualità, attinenti alla separazione e gestione dei figli</p>	<p>22.1 predisposizione di procedure operative di valutazione e presa in carico di coppie confliggenti con figli minori 22.2 Monitoraggio dell'applicazione delle procedure relativamente ai nuovi casi a partire dal 01.09.2012</p>	<p>Responsabile SS.C.F. Dott.ssa M. Alessandra Carraro</p>	<p>22.1 Nuova procedura di valutazione e presa in carico elaborata entro il 31.08.12 22.2 Verifica dell'applicazione della nuova procedura su tutti i nuovi casi valutati e/o presi in carico dal 01.09.12 con report al 31.12.12</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
23. Migliorare l'efficacia degli interventi per le coppie con figli minori, con diversi gradi di conflittualità, attinenti alla separazione e gestione dei figli	23.1. Analisi delle criticità di processo nella valutazione e presa in carico delle coppie confliggenti, in merito a temi quali la separazione e la gestione dei figli, che accedono al servizio nel periodo 01.01.2012 – 31.08.2012 23.2. Applicazione delle procedure predisposte a tutti i nuovi casi a partire dal 01.09.2012	Personale della SS Cons Fam	23.1-2 Tutti i casi di coppie confliggenti che accedono al servizio a partire dal 01.09.2012 sono valutati e presi in carico secondo le nuove procedure predisposte
24. PAL – Linea 1.3.4.7 Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata: Applicare strumenti uniformi e validati per la valutazione del bisogno assistenziale e migliorare l'implementazione dei dati su SISR	Introduzione della scheda di valutazione ValGraf per i pazienti anziani presi in carico con progetto personalizzato definito dai servizi distrettuali e implementazione dei dati raccolti su sistema informativo L'obiettivo riguarda solo i nuovi pazienti over 65 presi in carico con PAI a partire dal 12/03/2012: nel sistema informativo dovranno essere registrati sia il codice diagnosi ICD -9 CM che la valutazione ValGraf	Tutto il personale S.C. Tutela Salute Adulti Anziani	A partire dal 12.03.2012 per tutti i nuovi pazienti over 65 anni presi in carico con PAI dovranno essere registrati sia il codice diagnosi ICD -9 CM che la valutazione ValGraf
25. PAL – Linea 1.3.4.7 Sviluppo e applicazione	Introduzione della scheda di valutazione ValGraf per i pazienti anziani presi in carico con progetto perso-	Tutto il personale S.S.D. Riabilitazione	A partire dal 12.03.2012 per tutti i nuovi pazienti over 65 anni presi in carico con PRI dovranno essere registrati sia il

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata: Applicare strumenti uniformi e validati per la valutazione del bisogno assistenziale e migliorare l'implementazione dei dati su SISR	nalizzato definito dai servizi distrettuali e implementazione dei dati raccolti su sistema informativo L'obiettivo riguarda solo i nuovi pazienti over 65 presi in carico con PRI a partire dal 12/03/2012: nel sistema informativo dovranno essere registrati sia il codice diagnosi ICD - 9 CM che la valutazione ValGraf		codice diagnosi ICD -9 CM che la valutazione ValGraf
26. Sicurezza e governo clinico - sicurezza delle cure Linea 1.3.3.3	Adozione di procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezioni correlate all'assistenza attraverso la corretta igiene delle mani	SS Dipartimentale di Riabilitazione	Entro 31/12/2012 tutti gli operatori formati.
27. Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata - Prosecuzione del progetto "Sviluppo e applicazione degli strumenti di valutazione basati su ICF" Linea 1.3.4.7 Prosecuzione dello sviluppo ed	27.1 Individuazione di 4 casi. 27.2 Valutazione secondo la metodologia di valutazione e progettazione personalizzata basate su ICF dei 4 casi 27.3 Raccolta del consenso informato per inserimento dei dati nel "fascicolo biopsicosociale elettronico" dei casi nello specifico sistema informativo prototipale sviluppato dal Centro Collaboratore	Dirigenti SS Dipartimentale di Riabilitazione	27.1 e 2 individuazione e valutazione di 4 casi di cui: -2 casi già valutati nel 2011 -2 casi non ancora valutati con gli strumenti basati su ICF. 27.3 Per tutti i pazienti è stato raccolto il consenso al trattamento dei dati sensibili in formato elettronico Entro 31/12/2012 <i>Nella individuazione dei nuovi casi vanno</i>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
implementazione delle metodologie uniformi di valutazione e progettazione personalizzata basate su ICF	OMS.		<i>privilegiati i minori, quelli che beneficiano del Fondo per l'autonomia possibile e/o del Fondo finalizzato al sostegno a domicilio di persone in situazioni di bisogno assistenziale a elevatissima intensità (fondo gravissimi) e persone con gravi cerebro lesioni acquisite.</i>
<p>28. In continuità con le azioni avviate negli anni precedenti, implementare gli interventi e strumenti volti a migliorare/consolidare la capacità di governo dell'assistenza nei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti, con riferimento alle convenzioni stipulate con i servizi residenziali e semiresidenziali (PAL Linea 1.3.4.6)</p>	<p>28.1 Esame delle convenzioni con i servizi semiresidenziali e residenziali per anziani, al fine di verificare che nel testo delle stesse sia previsto che il rimborso degli oneri sanitari e della quota per l'abbattimento delle rette di accoglienza siano vincolati al soddisfacimento del debito informativo minimo richiesto dalla Regione (art. 19 del DPR n. 0333/Pres. del 2008) e alla valutazione del bisogno degli utenti accolti secondo le modalità e la tempistica previste dalla DGR 2147/07 e successive modifiche ed integrazioni (sistema di VMD Val.Graf.-FVG).</p> <p>28.2 Predisposizione di atto aggiuntivo</p>	<p>Responsabile di Distretto P.O. Gestione servizi amministrativi</p>	<p>28.1,2 Presenza di atto aggiuntivo per le convenzioni sottoscritte in atto e/o presenza dell'articolo per le nuove convenzioni, che vincola il rimborso degli oneri sanitari e della quota per l'abbattimento delle rette di accoglienza al soddisfacimento del debito informativo minimo richiesto dalla Regione (art. 19 del DPR n. 0333/Pres. del 2008) e alla valutazione del bisogno degli utenti accolti secondo le modalità e la tempistica previste dalla DGR n. 2147/07 e successive modifiche ed integrazioni (sistema di VMD Val.Graf.-FVG), nel 100% dei testi delle convenzioni sottoscritte con le strutture eroganti servizi semiresidenziali e residenziali per anziani</p> <p>31.12.2012</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>per le convenzioni in atto e/o inserimento dell'articolo per le nuove convenzioni, che vincola il rimborso degli oneri sanitari e della quota per l'abbattimento delle rette di accoglienza al soddisfacimento del debito informativo minimo richiesto dalla Regione (art. 19 del DPRReg. 0333/Pres. del 2008) e alla valutazione del bisogno degli utenti accolti secondo le modalità e la tempistica previste dalla DGR n. 2147/07 e successive modifiche ed integrazioni (sistema di VMD Val.Graf.-FVG).</p>		
<p>29. Ridurre il numero di posizioni anagrafiche sanitarie errate e/o le registrazioni improprie.</p>	<p>29.1 Rilievo delle posizioni anagrafiche sanitarie errate e/o delle registrazioni improprie per gli utenti che si presentano agli sportelli del Distretto 4 e per tutti coloro per i quali vengono rilevati degli errori di registrazione, ivi compresi i c.d. cancellati "per irreperibilità anagrafica".</p> <p>29.2 Comunicazione all'ufficio S.I.A. della S.C. Sistema Informativo delle</p>	<p>Tutto il personale amministrativo e Ufficio Convenzioni Internazionali</p>	<p>29.1,2 Presenza delle segnalazioni inviate all'ufficio S.I.A della S.C. Sistema Informativo (fonte: copia segnalazioni inviate al SCSI) di tutte le registrazioni scorrette riscontrate e/o dei nominativi che rientrano nell'elenco dei "cancellati per irreperibilità anagrafica" 31.12.2012</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	registrazioni scorrette riscontrate e/o dei nominativi di coloro che rientrano nell'elenco dei c.d. cancellati "per irreperibilità anagrafica".		
30. Condivisione tra i Distretti e consolidamento dei percorsi operativi amministrativi al fine di migliorare il servizio rivolto all'utenza	<p>30.1 Elaborazione della proposta di progetto formativo dedicato al personale amministrativo</p> <p>30.2 Attuazione del progetto formativo</p>	Tutto il personale amministrativo	<p>30.1 progetto formativo entro il 31.05.2012</p> <p>30.2 Almeno il 70% del personale amministrativo è formato entro il 31.12.2012</p>
31. Attuazione delle procedure amministrativo/contabili relative alla Mobilità Internazionale attiva/passiva come da indicazioni regionali e del Ministero della Salute	<p>31.1 Applicazione della metodologia e rispetto delle scadenze temporali indicate dalla Direzione regionale della Sanità relativamente all'informatizzazione di tutte le pratiche di recupero crediti al costo ed a forfait ai Paesi UE (programma SIASI) anno 2011</p> <p>31.2 Verifica e controllo nel rispetto delle scadenze temporali indicate dalla Regione e dal Ministero delle pratiche informatizzate di</p>	Ufficio Convenzioni Internazionali	<p>31.1 Informatizzazione del 100% delle pratiche al costo anno 2011 e forfait anno 2010 Entro 31.12.2012</p> <p>31.2 Inoltre alla DRS entro 90 gg. dalla ricezione tramite programma ASPE del 100% delle fatture pervenute</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	assunzione/reiezione dei debiti verso i Paesi UE (programmi ASPE UE, ASPE C)		
32. Verificare costi e qualità del servizio effettuato con ambulanze nel 2012 per il trasporto di soggetti dializzati	<p>32.1 raccogliere ed esaminare i dati relativi al numero di prestazioni ed la spesa sostenuta;</p> <p>32.2 valutare con le caposala la qualità del servizio effettuato</p> <p>32.3 verificare con i soggetti che fruiscono di tale servizio , mediante interviste telefoniche , il grado di soddisfazione o le eventuali carenze.</p>	Ass.soc.dott.ssa Gianna Fedola	<p>Al 30/6/12 relazione I° semestre (descrizione n. prestazioni /spesa/qualità del servizio)</p> <p>Al 31/12/12 Relazione finale.</p>
33. Effettuare verifiche sulle condizioni di vita dei soggetti che hanno iniziato il trattamento dialitico nell'anno 2009 (n.68 soggetti) allo scopo di individuare ed intervenire su eventuali	<p>Aggiornare e riesaminare la situazione familiare/sociale/ambientale di tali soggetti</p> <p>Concordare e predisporre interventi volti a prevenire ed affrontare situazioni di disagio,di isolamento e</p>	Ass.soc. dott.ssa Gianna Fedola	Al 31/12/12 verifica di tutti i casi (tot. n.68) che hanno iniziato il trattamento dialitico nel 2009

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
problematiche legate alla riduzione dell'autonomia, a difficoltà nelle attività sociali, lavorative, economiche ecc.	rischio di istituzionalizzazione		

Dipartimento di Salute Mentale

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
Miglioramento della capacità di presa in carico condivisa attraverso l'integrazione di responsabilità e di risorse			
<p>1. Definizione e attuazione di modalità di comunicazione, collaborazione e integrazione e formazione tra i Servizi di Salute Mentale e i MMG, PLS, Medici di Continuità Assistenziale (PAL 2012, Linea n. 1.3.4.4)</p>	<p>1.1. Prosecuzione del progetto sperimentale "Qualcosa non va?" / Presidi Distrettuali.</p> <p>1.2. Attivazione del Presidio Distrettuale di Salute Mentale per disturbi "stress-correlati": prima valutazione ed eventuale trattamento.</p> <p>1.3. Rafforzamento dell'attività di consulenza nell'ambito del Presidio Distrettuale di Salute Mentale attivato presso il Centro Sociale Oncologico.</p> <p>1.4. Sperimentazione di modalità di comunicazione scritta DSM - MMG al fine di rendere noto al MMG che quel paziente è in contatto col CSM.</p>	<p>Coordinamento DSM Pascolo Fabrici E. Bavdaž B.</p> <p>Tutto il personale del PDSM del progetto "Qualcosa è cambiato" Clinica Psichiatrica Universitaria</p> <p>Cariello E.</p>	<p>1.1,2,3</p> <p>Predisporre un report annuale di presentazione dell'attività 2012 del progetto sperimentale "Qualcosa non va?" / Presidio Distrettuale di Salute Mentale.</p> <p>1.4.1</p> <p>Nel 2° semestre 100% delle persone a seguito della prima valutazione nel Presidio Distrettuale di Salute Mentale e/o del primo contatto con il CSM , ricevono una comunicazione scritta destinata al MMG</p> <p>1.4.2</p> <p>100% delle persone ad alta priorità sono segnalate al MMG dal servizio di salute mentale.</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
	<p>1.5. Realizzazione di percorsi formativi congiunti condivisi con i PLS - MMG (a livello distrettuale e di Area Vasta, coinvolgendo i responsabili distrettuali e dipartimentali)</p>		<p>1.5. Almeno un percorso formativo realizzato su "Il ruolo delle cure primarie nell' esordio psicotico. Screening, trattamento, integrazione nell'ottica di un sistema di salute". 31/12/2012</p>
<p>2. Miglioramento dei percorsi di cura orientati alla ripresa/recovery, e consolidamento dei processi di integrazione tra Servizi di Salute Mentale, servizi di NPI territoriali e ospedalieri, PLS, MMG, Servizi Sociali, Distretti sanitari, anche con l'eventuale apporto di associazionismo e stakeholder (PAL 2012, Linea n. 1.3.4.4)</p>	<p>2.1. "Qualcosa è cambiato?" Miglioramento dei percorsi di recovery.</p> <p>2.2. "Qualcosa è cambiato?" Prosecuzione dell'utilizzo di procedure integrate intra aziendali per il riconoscimento precoce e la presa in carico dei casi a rischio o conclamati.</p> <p>2.3.</p>	<p>2.1,2. Coordinamento DSM S. Rauber CSM Barcola Rausa A. CSM Maddalena Berna G. CSM Domio Rauber S. CSM Gambini Butti G. SAR Ridente P. SPDC Signorelli A. Direzione DSM</p> <p>2.3. Tutto il personale dei 4</p>	<p>2.1. Mappa delle risorse riabilitative per i giovani per la messa in rete di attività risocializzanti ed espressive, formazione lavoro, educativa di strada etc... e costruzione di un percorso abilitativo e di formazione socioculturale</p> <p>2.2. Produzione di un report analitico sull'attività 2012 del gruppo funzionale e sulle persone prese in carico con particolare attenzione a percorsi integrati con i PLS - MMG, con i servizi distrettuali e alle procedure di raccordo con l'IRCCS Burlo Garofalo,</p> <p>2.3. n.1 studio di esito</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
	Produzione di uno studio di esito sulle persone in carico e sua presentazione alla Direzione del DSM con particolare attenzione all'analisi delle schede di presa in carico congiunta e alla durata della DUP (Duration of Untreated Psychosis) e/o della DUI (Duration of Untreated Illness).	CSM e del SPDC Barnafi S. Battiston C. Bavdaž B. Calligaris D. Giust T. Germano C. Goffredo M. Lonigro G. Mörtl E.	31/12/2012
3. Promozione di processi di inclusione sociale, protagonismo e partecipazione attiva nelle persone che vivono l'esperienza del disagio psichico attraverso la costruzione ed il rafforzamento di collaborazioni con l'associazionismo.	3.1 Incontri mensili delle persone coinvolte nelle attività di promozione del protagonismo per contribuire alla riduzione dello stigma nei confronti delle persone con disturbo psichico. 3.2 Organizzazione del 3° convegno nazionale della rete delle persone con disagio psichico "Impazzire si può".	Coordinamento DSM Davì R. Personale DSM Chiarappa N. Gabrielli G. Karavalaki I. Marin I. Rondi M.	3. Realizzato il 3° convegno nazionale della rete delle persone con disagio psichico "Impazzire si può". 31/12/2012
4. Consolidare la rete regionale di risposta ai Disturbi del Comportamento Alimentare (primo, secondo, terzo livello).	1. Prosecuzione della presa in carico congiunta delle persone con problemi di DCA con il personale referente individuato nelle SC del DSM.	Coordinamento DSM Cannata G. Referenti CSM e SAR Angeletti A. Barberio A.	1. Almeno 12 persone prese in carico con il personale individuato nelle SC del DSM.

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
(PAL 2012, Linea n. 1.3.4.4)	<p>2. Sviluppo dell'interazione diretta con i PLS - MMG e con i servizi distrettuali e/o ospedalieri nella presa in carico congiunta delle persone con problemi di DCA.</p> <p>3. In collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione partecipazione ai percorsi formativi per docenti scuola secondaria I e II grado relativi alla prevenzione dei DCA.</p> <p>4. Partecipazione ai tavoli tecnici promossi dalla Regione sui DCA. Produzione di un report sull'attività del servizio per DCA con particolare attenzione ai percorsi integrati con i PLS - MMG ed i servizi distrettuali.</p>	<p>Delgaiso S. Domenighini S. Mariano L. Olivo E. Peressutti P. Ridente P. Riolo A. Stanic S. Zolli P.</p>	<p>2. Almeno 10 persone prese in carico con i PLS - MMG, i Centri Diabetologico distrettuali, i servizi distrettuali e le équipes dell'IRCCS Burlo Garofalo e dell'AOU Ospedali Riuniti.</p> <p>3. Risposta affermativa al 100% delle richieste di formazione per docenti scuola secondaria I e II grado relative alla prevenzione dei DCA.</p> <p>4. 1 report sull'attività 2012 e presentazione alla Direzione del DSM.</p> <p>31/12/2012</p>
<p>5. Continuare a strutturare programmi di reinserimento delle persone detenute in OPG e ridefinire gli obiettivi e le modalità operative del servizio di salute mentale in carcere.</p>	<p>1. Evitare l'invio in OPG attraverso l'intervento del DSM in carcere</p> <p>2. Sostenere l'attività dei servizi di salute mentale in carcere utilizzando al bisogno le strutture di accoglienza del DSM.</p> <p>3.</p>	<p>Coordinamento DSM A. Oretti CSM Barcola F. Santoro CSM Maddalena B. Capodieci CSM Domio M. Carmignani</p>	<p>1,2. 100% delle persone, detenute e carcerate, che sono segnalate o facciano richieste di una visita psichiatrica, sono valutate.</p> <p>3.</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
(PAL 2012, Linea n. 1.3.4.4)	<p>Predisporre progetti individuali alternativi per persone detenute, con disturbo psichico che rischiano l'invio in OPG, e progetti condivisi con i Comuni attraverso lo strumento FAP.</p> <p>4. Produzione di un report sull'attività del 2011 in carcere e presentazione alla Direzione del DSM.</p> <p>5. Prosecuzione del percorso di formazione sul campo rivolta al personale referente individuato nelle SC del DSM.</p> <p>6. In relazione alla chiusura degli OPG, partecipazione ai lavori dei tavoli tecnici promossi dalla Regione per la messa a punto di procedure condivise.</p>	<p>CSM Gambini S. Stanic Personale referente DSM Babich D., Barberio A., Barnabà M., Bertocchi D., Buzzoni, N., Buzzurro G., Calligaris D., Cella L., Clarot A., Depaulis G. Frattini L., Marcellini M. Marcocci B., Michicich A. Mörtl E., Muggia I. Olivo E., Peressutti P. Riolo. A., Rondi M. Ruzzier P., Sau. R. Tensi L., Zolli. P., PO Fasci</p>	<p>100% delle persone che a seguito della valutazione sono considerate a rischio sono soggetti di programmi terapeutico riabilitativi individuali attivati(eventuale FAP). 4,5,6. Produzione di un report sull'attività in carcere e rispetto all'OPG nel 2011 e presentazione al DSM.</p> <p>31/12/2012</p>
<p>6. Implementare l'attività di inserimento lavorativo e di inclusione sociale di persone svantaggiate anche con sostegno alla cooperazione sociale B. (PAL 2012, Linea n. 1.3.4.4)</p>	<p>1.1 Realizzare incontri trimestrali assembleari con le persone partecipanti ai percorsi di formazione e d'inserimento lavorativo. Realizzare incontri mensili con referenti DSM e con la partecipazione dei diversi soggetti del privato sociale e degli enti che promuovono l'inserimento lavorativo delle</p>	<p>Coordinamento DSM Ridente P. Dell'Acqua G. Direzione DSM Bracco R. Brugnera P. Cecchini P. Referenti del SAR e dei</p>	<p>1. Almeno 4 incontri assembleari con borsisti e 12 mensili con referenti SC DSM e partner privato sociale.</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
	<p>persone svantaggiate.</p> <p>1.2 Sensibilizzare e informare la cittadinanza e le istituzioni sulla tematica dell'inserimento lavorativo</p> <p>2. Organizzare momenti formativi rivolti al personale dipartimentale ed ai partner dei programmi di inserimento lavorativo e formazione. Incontri periodici con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - soggetti del privato sociale - enti che promuovono l'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate per favorire la costruzione di percorsi comuni finalizzati all'inclusione lavorativa e sociale. 	<p>CSM Colapietro R. Battiston C., Calamita T. Cernecca E., Chiarandà C., Gabrielli G., Norbedo A., Lusina A., Rossi M. Strain A., PO Fasci</p>	<p>1.2.1 Almeno 2 incontri con rappresentanti degli enti locali e l'assemblea dei borsisti</p> <p>1.2.2. Pubblicazione a carattere bimestrale del Foglio "Lavoro in corso".</p> <p>2. Almeno 3 eventi formativi</p> <p>31/12/2012</p>
<p>7. Implementare l'attività di inclusione sociale di persone svantaggiate con modalità di integrazione socio sanitaria (FAP Art 8, Progetto Personalizzato e Budget Individuale di Salute) e</p>	<p>7.1. Investimento delle risorse destinate alla residenzialità verso progetti personalizzati di abitare assistito in piccoli nuclei di convivenza per persone attualmente accolte nelle strutture terapeutico abilitative a media intensità assistenziale (14 ore).</p>	<p>Coordinamento DSM Ridente P. Mezzina R. SAR Furlan M. Marin I. Stavro A. Visentin L.</p>	<p>7.1 11 persone transitano dalle strutture residenziali terapeutico riabilitative Rosa Luxemburg ed ex Q verso progetti personalizzati di abitare assistito in piccoli nuclei di convivenza sostenuti con la metodologia del Budget Individuale</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
<p>qualificare ulteriormente la rendicontazione delle risorse investite. (PAL 2012, Linea n. 1.3.4.4)</p>	<p>7.2. Investimento delle risorse destinate alla residenzialità verso progetti personalizzati di abitare assistito nella propria casa per persone attualmente accolte nelle strutture terapeutico abilitative ad alta intensità assistenziale (24 ore).</p> <p>7.3 Report sull'utilizzo della metodologia Budget Individuale di Salute per il transito dalle strutture residenziali a nuclei di convivenza o al proprio domicilio attraverso la metodologia del Budget di Salute, con particolare attenzione agli aspetti contabili amministrativi.</p> <p>7.4 Gruppo di lavoro dipartimentale designato</p> <p>7.5 Valutazione del data entry utilizzato dal DSM dell'ASS 4 Medio Friuli per la gestione dei Budget Individuali di Salute.</p> <p>7.6 Ridefinizione funzionalità e adattamento alle necessità del DSM dell'ASS 1 Triestina riferite in particolare a:</p>	<p>CSM Cella L. Chiarappa N. Petrincich M. Samar D. Pasquazzo G. Frattini L. Coordinamento DSM Ridente P. SAR Furlan M. Marin I. Visentin L. Direzione DSM Bracco R. CSM Babici F., Depaulis G.</p>	<p>di Salute. 7.2 1 persona attualmente accolta in una struttura terapeutico abilitativa ad alta intensità è inserita al proprio domicilio attraverso l'attivazione di un Budget Individuali di Salute a bassa intensità progettato di concerto con l'Ente Locale (Fondo Autonomia Possibile). 7.3 Report inviato alla Direzione DSM</p> <p>7.4,5,6,7 Definizione concertata con la software house delle modifiche richieste e integrazione delle informazioni relative agli anni precedenti nel nuovo software.</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
	<ul style="list-style-type: none"> - resoconto delle attività - rendicontazione finanziaria. 7.7 Messa a punto di procedure di integrazione all'interno del nuovo software dei database BIdS degli anni precedenti.		31/12/2012
8. Migliorare le modalità di presa in carico nell'equipe multidisciplinare per le persone con bisogni complessi che si rivolgono ai servizi di salute mentale.	1. Migliorare la funzione e il processo assistenziale di cura a livello dipartimentale organizzando momenti di riflessione dei tutor aziendali (Distretti, DSM e DdD) con il coordinamento dei dirigenti infermieristici sul processo avviato nel corso del 2011; 2. Approfondire la riflessione critica in tema di presa in carico; 3. Implementare ed estendere la formazione specifica in tema di accoglienza, presa in carico, case management e salute mentale formazione sul campo mirata all'approfondimento e consolidamento delle competenze dei case managers individuati nei servizi DSM (rafforzamento di ruolo e funzione);	Coordinamento DSM Bicego L. Evaristo P. PO DSM Fasci A. Coordinatori R. Bracco N. Semeria	1,2. Almeno 1 percorso formativo in più edizioni, di respiro aziendale, in tema di presa in carico, etica e determinanti di salute 3. Almeno 1 percorso formativo dipartimentale in più edizioni finalizzato a migliorare: <ul style="list-style-type: none"> - modalità operative specifiche (uso degli strumenti di valutazione, processo di individuazione degli obiettivi, indicatori, valutazione continua e verifica di esiti e risultati, concetto di processo e misurabilità)

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
	<p>4. Monitorare l'applicazione della presa in carico delle persone con bisogni complessi</p> <p>5. Promuovere e supportare gli operatori nella presa in carico delle situazioni ad alta complessità.</p> <p>6. Aumentare integrazione, collaborazione, condivisione del processo e delle pratiche a livello dipartimentale.</p>	<p>Coordinatori P. Ceppi M. Schilirò C. Brandolin S. Del Gaiso D. Babich A. Norbedo Personale dei CSM secondo il progetto</p>	<p>- scheda predisposta per il Piano di Cura Individuale messa a punto dal gruppo di lavoro DSM nel 2011. 31/12/2012 4,5,6. Relazione su un campione di almeno 80 Piani di Cura Individuali (20 per CSM) presi in carico secondo il protocollo condiviso e produzione di un report descrittivo di valutazione del processo di presa carico. 31/12/12</p>
<p>9. Continuità terapeutica. Implementazione prevenzione secondaria e terziaria nelle situazioni che presentano criticità</p>	<p>1. Consolidare il lavoro organizzato in sottoequipe territoriali per la continuità terapeutica e il lavoro di rete.</p> <p>2. Identificare i referenti dei sottogruppi e delle relative funzioni.</p> <p>3. Riflessione partecipata sul lavoro nelle sottoequipe dei CSM con l'individuazione dei punti di forza e di debolezza,</p>	<p>Coordinamento DSM Bicego L. Borghini P. CSM Barcola Mezzina R. CSM Maddalena Impagnatiello M. CSM Domio Evaristo P. CSM via Gambini Pascolo Fabrici E.</p>	<p>1,2,3,4. Revisione di almeno il 90% programmi terapeutico riabilitativi scritti a cura dell'operatore case-manager per ogni sottoequipe sottoterritoriale e report finale sull'attività svolta. 31/10/2012</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
	<p>4. Aggiornare elenchi dei programmi terapeutico riabilitativi assegnati per case manager nell'ambito di ogni sotto-equipe territoriale (infermiere, tecnico della riabilitazione, assistente sociale) e individuazione del relativo operatore di supporto (OSS) ove presente.</p> <p>5. Definire il carico di lavoro dedicato in termini di time-budget per le persone seguite da ciascun operatore e sottogruppo</p> <p>6. Il personale dei diversi CSM partecipa a: scambio di visite, giornate di osservazione interattiva, riunioni di verifica decentrate nei servizi.</p> <p>7. Organizzare attività formativa relativa al Trattamento Assertivo di Comunità / ACT (con ASS n. 2).</p> <p>8. Analisi del lavoro del DSM sulle questioni di genere.</p> <p>9. Analisi del lavoro territoriale di presa in</p>	<p>Coordinatori infermieristici P. Ceppi M. Schilirò C. Brandolin S. Del Gaiso Personale dei CSM</p> <p>Coordinamento DSM Tacca L.</p> <p>Coordinamento DSM Barberio A.</p>	<p>5,6. Report sugli esiti delle attività tra pari per la messa in rete delle modalità di attuazione del lavoro di presa in carico in sottogruppo territoriali. 31/12/2012</p> <p>7. 1 corso su ACT organizzato (con ASS n.2) 31/12/2012</p> <p>8. 1 Bilancio sociale di genere relativo all'attività 2011 31/12/2012</p> <p>9. 1 Report di attività</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
	carico integrata delle persone con disturbo psichico e concomitante abuso di sostanze.		31/12/2012
10. Miglioramento dei programmi rivolti alle famiglie	<p>1. Famiglie all'esordio. Un corso ogni 6 mesi rivolto ai familiari dei giovani all'esordio.</p> <p>2. Famiglie ad alto carico 2 moduli di dieci incontri nel 2012 Almeno quattro famiglie per SC tra quelle individuate ad alto carico.</p> <p>3. Famiglie e servizi Un incontro a cadenza quindicinale con i familiari ad alto carico carico, con il personale del CSM 5.</p> <p>4. Valutazione del carico familiare Studio di fattibilità relativo all'utilizzo di uno e più strumenti di valutazione del carico</p> <p>5. Associazionismo dei familiari Sostegno all'AFASOP da parte di 1 - 2 referenti individuati tra il personale del DSM.</p> <p>6. Associazionismo e servizi di salute mentale Collaborazione con l'AFASOP per</p>	<p>Coordinamento DSM Borghi C. Capodieci B. Karavalaki I.</p> <p>Personale dei CSM referente Bonin S. Bronzin L. Calligaris D. Campobasso R. Cariello E. Chiarandà C. Crapanzano F. Farneti C. Fasci A. Frattoni L. Impagnatiello M. Landucci S. Lusina A. Mazzoni A. Pasquazzo G. Pinto P. Rausa A. Sartorio E. Sindici C.</p>	<p>1. 2 corsi</p> <p>2. 2 moduli di dieci incontri nel 2012 Almeno quattro famiglie per SC tra quelle individuate ad alto carico.</p> <p>3. Un incontro a cadenza quindicinale con i familiari ad alto carico carico, con il personale del CSM 5.</p> <p>4. Studio di fattibilità relativo all'utilizzo di uno e più strumenti di valutazione del carico 5,6 . Almeno una conferenza organizzata offrendo collaborazione all'AFASOP</p> <p>7. 1 Report di attività</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
	<p>predisporre 1 - 2 conferenze su tematiche legate alla salute mentale e rivolte ai familiari del DSM..</p>		
<p>11. Miglioramento della qualità delle cure mediche per le persone con grave disturbo psichico e rilevanti patologie organiche / bisogni complessi (riedizione progetto MMG "Tutor di salute")</p>	<p>1. Riconoscimento della coorte da parte DSM e individuazione del personale referente del progetto nelle SC</p> <p>2. Incontri dedicati CSM / MMG / Distretto</p> <p>3. Formulazione di programmi individuali e percorsi congiunti per la prevenzione medico-clinica e la promozione della salute congiunti tra DSM / MMG / Distretti per persone con bisogni complessi</p> <p>4. Coinvolgere l'interfaccia ospedaliera a livello 118 - DSM - Strutture dell'AOUTS (psichiatria di consultazione, sostegno e supporto alle cure ospedaliere)</p> <p>5. Interventi congiunti coi MMG, i Distretti, le strutture dell'AOUTS</p> <p>6. Valutazione dei fattori di rischio nelle Persone con Bisogni Complessi</p>	<p>Coordinamento DSM Impagnatiello M. Pascolo Fabrici E. Michicich A. Riolo A. Personale del DSM</p>	<p>Almeno 120 persone hanno un programma individuale integrato con presa in carico congiunta tra DSM, Distretti e MMG. Gruppo di lavoro attivato 31/12/2012</p>
	7.	Personale Clinica	7.

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
	<p>Consulenze psichiatriche presso AOU OR, pervenute alla CPU, in collegamento con l'attività di Distretto e di CSM, svolte in particolare per persone ricoverate per patologie organiche, che sviluppano reattivamente disturbi psichiatrici della sfera affettiva e altro.</p>	<p>Psichiatrica Universitaria e del SPDC</p>	<p>Rispondere al 100% delle richieste di consulenza in ospedale</p> <p>31/12/2012</p>
<p>12. "Prevenzione e salute" Progetto sperimentale nel CSM Maddalena a favore delle Persone ad Alto Carico</p>	<p>1. Informare e sensibilizzare le Persone ad Alto Carico rispetto ai comportamenti a rischio attraverso la partecipazione ad incontri finalizzati all'informazione e alla sensibilizzazione verso comportamenti a rischio e alla prevenzione di patologie che influiscono sulla qualità della vita, oltre che su morbilità e mortalità. Ogni incontro è rivolto a due target: - alle Persone ad Alto Carico. - al personale del CSM per sensibilizzare sulle problematiche di salute che riducono la qualità e l'aspettativa di vita dell'utenza</p> <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</p>	<p>Coordinamento DSM Impagnatiello M. Zolli P. Domenighini S. Personale del CSM Maddalena</p>	<p>1. - 2. Nel CSM Maddalena viene realizzato un ciclo di incontri (oltre 10) dedicati ad argomenti di rilevanza sanitaria tenuti da colleghi dei servizi distrettuali e/o dai MMG.</p> <p>3. Almeno 10 (Diversi da ob.11) percorsi migliorativi e facilitanti la prevenzione e la cura a seguito degli incontri specifici con i formatori.</p> <p>31/12/2012</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
	l'accesso alle cure anche individuando modalità specifiche di segnalazione della problematica e di invio.		
<p>13.</p> <p>Attualizzare e migliorare il lavoro integrato dell'SPDC con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pronto Soccorso dell'AOU Ospedali Riuniti di Trieste - DSM dell'ASS 2 	<p>1.</p> <p>Sperimentazione del protocollo ASS 1 - AOU OR</p> <p>2.</p> <p>Partecipazione al tavolo congiunto di confronto con AOU OR</p> <p>3.</p> <p>Continuare la gestione congiunta dei ricoveri con le modalità del TSO per le persone in carico ai servizi di salute mentale dell'ASS 2.</p>	<p>Coordinamento DSM</p> <p>Signorelli A.</p> <p>Bicego L.</p> <p>Personale SPDC</p> <p>Dirigenti DSM</p>	<p>1,2.</p> <p>Analisi dettagliata della casistica, dei problemi operativi ed eventuale documento di proposte migliorative per la revisione del protocollo.</p> <p>3.</p> <p>Analisi dettagliata del quadro clinico delle persone gestite congiuntamente tra il SPDC dell'ASS 1 ed il DSM dell'ASS 2 e ed eventuale documento di proposte migliorative.</p> <p>31/12/2012</p>
<p>14.</p> <p>Contrasto a forme di istituzionalizzazione e di contenzione</p>	<p>1.</p> <p>Continuazione dell'attività rivolta alle persone che invecchiano, ospiti nelle case di riposo polifunzionali, afferenti al Distretto 1 e 2.</p> <p>2.</p> <p>Attività di counseling distrettuale su richiesta del CDDD</p> <p>3</p> <p>Prosecuzione dell'attività di formazione con almeno 1 evento formativo.</p> <p>4</p>	<p>1,2.</p> <p>Coordinamento DSM</p> <p>Baldi C.</p> <p>Semeria N. (D1)</p> <p>3.</p> <p>PO Fasci</p> <p>4</p>	<p>1.</p> <p>Report di monitoraggio e mappatura delle residenze polifunzionali del distretto 1 e 2</p> <p>2.</p> <p>Risposta alle richieste da parte dei CDDD</p> <p>3.</p> <p>Almeno 1 evento formativo</p> <p>4,5.</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
	<p>Costituzione ed incontri mensili del gruppo funzionale rivolto alle persone avanti negli anni e/o con decadimento cognitivo.</p> <p>5</p> <p>Partecipazione al gruppo di lavoro "Per un uso razionale degli psicofarmaci"</p>	<p>Personale DSM</p> <p>Carmignani M. (D3)</p> <p>Di Gennaro L. (D4)</p> <p>5</p> <p>Rferente gruppo dipartimentale del comparto</p> <p>Bicego L.</p>	<p>Contributo alla stesura delle Linee Guida per l'utilizzo degli Anticolinesterasici nell'ambito del gruppo di lavoro "Per un uso razionale degli psicofarmaci"</p> <p>31/12/2012</p>
<p>15.</p> <p>Per un uso razionale degli psicofarmaci.</p> <p>Discussione delle "Raccomandazioni 2010" revisione del prontuario.</p>	<p>1.</p> <p>Partecipazione agli incontri mensili del gruppo di lavoro di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rappresentanze degli utenti e dei familiari, - gruppo di lavoro funzionale rivolto alle persone avanti negli anni e/o con decadimento demenziale <p>2.</p> <p>Realizzare incontri di presentazione alle SC del DSM delle "Raccomandazioni 2010" sull'utilizzo degli psicofarmaci e le proposte aggiornate di revisione del Prontuario .</p> <p>3.</p> <p>Diffusione in collaborazione con la SCAF delle raccomandazioni ai MMG.</p> <p>Incontri di formazione ed informazione indipendente ai prescrittori per un impiego</p>	<p>Coordinamento DSM</p> <p>Bavdaž C.</p> <p>CSM Barcola</p> <p>F. Santoro</p> <p>CSM Maddalena</p> <p>V. Botter</p> <p>CSM Domio</p> <p>M. Carmignani</p> <p>CSM Gambini</p> <p>B. Bavdaž</p> <p>Tutto il personale referente dei 4 CSM, del SPDC e del SAR</p> <p>Bertocchi D.</p> <p>Bessio A.</p> <p>Bradassi S.</p>	<p>1,2.</p> <p>Stesura delle Linee Guida per l'utilizzo degli Anticolinesterasici e diffusione presso le SC del DSM (almeno 3 incontri organizzati in collaborazione con la SCAF).</p> <p>3.</p> <p>Presentazione delle "Raccomandazioni 2011" nelle attività formative programmate per i MMG.</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
	<p>sicuro degli psicofarmaci.</p> <p>4. Prosecuzione di eventi formativi rivolti al personale referente individuato nelle SC del DSM.</p> <p>5. Attività di raccolta dati relativa agli eventi sentinella, eventi avversi, effetti collaterali annotati nella Scheda Farmaci Unificata.</p> <p>6. Monitoraggio della spesa farmaceutica nelle SC in un'ottica di costo - economia</p>	<p>Gulic A. Lumbau F. Giorgi E. Marzano A. Moretto T. Speh D. Trevisan S. Cecchin P. Bracco R.</p>	<p>4. 1 evento formativo nel corso dell'anno su trattamento farmacologico e genere.</p> <p>5,6. Presentazione al DSM di un report riepilogativo del monitoraggio svolto.</p> <p>31/12/2012</p>
<p>16. Ulteriore qualificazione dell'attività di rilevazione dei dati d'attività del DSM</p>	<p>1. Report periodico dei volumi di attività del DSM</p> <p>2. Creazione di un gruppo di lavoro funzionale finalizzato all'omologazione delle modalità di rilevazione dei dati d'attività e della documentazione clinica</p> <p>3. Raccordo con il gruppo di lavoro aziendale previsto dal "Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente 2012".</p> <p>4. Attivazione presso il CSM via Gambini del rapporto informatizzato</p>	<p>Coordinamento DSM Mezzina R. Bicego L. Bracco R. Personale DSM Babich D. Babici F. Barnafi S. Carmi F. Cella L. Clementini M. Corsi E. Declich C. Depaulis G. Dolce L.</p>	<p>1. Almeno 2 report all'anno e discussione con tutte le SC</p> <p>3. Adeguamento della documentazione clinica a quanto richiesto dal gruppo di lavoro aziendale previsto dal "Piano annuale di promozione della sicurezza del paziente 2012"</p> <p>4,5. Tutti i CSM utilizzano il rapporto</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
	5. Trasferimento dal rapporto informatizzato ai file individuali delle note cliniche	Ermanis R. Landucci S. Norbedo A. Sanguanini L. Sindici C. Trevisan S.	informatizzato con un format omogeneo e generano file individuali stampati ed inseriti nella cartella personale. 31/12/2012
17. Qualificazione dell'attività di accoglienza dei volontari e tirocinanti	1. Garantire continuità nella collaborazione con l'associazionismo per l'accoglienza e l'orientamento del volontariato che opera in sinergia con i programmi dei servizi di salute mentale ed i bisogni dell'utenza. 2. Predisporre un regolamento operativo relativo alla tenuta delle foresterie 3. Produrre un report annuale presentato alla SO DSM e all'ASS 1 Triestina	Coordinamento DSM Prosdocimo C. Personale DSM C. Chiarandà D. Ferluga I. Karavalaki Coordinamento DSM Semeria N. Bicego L. PO Ferluga D. Personale DSM Chiarandà C. Calligaris D. Colapietro R. Ferluga D. Gabriella G. Karavalaki I. Speh D.	1. Attivazione di un punto di incontro per il coordinamento. Il gruppo funzionale presenta al DSM l'attività svolta 31/12/2012 2. Elaborazione del regolamento 31/05/2012 3. Report quadrimestrale sull'attività di accoglienza presentato alla Direzione del DSM e alla Direzione dell'ASS 1. 31/12/2012
18. Qualificare le articolazioni	1. Programmazione e monitoraggio delle	1 Coordinamento DSM	1. Piano di ripartizione del Budget

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
funzionali della Direzione DSM in sinergia con le SC DSM	<p>risorse investite nelle attività extra cliniche</p> <p>2 Realizzare incontri periodici con le assistenti sociali per la programmazione ed il monitoraggio delle risorse destinate agli Assegni di Integrazione Sociale.</p>	<p>Mezzina R. 2 Assistenti sociali DSM Bracco R., Cella L., Chiarappa N., Frattini L. Marin I., Pasquazzo G. Petrincich M., Samar D.</p>	<p>delle attività extracliniche alle SC del DSM</p> <p>2. Piano di ripartizione delle risorse destinate agli Assegni di Integrazione Sociale</p>
	<p>3. Rendere autonome le SC nella gestione degli atti amministrativi mediante incontri formativi/informativi rivolti al personale amministrativo delle SC da parte del gruppo funzionale Gestione Servizi Amministrativi Dipartimentali.</p>	<p>3 PO Ferluga D.</p>	<p>3. Decentramento amministrativo completato 31/12/2012</p>
	<p>4. Analisi organizzativa partecipata del lavoro dello staff di Direzione con particolare attenzione a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - incarichi e compiti individuali, - incarichi e compiti condivisi con il personale delle SC e dell'ASS - time budget in riferimento al lavoro organizzativo presso la Direzione e sul campo nelle SC del DSM <p>5. Definizione del time budget del Centro</p>	<p>Personale Direzione DSM</p>	<p>4. Analisi SWOT per la valutazione di eventuali correttivi organizzativi.</p> <p>5. Time budget 30/06/2011</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
	Collaboratore Organizzazione Mondiale Sanità		

Dipartimento Delle Dipendenze

Ufficio di staff, Centro Malattie Sessualmente Trasmesse ed obiettivi trasversali a tutte le SS. CC. e SS.SS. Dipartimentali

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso / Tempo
1. Implementazione del sistema informativo "SIND" attraverso l'adozione del sistema informatico regionale MFP (OBIETTIVO PAL linea 1.3.4.3)	1.1 Partecipare alla formazione specifica MFP promossa dall'Area Welfare dell'ASS 5 e dall'INSIEL	Balestra Roberta, Rosanna Purich, Giampaolo Gentilli, Cristina Stanic	1.1 Partecipazione del 90% del personale individuato ai due eventi formativi a carattere regionale (teorico e pratico). Entro 30/06/2012
	1.2. Assicurare le attività propedeutiche per la messa a regime del sistema informativo regionale delle dipendenze		1.2.1 Attribuzione a tutti gli operatori delle password di accesso al sistema MFP entro il 15/03/2012 1.2.2 Adeguamento del sistema MFP alla realtà locale con definizione delle unità organizzative e l'attualizzazione delle prestazioni entro il 31/03/2012
	1.3 Inserire nel sistema MFP le cartelle degli utenti tossicodipendenti presi in carico nel corso del 2011 dalla S.C. Dipendenza da Sostanze Illegali	Personale del comparto della S.C. Dipendenza da Sostanze Illegali Personale afferente alla SO DDD	1.3 Sistema implementato con i dati del 2011 entro il 31.03.2012
1.4 Definire le diagnosi e le sostanze d'abuso nel sistema MFP per gli utenti presi in carico nel corso del 2011 dalla S.C. Dipendenza da	Tutti i medici e gli psicologi della S.C. Dipendenza da Sostanze Illegali	1.4 Tutti gli utenti tossicodipendenti presi in carico nel corso del 2011 presentano la definizione diagnostica e l'evidenza delle sostanze d'abuso entro il 31.03.2012	

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso / Tempo
	Sostanze Illegali		
	1.5 Rispondere al debito informativo relativamente all'attività del 2011 secondo i parametri previsti dal Decreto MS dd 11/06/10	Roberta Balestra	1.5 Predisposizione e trasmissione al Ministero della documentazione informatica prevista dal manuale SIND entro il 15/04/2012
	1.6 Predisporre uno studio di fattibilità per l'adozione del sistema MFP presso il Centro Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) ed eventuale implementazione del sistema	Tutto il personale incardinato presso il centro MST	1.6 Presentazione di uno studio di fattibilità entro il 31/12/2012
2. Miglioramento dei percorsi integrati (area di integrazione sociosanitaria : dipendenze) relativamente all'inserimento lavorativo (OBIETTIVO PAL 1.3.4.8)	2.1 Implementare un percorso formativo con tutti i gli attori (istituzionali e non) che nella provincia di Trieste si occupano di reinserimento sociale e lavorativo e di politiche del lavoro	Tutte le assistenti sociali del DDD Zordan Giacinta Nordici Deborah Belviso Daniela Mattioli Paolo Rodani Maria Grazia	Organizzazione di un evento formativo per la condivisione delle attività strategiche da perseguire nel corso dell'anno 2012 destinato ad almeno 15 attori diversi che nel territorio provinciale si occupano di reinserimento sociale e lavorativo e di politiche del lavoro entro il 31/03/2012
	2.2 Implementare progetti terapeutico riabilitativi personalizzati con strumenti atti ad assicurare percorsi di inserimento socio lavorativo e formativo		Almeno 68 utenti inseriti in progetti personalizzati di reinserimento socio lavorativo e formativo entro il 31/12/2012
3. Realizzazione di	3.1 Garantire la prosecuzione del	Cinzia Celebre Deborah Nordici	3.1 Evidenza di una scheda di rilevazione delle

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso / Tempo
progettualità specifiche per la prevenzione e la riduzione dei rischi rivolte ai giovani	progetto UNPLUGGED con le attività già previste ed incontri di monitoraggio con gli insegnanti coinvolti nel progetto		attività didattiche proposte con report finale entro il 31/12/2012
(OBIETTIVI PAL 1.3.2.6 e 1.3.4.3)	3.2 Garantire la prosecuzione delle attività del progetto Overnight	Antonina Contino	3.2 Formalizzazione del Progetto Overnight 2012 entro il 30/04/2012 con report finale entro il 31/12/2012
4. Ottimizzazione della gestione delle risorse assegnate alle singole articolazioni organizzative del DDD	Predisporre strumenti atti alla programmazione ed al monitoraggio dell'impiego delle risorse assegnate alle singole articolazioni organizzative del DDD	Tutto il personale del comparto assegnato alla Direzione del DDD	Predisposizione di un report trimestrale suddiviso per S.S. con l'evidenza delle risorse impiegate e disponibili relativamente ai seguenti capitoli di spesa: <ul style="list-style-type: none"> ▪ comunità terapeutiche ▪ budget di salute ▪ borse di studio e di lavoro ▪ convenzioni con le associazioni di volontariato 4 report
5. Migliorare i percorsi diagnostici dell'utenza afferente al Centro per le Malattie Sessualmente Trasmesse	Predisporre istruzioni operative relativamente alle modalità di accoglienza, counselling e percorsi diagnostici	Tutto il personale incardinato presso il centro MST	Formalizzazione di almeno 3 istruzioni operative entro il 31/12/2012
6. Sviluppare attività territoriali di prevenzione nel settore delle malattie	Implementare progettualità specifiche di prevenzione primaria con partner istituzionali	Claudia Colli	Attivazione di un progetto di peer education con il coinvolgimento di almeno 15 studenti e 15 insegnanti degli Istituti Superiori di Trieste (Fabiani – Deledda) entro il 30/06/2012 con

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso / Tempo
sessualmente trasmesse	valorizzando la metodologia della peer education		report finale entro il 31/12/2012
7. Promozione della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro per i lavoratori appartenenti a categorie a rischio per uso di sostanza stupefacenti o psicotrope	Formazione del personale della struttura di medicina del lavoro sugli accertamenti di primo livello per lavoratori a rischio problematiche per uso di sostanze stupefacenti o psicotrope da parte dei medici e psicologi della struttura di algologia	Cristina Stanic	Tutto il personale della S.S. di medicina del lavoro è formato sul campo (check list di valutazione positiva)

Dipendenze da Sostanze Illegali

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso / Tempo
8. Miglioramento della presa in carico sanitaria relativamente ai percorsi terapeutici con farmaci agonisti	8.1 Favorire l'attualizzazione di competenze specifiche da parte del personale dedicato	Tutto il personale medico, infermieristico e di supporto afferente alla SCDSI Stanic Cristina	8.1 N. 2 progetti di FSC relativamente ai percorsi assistenziali (gestione della terapia agonista ed affidamento della terapia agonista) per almeno 25 medici e infermieri accreditati entro 30/09/12
	8.2 Formalizzazione delle procedure operative relativamente ai percorsi terapeutici con farmaci agonisti		8.2 N. 5 istruzioni operative formalizzate (gestione farmaco sostitutivo, gestione affidamento terapia, gestione registro stupefacenti, gestione del consenso informato e gestione eventi avversi) entro il 31/10/2012
	8.3 Verifica della corretta applicazione		8.3. verifica quindicinale della corretta applicazione

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso / Tempo
	delle istruzioni operative mediante controlli a campione sulla documentazione con le modalità e gli strumenti previsti dalle diverse istruzioni operative		delle istruzioni operative (dal 01/10/2012 al 31/12/2012)
9. Implementare una progettualità per la presa in carico specificatamente dedicata ad utenti giovani (16-25 anni)	9.1 Definire il gruppo target di riferimento e progettare una modalità innovativa di presa in carico con particolare riguardo agli strumenti terapeutici ed alle modalità di monitoraggio	Responsabili delle SS.SS. afferenti alla S:C: Dipendenza da Sostanze Illegali Roberta Balestra Cristina Stanic	9.1 Formalizzazione della progettualità entro il 30/09/2012
	9.2 Assicurare progetti personalizzati al gruppo target secondo le modalità operative definite	Responsabili delle SS.SS. afferenti alla S:C: Dipendenza da Sostanze Illegali Anna Lovadina Marta Rubiera Tanja Umari Annalisa Saba Ariadna Baez	9.2 Il 100% dell'utenza target viene presa in carico con le modalità definite (9.1) a partire dall'ultimo trimestre
	9.3 Monitorare e valutare il progetto	Responsabili delle SS.SS. afferenti alla S:C: Dipendenza da Sostanze Illegali Roberta Balestra	9.3 Report di monitoraggio e verifica entro il 31/12/2012

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso / Tempo
		Cristina Stanic	
10. Promuovere l'avvio dell'attività di distribuzione diretta della terapia agonista oppioide prescritta ad utenti tossicodipendenti dai Medici di Medicina Generale (MMG)	Effettuare uno studio di fattibilità operando un confronto con i rappresentanti dei MMG, la S.C. Servizio Farmaceutico e la Direzione Sanitaria	Roberta Balestra Gianni Conti	Presentazione alla Direzione Strategica di un progetto e del relativo piano organizzativo per l'avvio della distribuzione diretta della terapia agonista oppioide prescritta dai MMG Entro il 30/06/2012
11. Migliorare progetti ed attività specificatamente rivolte ai familiari degli utenti in carico	11.1 Strutturazione di risposte terapeutiche di gruppo dedicate ai genitori dell'utenza per affrontare le tematiche inerenti i rapporti familiari	Daniela Belviso Paolo Mattioli	Coinvolgimento nel gruppo di almeno 25 familiari entro il 31/12/12
	11.2 Implementare azioni sinergiche finalizzate all'integrazione operativa con le associazioni di volontariato per migliorare i programmi di supporto all'utenza ed alle famiglie		Monitoraggio quadrimestrale delle attività/progettualità congiunte con le associazioni di volontariato partner della S.C. DSI e formalizzazione di un report di monitoraggio quadrimestrale su tali attività alla Responsabile della S.C. DSI (entro 31/5/2012-30/9/2012-31/12/2012)

Dipendenze da Sostanze Legali

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
12. PROGETTO GUADAGNARE SALUTE (OBT PAL 1.3.2.6.) - Lotta al tabagismo: adesione sul territorio provinciale delle iniziative nazionali di prevenzione del tabagismo rivolte al seguente ambito: <ol style="list-style-type: none"> 1. Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 Triestina 2. Utenti cardiopatici sia dell'azienda ospedaliera che del Centro cardiovascolare 	12.1 Prosecuzione delle attività di cura del tabagismo rivolte ai dipendenti della ASS n.1	Ottaviano Cricenti Ciarfeo Purich Rosanna Alessandro Vegliach	12.1 Risposta al 100% delle domande giunte dai dipendenti della ASS n.1 Triestina.
	12.2 Sperimentazione di percorsi di disassuefazione da tabacco specificatamente dedicati a persone seguite dal Polo Cardiologico dell'AOUTS	In collaborazione con DIP	12.2.1 Due corsi formativi rivolti agli operatori sanitari dei reparti ospedalieri afferenti al Polo Cardiologico dell'AOUTS 12.2.2 Risposta al 100% delle persone di 2° livello inviate all'ambulatorio dal Polo Cardiologico dell'AOUTS e dal Centro Cardiovascolare entro il 31.12.2012
13. PROGETTO GUADAGNARE SALUTE - Lotta all'abuso di alcol: promozione della salute sui luoghi di lavoro migliorando l'informazione sui rischi alcool correlati nei lavoratori afferenti alla S.S.Medicina del Lavoro	Sperimentazione di percorsi integrati per la presa in carico di utenti afferenti alla SS Medicina del Lavoro	Salvatore Ticali Alessandro Vegliach In collaborazione col DIP (S.S. Medicina del lavoro)	13.1 Due incontri di formazione sul campo per il personale della medicina del lavoro per l'identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcool e sulle modalità di gestione di un intervento breve 13.2 Risposta al 100% alle domande

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
			delle situazioni eventualmente segnalate entro il 31.12.2012
<p>14. PROGETTO GUADAGNARE SALUTE - Lotta all'abuso di alcol Realizzazione di un programma di sorveglianza sui giovani (14-29 anni) con problemi di alcol e patente, in raccordo con la Commissione Patenti.</p>	<p>Incontri propedeutici per la realizzare di una scheda di rilevazione</p>	<p>Dr Salvatore Ticali Cinzia Celebre Alessandra Pizzolato In collaborazione con la CMLP</p>	<p>Scheda condivisa entro il 31dicembre 2012</p>
<p>15. Sperimentazione di interventi in tema di stress lavoro correlato e benessere organizzativo destinati a dipendenti dell'ASS1 in collaborazione con il medico competente</p>	<p>15.1 Definizione delle procedure congiunte per la sperimentazione degli interventi</p> <p>15.2 Valutazione specialistica dei dipendenti segnalati dal medico competente finalizzata all'identificazione delle problematiche stress-correlate in ambito lavorativo con particolare riferimento agli indicatori psicopatologici di burn-out individuale ed interpersonale</p>	<p>Cricenti Ottaviano In collaborazione con Medico Competente</p>	<p>15.1 Formalizzazione della procedura congiunta entro il 30/06/2012</p> <p>Risposta al 100% delle segnalazioni</p>
<p>16. Migliorare la presa in carico sanitaria relativamente ai per-</p>	<p>16.1 Favorire l'acquisizione di competenze specialistiche da parte del personale</p>	<p>16.1 Salvatore Ticali Alessandra Pizzolato</p>	<p>Formazione sul campo rivolto al personale della SCDSL con corso accreditato ECM</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
corsi assistenziali screening cardiologico per gli utenti della SCDSL.	dedicato	16.2,3	
	16.2 Condividere fra il gruppo di lavoro e con gli specialisti aziendali le istruzioni operative 16.3 Assicurare percorsi di screening conformi alle istruzioni operative	Personale del comparto In collaborazione con il CCV	16.2 Formalizzazione delle istruzioni operative e degli strumenti per la presa in carico integrata (entro 30.06.12) 16.3 Invio di 20 utenti per lo screening cardiologico secondo le istruzioni operative.

Dipartimento di Prevenzione

Dipartimento di Prevenzione – Direzione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
<p>1. Miglioramento della sicurezza delle strutture scolastiche e tutela della salute degli studenti e del personale Attività di vigilanza, prevenzione e promozione della salute nelle scuole superiori di 2° grado della provincia di Trieste da sviluppare nel triennio 2012-2014</p>	<p>1.1 Riunione preparatoria informativa con gli enti coinvolti: provincia, Comune, VVFF, Direzione scolastica provinciale 1.2 Realizzazione di check list per la verifica dei rischi negli ambienti scolastici e sua divulgazione ai dirigenti scolastici 1.3 Realizzazione di materiale informativo rivolto a docenti e studenti finalizzato alla conoscenza dei rischi e l'adozione di comportamenti corretti 1.4 Effettuazione delle verifiche sulle condizioni di igiene e sicurezza delle strutture scolastiche</p>	<p>DIREZIONE DIP Direttore coordinamento attività sanitarie personale sanitario SCISPPA Tecnici della Prevenzione SCPSAL Dirigente Ingegnere – Assistente sanitario SCIAN Tecnico della Prevenzione SS SIC IMP Tecnico della Prevenzione</p>	<p>30.6.2012 1.1,2 Realizzazione della check list e sua adozione 31.12.2012 1.3 evento formativo rivolto a docenti e studenti di presentazione del materiale informativo realizzato 1.4. 3 istituti scolastici verificati</p>
<p>2. Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti</p>	<p>Verifica degli aspetti igienico sanitari e di sicurezza del lavoro</p>	<p>DIREZIONE DIP coordinamento attività sanitarie personale sanitario SCISPPA-SCPSAL-SCIAN tecnici della prevenzione, dietista</p>	<p>Al 31.12.2011 Almeno 12 case di riposo e/o residenze polifunzionali verificate</p>

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			
---	--	--	--

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
3. Prevenzione incidenti stradali Mobilità sostenibile	<ul style="list-style-type: none"> - Realizzazione materiale informativo atto a divulgare presso i Comuni i contenuti del documento "mobilità sostenibile e sicura in ambito urbano" (Generalità Giunta Regionale n 2939 dd 22.12.2009) - Organizzazione in collaborazione con Federsanità ANCI di un incontro informativo rivolto ai Comuni 	Direzione Dip Direttore SCISPPA Tecnici della prevenzione	31.12.2012 realizzazione 1 incontro informativo rivolto ai Comuni di Trieste, Muggia e San Dorligo della Valle
4. Prevenzione incidenti stradali Progetto SicuraMente	Prosecuzione del progetto SicuraMente in alleanza con le scuole individuate dall'USR, in tutte le fasce di età, previste dal programma di attività	Direzione Dip referente promozione salute in collaborazione con: DDD sostanze legali	Incontri di formazione/informazione nelle scuole secondarie di 2° grado secondo le indicazioni regionali
5. Programma	Misurazione del CO espirato in fumatori e non fumatori dipendenti ASS 1 afferenti	Direzione Dip gruppo dipartimentale di	Valori di riferimento di CO espirato misurato in almeno il 70% dei

<p>GUADAGNARE SALUTE Prosecuzione del Progetto Operatori della Sanità Liberi dal Fumo, con riferimento ai dipendenti della ASS n. 1 Triestina</p>	<p>all'ambulatorio del Medico Competente nel 2012 che non abbiano ancora effettuato il test (prime visite) e per i fumatori in visita periodica</p> <p>Valutazione di dipendenza e di motivazione a smettere dei fumatori afferenti all'ambulatorio del Medico Competente nel 2012</p>	<p>epidemiologia</p> <p>in collaborazione con:</p> <p>S.S. dipartimentale Medicina del Lavoro Personale sanitario del comparto</p> <p>Direzione Sanitaria Medico competente</p>	<p>dipendenti ASS1 afferenti all'ambulatorio del Medico Competente nel 2012 che non abbiano mai effettuato il test (prime visite) e dei fumatori in visita periodica 31/12/2012</p> <p>Valutazione in almeno il 80% dei fumatori afferenti all'ambulatorio del Medico Competente nel 2012-31/12/2012</p>
<p>6. Programma GUADAGNARE SALUTE Programmi di sorveglianza PASSI, OKKIO alla salute, HBSC</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mantenere attivi i programmi di sorveglianza nazionali OKKIO alla salute e PASSI - Partecipazione ai programmi secondo le indicazioni regionali - Diffusione dati rilevati al fine di orientare i programmi di prevenzione 	<p>Direzione Dip Referente promozione salute Gruppo Dipartimentale di epidemiologia Personale sanitario</p>	<p>Al 31.12.2012:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Effettuazione delle interviste e rilevazione dei dati in ottemperanza alle indicazioni regionali - Almeno 1 incontro con MMG e PLS per diffusione dati PASSI - Almeno un incontro nelle scuole secondarie di 2° grado per la restituzione e diffusione dei dati HBSC rilevati nel 2011.
<p>7. Prevenzione incidenti domestici Accrescere le competenze in un ottica di empowerment degli</p>	<ul style="list-style-type: none"> - incontri finalizzati alla definizione di progetti di formazione rivolti ad insegnanti e studenti della scuola superiore di 2° grado. - supporto alla formazione degli insegnanti e degli studenti, compresa la collaborazione eventuale nell'analisi dei dati rilevati dagli 	<p>DIREZIONE DIP coordinamento attività sanitarie personale sanitario referente Gruppo Dipartimentale di epidemiologia</p>	<p>Al 31.12.2012</p> <p>Definizione di un progetto di formazione di insegnanti e studenti di un istituto scolastico (scuola superiore di secondo grado con decenza agli studenti).</p>

operatori della scuola attraverso informative/formativ e sulla prevenzione degli incidenti domestici	studenti	SCPSAL responsabile SCISPPA tecnico della Prevenzione S.S. Sicurezza Impiantistica tecnico della prevenzione In collaborazione con: Responsabile RSPP e Referente HPH	Raccolta ed elaborazione di almeno 150 check list relative ad abitazioni degli studenti
--	----------	---	---

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

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
8. Prevenzione delle malattie infettive Attività di vigilanza, prevenzione e promozione della salute nelle attività artigianali di estetista	<ul style="list-style-type: none"> - Censimento delle attività esistenti nel territorio del Comune di Trieste - Formazione del personale su normativa e modalità di effettuazione dei controlli - Realizzazione di “linee guida e buone pratiche” rivolte all’estetista - Realizzazione di checklist quale strumento di rilevazione - Effettuazione dell’attività di vigilanza 	SCISPPA Tecnici della Prevenzione Personale amministrativo	30.4.2012 formazione del personale (5 unità) realizzazione “linee guida e buone pratiche” realizzazione checklist 31.12.2012 effettuazione dell’attività di vigilanza in almeno il 50% delle attività di estetista
9. Prevenzione delle malattie	- metanalisi protocolli e/o linee guida applicati in altre realtà regionali	SCISPPA Responsabile Struttura	31.12.2012 - realizzazione protocolli operativi per

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
<p>infettive Gestione casi di ectoparassitosi in comunità</p>	<ul style="list-style-type: none"> - revisione dei protocolli operativi attualmente in uso - aggiornamento dell'andamento dei casi nella provincia di Trieste negli ultimi 30 anni - predisposizione dei nuovi protocolli e loro diffusione agli stakeholders e pubblicazione sul sito web aziendale 	<p>Complessa Dirigenti medici</p>	<p>gestione di pediculosi scabbia in comunità</p> <ul style="list-style-type: none"> - diffusione agli stakeholders - pubblicazione sul sito web aziendale
<p>10. Prevenzione delle malattie infettive Prevenzione delle malattie infettive trasmesse da vettori (muridi)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Predisposizione materiale informativo sui corretti comportamenti (poster) - Predisposizione di una cartografia riportante le zone maggiormente interessate da segnalazioni sulla presenza di roditori, le informazioni raccolte saranno poi comparate ai dati in possesso riferiti all'anno precedente 	<p>SCISPPA tecnico della prevenzione operatori tecnici disinfezione-disinfestazione</p>	<p>Al 31.12.2012 Realizzazione di poster in formato elettronico Cartografia con annotato il 100% delle segnalazioni pervenute negli anni 2011 e 2012</p>
<p>11. Prevenzione delle malattie infettive Prevenzione delle malattie infettive trasmesse da vettori (culicidi)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rilevazione sistematica nelle aree pubbliche delle situazioni a rischio per potenziali infestazioni da culicidi e tali da inficiare gli interventi di disinfestazione effettuati - Trasmissione informazioni rilevate ai Comuni per gli interventi di competenza 	<p>SCISPPA tecnico della prevenzione operatori tecnici disinfezione-disinfestazione</p>	<p>Al 31.12.2012: Almeno 20 verifiche effettuate e trasmissione del 100% delle informazioni acquisite ai Comuni</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
<p>12. Prevenzione delle malattie infettive e politiche vaccinali prosecuzione dell'attuazione dei programmi di vaccinazioni infantili previsti dal PRP rilevare attivamente gli eventi avversi alle vaccinazioni</p>	<p>compilazione schede di reazione avversa</p>	<p>SCISPPA Personale Sanitario</p>	<p>Report semestrale del 100% degli eventi avversi al 30/06 e al 31/12</p>
<p>13. Prevenzione delle malattie infettive e politiche vaccinali prosecuzione dell'attuazione dei programmi di vaccinazioni infantili previsti dal PRP miglioramento/mantenimento dei tassi di copertura contro il morbillo rosolia parotite e vaccino esavalente-pertosse: MPR: 90% 1^ dose e 85% 2^ dose, pertosse: 95% 3 dosi a 24 mesi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Supporto scientifico alle Sc Tutela salute bambini adolescenti - Utilizzo dei media per implementare l'adesione - Distribuzione di materiale informativo - reportistica 	<p>SCISPPA Dirigenti medici Personale sanitario</p> <p>In collaborazione con: Distretti Personale sanitario S.C tutela salute bambini adolescenti</p>	<p>Al 31.12.2012: MPR: 90% 1^ dose e 85% 2^ dose, pertosse: 95% 3 dosi a 24 mesi</p>
<p>14. Prevenzione delle malattie infettive e politiche vaccinali Registrazione vaccinazioni antinfluenzali</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ricezione schede vaccinali dai MMG - Inserimento dati nel sistema SIASI 	<p>Direzione Dip Personale amministrativo SCISPPA Dirigenti medici Personale sanitario e</p>	<p>Inserimento 100% schede vaccinali pervenute</p>

		amministrativo	
15. Corretta gestione dei rifiuti	Corretta utilizzazione del protocollo rifiuti	SCISPPA Personale Sanitario	Rilevazione di non conformità al protocollo rifiuti inferiore o uguale a 5

Dipartimento di Prevenzione – S.C. Sanità pubblica Veterinaria

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
16. Implementare il sistema di verifica del peso stimato all'atto del ritiro delle carogne animali.	Messa in atto di una procedura per la gestione dello stoccaggio e successivo asporto delle carogne animali a seguito della chiusura dell'inceneritore.	Responsabile di Struttura Complessa e personale tecnico.	Riduzione della percentuale dello scarto tra peso verificato a destino e peso stimato a non più del 10% al 31/12/2012.

Dipartimento di Prevenzione – S.C. Sanità pubblica Veterinaria – S.S. Sanità Animale, Ig. All. Prod. Zoot.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
17. Corretta gestione dei rifiuti	Corretta utilizzazione del protocollo rifiuti	Tutto il personale della Struttura.	Rilevazione di non conformità al protocollo rifiuti inferiore o uguale a 5
18. Realizzazione degli obiettivi previsti dalla pianificazione regionale in materia di sicurezza alimentare e di salute e benessere animale	Attuazione dei controlli sul benessere animale negli allevamenti e durante il trasporto come da Direttive e Linee Guida Comunitarie	Tutto il personale della Struttura.	Esecuzione di almeno dieci controlli in allevamenti bovini, ovcaprini e suini per la verifica del rispetto della normativa vigente in materia di benessere in allevamento mediante compilazione delle check list specifiche.

Dipartimento di Prevenzione – S.S. tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
<p>19. Ottemperare alle indicazioni previste dal Piano Regionale dei controlli ufficiali in materia di Sicurezza Alimentare (PQRSA) . Anno 2012.</p> <p>Verifica della formazione degli addetti del settore alimentare</p>	<p>Verifica del grado di apprendimento raggiunto dagli OSA (operatori del Settore Alimentare)-Responsabili ed addetti-,soggetti alla formazione obbligatoria prevista dalla nota Regionale FVG prot.n.9916/SPS-Vetal dd.12/05/2008 utilizzando un questionario allo scopo predisposto.Elaborazione di un Report finale.</p>	<p>Tecnici della Prevenzione</p>	<p>Formulazione di 30 questionari (per i Responsabili HACCP e addetti alla lavorazione) nel corso di sopralluoghi ispettivi in esercizi commerciali al dettaglio,al fine della valutazione del grado di apprendimento in materia di Sicurezza Alimentare e formulazione di un giudizio da assegnare ad ogni OSA intervistato , entro il 31/12/2012.</p>
<p>20. Ottemperare alle indicazioni previste dal Piano Regionale dei controlli ufficiali in materia di Sicurezza Alimentare (PQRSA) .</p> <p>Interventi congiunti</p>	<p>Interventi ispettivi congiunti tra Autorità Ufficiali (Capitaneria di Porto) nell'ambito della filiera dei prodotti ittici mediante l'utilizzo di check lists,verbali ispettivi e report finale .</p>	<p>Dirigenti Veterinari Responsabile di Struttura</p>	<p>13 sopralluoghi programmati congiuntamente con la Capitaneria di Porto di Trieste nell'ambito della filiera dei prodotti ittici al fine di coordinare ed implementare una rete di controlli ufficiali per una valutazione integrata tra Autorità competenti in tema di Sicurezza Alimentare, entro il 31/12/2012.</p>

tra Autorità Ufficiali			
21. Ottemperare alle indicazioni previste dal Piano Regionale dei controlli ufficiali in materia di Sicurezza Alimentare (PQRSA) . Formazione degli addetti del Settore Alimentare	Formare gli operatori del macello di Prosecco sulla nuova normativa comunitaria in tema di : protezione degli animali durante l'abbattimento (Reg . CE 1099/2009) attraverso corsi di formazione teorico-pratici.	Dirigenti Veterinari Responsabile di Struttura	1 corso di formazione teorico,1 corso di formazione pratico sul campo,destinato ad operatori del macello di Prosecco. Test di apprendimento entro il 31/12/2012
22. Ottemperare alle indicazioni previste dal Piano Regionale dei controlli ufficiali in materia di Sicurezza Alimentare (PQRSA) . Interventi congiunti tra Autorità Ufficiali.	Verifica della attività congiunta del controllo ispettivo tra personale della Struttura e personale della Capitaneria di Porto nell'ambito della filiera dei prodotti ittici al fine della elaborazione di un programma di controlli coordinati tra Autorità Ufficiali per l' anno 2013 . Elaborazione di un Report.	Responsabile di Struttura	Elaborare un programma di interventi ispettivi congiunti con la CP di Trieste nella filiera dei prodotti ittici per l'anno 2013 sulla base della valutazione dell'attività svolta nel c.a. e delle risultanze del Report, entro il 31/12/2012.

Dipartimento di Prevenzione – S.C. Prevenzione Sicurezza negli Ambienti di Lavoro

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
23. Attivare, promuovere azioni di <u>informazione e formazione nel settore delle costruzioni</u> , anche condivise con gli altri Enti deputati a svolgere azioni nel campo della tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro.	1. Ameno tre incontri tecnici di coordinamento. 2. Promuovere il coordinamento con le Strutture/istituzioni di prevenzione e vigilanza operanti nella provincia mediante l'organizzazione di incontri tecnici di coordinamento 3. Organizzazione di un convegno/ seminario con i referenti aziendali della prevenzione.	Responsabile SSITL Personale SCPSAL: - Tecnici della Prevenzione - Assistenti Sanitari - Ingegneri (fascia D) - OSS - Personale amministrativo	Un convegno con i referenti aziendali della prevenzione, i datori di lavoro, dirigenti e preposti, i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza e i coordinatori dei cantieri.
24. Attivare, promuovere azioni di <u>monitoraggio e vigilanza nel settore delle costruzioni</u> , anche condivise con gli altri Enti deputati a svolgere azioni nel campo della tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro.	<ul style="list-style-type: none"> - Almeno 5 incontri di coordinamento con organi di vigilanza competenti per territorio (strutture/istituzioni di prevenzione e vigilanza operanti nella provincia), organizzando lo scambio delle informazioni relative all'attività svolta sul territorio. - Effettuare visite ispettive ai cantieri edili secondo programmazione regionale. - Monitoraggio del 20% delle notifiche ex art. 99 D.Lgs. 81/08 pervenute nel primo semestre del 2012. 	Personale SCPSAL: <ul style="list-style-type: none"> - Tecnici della Prevenzione - Assistenti Sanitari - Ingegneri (fascia D) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mantenimento della percentuale di cantieri edili monitorati nel 2011 (230 cantieri edili ispezionati contro i 225 nel 2011), comprendenti anche quelli in cui avviene la bonifica di manufatti contenenti amianto. - 250 cantieri edili monitorati. - Redazione e trasmissione alla Regione di un documento analitico comprendente i risultati e le criticità emerse nel corso dell'attività di monitoraggio dei cantieri edili svolta nel biennio 2010-11 in provincia di Trieste.
25.	- Riunioni almeno quadrimestrali del gruppo	SCPSAL Responsabile	- Registrate nel programma

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
<p>Mantenimento dell'attività dei piani nazionali MAL PROF ed infortuni gravi e mortali svolti in sinergia con l'ex ISPESL (INAIL)</p>	<p>MAL PROF per la redazione del report</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riunioni almeno quadrimestrali del gruppo regionale Infortuni gravi e mortali per la discussione dei casi più significativi - Registrazione nel programma MALPROF delle malattie professionali segnalate, con trattazione (indagine) del caso conclusa nel 2012, per cui la stessa abbia evidenziato un possibile o probabile nesso di causalità o una concausalità con l'attività lavorativa svolta - Inserimento nel programma di infortuni gravi e mortali degli eventi trattati (indagati) nel 2012 aventi le seguenti caratteristiche: esito mortale, eventi gravi nel comparto dell'agricoltura con dinamica inerente l'uso/manutenzione di macchine agricole e, per gli altri comparti, eventi gravi accaduti nella manutenzione di macchine / impianti / attrezzature. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigenti medici - Assistenti Sanitari - OSS - Personale amministrativo - Tecnici della prevenzione 	<p>MALPROF almeno il 50% delle malattie professionali segnalate</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il 100% degli eventi trattati (indagati) nel 2012 sono inseriti nel programma di infortuni gravi e mortali.
<p>26. Promozione della sicurezza del lavoro nello spettacolo, in particolare nel montaggio dei palchi per manifestazioni</p>	<ul style="list-style-type: none"> - incontri tecnici di coordinamento con le Strutture/Istituzioni di prevenzione e vigilanza operanti nella provincia di Trieste e con esperti esterni del settore. - incontri tecnici di coordinamento con le Strutture/Istituzioni di prevenzione operanti a livello nazionale e con esperti 	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigente Medico e Ingegnere SCPSAL - Tecnici della prevenzione SCPSAL - Assistenti Sanitari SCPSAL 	<ul style="list-style-type: none"> - bozza di linea guida redatta

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
temporanee e attivazione di azioni di vigilanza nei luoghi di spettacolo e in occasione di eventi.	esterni del settore. - Redazione di una bozza di linea guida recante le principali indicazioni preventive in funzione delle fasi e delle attività per la realizzazione dell'evento	- Responsabile SS Sicurezza Impiantistica - Direttore del Dipartimento di Prevenzione	
27. Aggiornamento degli RSPP dei comparti a maggior rischio.	- Realizzazione di un corso regionale, che coinvolga in fase programmatoria e realizzativi gli operatori di tutti i servizi regionali, mirato all'aggiornamento degli RSPP dei comparti a maggior rischio.	- Dirigenti medici - Tecnici della Prevenzione - Assistenti Sanitari - Ingegneri (Dirigenti e fascia D)	- Organizzazione e docenza di un corso (almeno 3 interventi) di u corso mirato all'aggiornamento RSPP dei comparti edilizia e manifatture secondo metodologie condivise.

Dipartimento di Prevenzione – S.S. Dipartimentale Servizio Sicurezza Impiantistica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
28. Eliminare i ritardi amministrativi e contabili accumulatisi durante il 2011 nella gestione delle verifiche di impianti elettrici ed apparecchi/attrezzature a pressione	1. Ricostruzione delle procedure operative per l'utilizzo della parte di programma di gestione relativa al settore impianti termici ed a pressione;	1,2 Dirigente responsabile	1,2. Codifica della procedura e contestuale istruzione, per futura autonomia operativa, del personale amministrativo Entro il 31/12/2012
	2. Preparazione con tutoraggio del nuovo personale amministrativo da adibire all'incombenza 3. Registrazione informatica delle verifiche già eseguite ed emissione delle relative proposte	3. Personale amministrativo TdP referente settore impianti elettrici	

	di fatturazione da inviare alla struttura contabile (per tutte le pratiche in arretrato da febbraio a dicembre 2011) a causa carenze personale		il 31/12/2012
29. Avvio delle nuove procedure previste dal D. M. 11 aprile 2011 (entrata in vigore a maggio 2012) sulle modalità di effettuazione delle verifiche periodiche in materia di sicurezza impiantistica (di cui all'All. VII del D.Lvo. n. 81/08)	Predisposizione in formato digitale dei nuovi verbali di verifica periodica di attrezzature ed impianti nella forma prevista dagli allegati del D.M. 11 aprile 2011	Tutto il personale	Produzione delle tre diverse tipologie di verbale (apparecchi di sollevamento ed idroestrattori, attrezzature a pressione, impianti di riscaldamento) da utilizzare per le verifiche

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
30. Riordino degli archivi e dello stato degli impianti con aggiornamento e registrazione informatica dei dati per la ridefinizione e futura programmazione dei	Esame delle comunicazioni di revoca degli incarichi per le verifiche periodiche di ascensori inviate dagli amministratori di stabili (o altri avente titolo) con registrazione informatica degli impianti disdetti	Personale amministrativo e ingegneri addetti alle verifiche di ascensori	Esame di almeno 15 comunicazioni di disdetta e registrazione della posizione di almeno 800 impianti

carichi di lavoro			
-------------------	--	--	--

Dipartimento di Prevenzione – Area Affari Amministrativi e Legali

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
31. Adozione di procedure per la Verifica/ confronto, dei soggetti inadempienti da inserire nelle liste dei ruoli esattoriali per il recupero dei crediti derivanti da sanzioni amministrative	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ricognizione da parte della Direzione del Dipartimento di Prevenzione dei soggetti inadempienti 2. predisposizione da parte della direzione del Dipartimento di Prevenzione delle liste dei soggetti inadempienti a cadenza trimestrale 3. verifica dei pagamenti da parte della S.C. Finanza e Controllo 4. riscontro della S.C. Finanza e Controllo dell'evidenze dei pagamenti relativi alle sanzioni amministrative in loro possesso 5. predisposizione definitiva , con cadenza semestrale delle liste dei soggetti da iscrivere a ruolo esattoriale con contestuali invio alla S.C. Finanza e Controllo 	<p>Dirigente Amministrativo Personale del ruolo amm.vo e tecnico afferente la Direzione del Dipartimento di Prevenzione</p> <p>In collaborazione con S.C. Finanza e Controllo</p>	Al 31.12.2012 Ricognizione dei soggetti che risultano inadempienti nell'anno 2012 e contestuale predisposizione delle liste da iscrivere a ruolo esattoriale.
32. Adeguamento delle tessere di Ufficiale di Polizia Giudiziaria al D.G.R. n. 1098/2001 e s.m. e	<ol style="list-style-type: none"> 1. ricognizione dei soggetti con la qualifica di Ufficiale di Polizia Giudiziaria con contestuale individuazione dell'area di appartenenza 2. Predisposizione nuova veste grafica 	<p>Dirigente amministrativo Personale del ruolo amm.vo e tecnico afferente la Direzione del Dipartimento di Prevenzione</p>	Al 31.12.2012 predisposizione nuova veste grafica e adozione delle tessere nuove per il personale con qualifica di ufficiale di Polizia Giudiziaria.

i. Contestuale elaborazione grafica.	3. Avvio procedure per l'adozione delle tessere nuove		
---	---	--	--

Dipartimento di Prevenzione – S.S. Dipartimentale Medicina del Lavoro

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
33. Mantenimento di equilibrio economico della struttura semplice di medicina del lavoro	1. Inserimento di nuove attività, da prestare a terzi che ne facciano richiesta (esami ergooftalmologici per rilascio delle patenti di guida, test di ricerca di assenza sostanze stupefacenti/psicotrope in lavoratori che rientrano nell'elenco della conferenza stato regioni 2. Inserimento delle nuove prestazioni offerte, in intranet aziendale 3. Programmazione di incontri formativi volti ad promuovere le nuova attività della struttura erogati ad associazioni datoriali e/o enti e ditte interessati 4. Organizzazione, ove possibile, dell'attività di prelievo (test di ricerca di stupefacenti di primo livello) ed	Dirigente medico	Presentazione alla Direzione Generale dello studio di fattibilità di equilibrio economico della struttura entro il 30 giugno 2012 Incremento del fatturato almeno del 30% al 31 dicembre 2012

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
	esecuzione esami strumentali, direttamente sui luoghi di lavoro 5. Esecuzione di esami strumentali per terzi richiedenti anche al di fuori dell'attività svolta in convenzione		
34. Promozione della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro sperimentando un percorso formativo e di cura sui lavoratori appartenenti a categorie a rischio alcol lavoro correlato	1. Formazione del personale della struttura sulle modalità di approccio al lavoratore con problematiche alcol lavoro correlate da parte dei medici e psicologi della struttura di algologia (1 corso di formazione sul campo di aggiornamento per tutto il personale della struttura diviso in due momenti focalizzato sulla gestione dei casi clinici) 2. Formazione breve dei lavoratori che accedono alla struttura effettuata dal personale e predisposizione di percorsi di cura per lavoratori a rischio da concordare con la struttura di algologia. 3. Predisposizione percorsi di cura per soggetti individuati a rischio di patologie alcol correlate, in collaborazione con il dipartimento delle dipendenze legali	Tutto il personale di S.S. di medicina del lavoro In collaborazione con: DDD sostanze legali	1,2. Almeno 300 lavoratori con mansioni a rischio per la sicurezza propria e di terzi che accedono alla struttura ricevono formazione breve con somministrazione di questionario. 3. Follow up ed eventuale invio ad algologia delle persone con individuate dipendenze per successiva presa in carico 31/12/2012

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
35. Promozione della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro per i lavoratori appartenenti a categorie a rischio per uso di sostanza stupefacenti o psicotrope	1. Formazione del personale della struttura sulle modalità di approccio al lavoratore con problematiche per uso di sostanze stupefacenti o psicotrope da parte dei medici e psicologi della struttura di algologia 2. Formazione sul posto di lavoro dei lavoratori delle categorie a rischi e produzione di modulistica tradotta in inglese se necessario 3. Introduzione del test urinario per assenza di sostanze stupefacenti/psicotrope e predisposizione di modulistica	Tutto il personale di S.S. di medicina del lavoro In collaborazione con: DDD sostanze lilegali	1,2 Almeno 150 lavoratori formati (almeno 6 corsi) e modulistica ad hoc tradotta e consegnata. 3. 150 lavoratoridi cui al punto 1,2 testati per la verifica dell'assenza di sostanze stupefacenti/psicotrope
36. Corretta gestione dei rifiuti	Corretta utilizzazione del protocollo rifiuti	Tutto il personale della Struttura.	Rilevazione di non conformità al protocollo rifiuti inferiore o uguale a 5

Dipartimento di Prevenzione – Laboratorio di Tossicologia Forense

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
37. Predisporre analisi di droghe d'abuso su campioni ematici ai fini dell'applicazione	Sperimentare ed applicare a campioni ematici nuove metodiche a valenza forense sulla strumentazione acquisita dal AOU per il Laboratorio di Tossicologia Forense con specifici fondi regionali (gascromatografo con	Laboratorio di Tossicologia Forense Un dirigente chimico	Tutti i campioni richiesti attraverso il Pronto Soccorso dell'AOU dagli organi di PG a fini medico-legali entro il 31/12/2012. Sono pervenuti a questo scopo nell'anno 2011 complessivamente 40 campioni.

delle disposizioni previste dall'art. 187 del Codice della Strada.	rivelatore di massa).		
--	-----------------------	--	--

Dipartimento di Prevenzione – S.C. Igiene Alimenti e Nutrizione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
38. Linea n. 1.3.2.3 Prevenzione obesità assicurare azioni finalizzate a diffusione ed applicazione delle Linee di indirizzo per a) Alimentazione nei nidi d'infanzia b) Ristorazione scolastica (aggiornate nel 2011) c) Distribuzione automatica	1 . Nidi: - sorveglianza sull'applicazione delle linee guida regionali - incontri di restituzione dei dati agli educatori ed ai servizi educativi territoriali 2. Ristorazione scolastica: partecipazione agli incontri e attività previste dalla DCS per la redazione delle linee guida regionali: 3. Distribuzione Automatica: verifica applicazione capitolato vending in ASS1	Barocco Longo Federici Redivo Schorn	1. Nidi: - sorveglianza sull'applicazione delle linee guida regionali nel 50% dei nidi - Almeno 1 incontro di restituzione dei dati agli educatori ed ai servizi educativi territoriali 2. Ristorazione scolastica: partecipazione al 100% degli incontri programmati dalla DCS 3. Distribuzione Automatica: verifica nel 50% dei distributori aziendali dell'applicazione capitolato vending in ASS1
39. Linea n. 1.3.2.7 Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria Realizzazione degli	SIAN attuazione delle indicazioni contenute nel Piano regionale dei controlli in materia di sicurezza alimentare: 1. l'obiettivo di uniformare l'attività di audit	SCIAN Dirigenti Tdp amministrativi	1. 100% ispezioni e audit previsti da PQSA 100% campioni da specifico piano

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
<p>obiettivi previsti dalla pianificazione regionale in materia di sicurezza alimentare e di salute e benessere animale</p>	<p>rimane subordinato al completamento della formazione regionale degli auditor anche per il personale del SIAN</p> <p>2. l'attività di programmazione, monitoraggio e rendicontazione del CU rimane subordinata all'implementazione del sistema SISAVER per la parte riguardante la disponibilità dei dati in tempo reale o comunque in tempo utile</p>		<p>Entro 31.12.12</p> <p>2. rendicontazione al 31.12.2012, subordinata all'implementazione del sistema SISAVER per la parte riguardante la disponibilità dei dati in tempo reale o comunque in tempo utile</p>
<p>40. Linea n. 1.3.2.3 Prevenzione obesità assicurare azioni finalizzate a diffusione ed applicazione delle Linee di indirizzo Distribuzione automatica</p>	<p>verifica applicazione capitolato vending in ASS1 attraverso scheda dedicata elaborazione dati e stesura report</p>	<p>Responsabile di SC Del Pio</p>	<p>- programmazione e monitoraggio verifiche</p> <p>- report conclusivo entro 31.12.2012</p> <p>Entro 31.12.2012</p>
<p>41. Linea n. 1.3.2.7 Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria</p>	<p>1. Programmazione</p> <p>2. coordinamento, monitoraggio e controlli in materia di sicurezza alimentare</p> <p>3.</p>	<p>Responsabile di SS Cella</p>	<p>1. Documento di programmazione (marzo 2012)</p> <p>2. Rendicontazione trimestrale e chiusura al 31.12.2012</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
	controllo gestionale attività istituzionale prevista dal D.Lvo 194/08		

Dipartimento di Prevenzione – S.C. Accertamenti Clinici di Medicina Legale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
42. Informatizzazione verbali invalidità civile.	Mantenimento sotto il 2% dei verbali cartacei inviati all'INPS	Direttore Struttura	Percentuale di verbali in forma cartacea rispetto a totale di verbali di visita invalidità civile (inferiore al 2%).
43. Sorveglianza sui giovani (14-29) con problemi di alcool e patente.	1. edisposizione scheda per raccolta dati giovani sottoposti a controlli per violazioni articolo 186 C.d.S., in raccordo con il DDD Alcoologia. 2. Monitoraggio tramite le schede suddette per rilevare il comportamento dei giovani correlato ad alcool e guida.	Direttore della Struttura e Presidente della Commissione Medica Locale Patenti. Personale di comparto della Segreteria della CML e Visite Fiscali. In collaborazione con: DDD sostanze legali	Compilazione scheda, in almeno il 75% dei giovani di età compresa tra i 14 e 29 anni sottoposti a revisione patente per guida in stato di ebbrezza
44. Informatizzazione verbali visite collegiali e altre certificazioni medico legali rilasciate agli utenti.	1. edisposizione modelli verbali e certificati da poter compilare tramite videoscrittura. 2. Archiviazione su strumenti informatici di verbali e certificati con eventuale documentazione correlata.	Direttore della Struttura Dirigenti medici e medico convenzionato, personale di comparto addetto a Segreteria, Certificazioni e Visite collegiali.	Redazione informatica di almeno il 95% della documentazione sanitaria in oggetto alla fine del corrente anno.
45. Riduzione tempi di	Razionalizzazione e monitoraggio degli appuntamenti a visita	Personale di comparto della segreteria ufficio invalidi civili	Tempo di attesa non superiore a 60gg dalla data di presentazione della

attesa per le visite di invalidità civile	Istituzione di eventuali sedute straordinarie		domanda in almeno l'80% dei casi
---	---	--	----------------------------------

Dipartimento di Prevenzione – S.S. Deontologia e Responsabilità Professionale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
46. Assicurare la partecipazione diretta dell'Azienda nei procedimenti giudiziari che la riguardano, in particolare in tema di responsabilità professionale sanitaria (ASS1 – AOOTS)	<p>Presidiare attivamente 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>1. Concreta partecipazione dell'Azienda convenuta (ASS1 e AOOTS) nelle attività di C.T.U. per il tramite del proprio consulente tecnico di parte.</p> <p>2. Deposito da parte del c. tecnico d'ufficio nelle cause civili e negli accertamenti tecnici preventivi, in particolare in tema di responsabilità professionale sanitaria,.</p> <p>3. Conoscibilità tempestiva da parte dell'Azienda convenuta delle criticità presenti con conseguente possibilità di eventuale precoce risoluzione transattiva a minore impatto economico.</p>	Deontologia e Responsabilità Professionale (Dirigente medico)	<p>1. Partecipazione almeno nel 75% dei procedimenti</p> <p>2. Elaborato (ove risultino concretamente considerate e discusse le motivazioni di parte convenuta - ASS1, AOOTS)</p> <p>3. Produzione di un report di sintesi dell'attività di consulenza nel 100% dei casi</p>

Centro CardioVascolare

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1.</p> <p>INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA</p> <p>Linea 1.3.4.1:</p> <p>Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale.</p> <p>Analizzare per area vasta il problema della continuità assistenziale nei pazienti con malattie cronico-degenerative nel suo complesso e proporre soluzioni che prevedano il coinvolgimento delle strutture ospedaliere, partecipando alla programmazione di reparti/servizi differenziati per intensità di cura, e la messa in rete con le strutture distrettuali, integrando l'offerta ambulatoriale, le RSA, l'attività domiciliare e la medicina generale.</p>	<p>1.</p> <p>Estensione del "PDTA SCOMPENSO CARDIACO" CCV- Distretti alle strutture intermedie (nel caso specifico identificata con l'RSA San Giusto) per accogliere alcuni pazienti anziani con specifiche patologie CV già noti alla Cardio AOUTS e/o CCV</p>	<p>Dott. Franco Humar, dott. Andrea Di Lenarda e tutti i Medici CCV</p> <p>In collaborazione con i Distretti Antonella Geri e infermieri San Giusto</p> <p>Unità Anziani D2 Medici RSA San Giusto</p>	<p>Almeno 20 pazienti ricoverati presso RSA S. Giusto pazienti presi in carico sec. protocollo concordato al 31/12/2012</p>
	<p>2.</p> <p>Attivare monitoraggio in telemedicina in pazienti con scompenso cardiaco cronico avanzato che non necessitano di ricovero presso RSA San Giusto o alla dimissione dalla stessa</p>	<p>Dott. Franco Humar e tutti i Medici del CCV</p> <p>Michela Casson e tutti gli infermieri del CCV</p>	<p>Almeno 6 pazienti monitorati in telemedicina al 31/12/2012 secondo protocollo</p>
<p>2.</p> <p>Linea n. 1.3.2.10 Prevenzione cardiovascolare</p> <p>Promuovere migliori condizioni di vita ai cittadini con malattie cronico-degenerative</p>	<p>1.</p> <p>Proseguire e consolidare nell'anno 2012 i percorsi facilitati bidirezionali CCV-Centri Diabetologici Distrettuali</p>	<p>1,2.</p> <p>Dott Andrea Di Lenarda</p> <p>Tutti medici del</p>	<p>1,2</p> <p>Analisi dei casi e ridefinizione del nuovo protocollo operativo</p> <p>30/06/2012</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>(diabete), attraverso il consolidamento di linee di lavoro, già avviate nel 2011 e la creazione di un PDTA per lo screening della cardiopatia ischemica silente nel paziente con diabete ad alto rischio CV.</p>	<p>per la presa in carico e stratificazione prognostica dei pazienti a rischio elevato di eventi cardiovascolari favorendo il passaggio da una medicina di attesa ad una medicina proattiva.</p> <p>2. Analisi dei risultati del protocollo operativo messo in atto nel 2011 con particolare riferimento alla valutazione dei casi risultati positivi per ischemia inducibile ed eventuale ridefinizione dei criteri di selezione e dei PDTA.</p> <p>3. Prendere in carico i pazienti inviati dal CCV e non ancora in carico alla Diabetologia con diabete mellito non controllato (Hb1AC>7.0%) o complicato (retinopatia, nefropatia, arteriopatia periferica, polineuropatia, disfunzione erettile, cardio e cerebrovasculopatia) per la presa in carico congiunta.</p>	<p>CCV</p> <p>3, Tutto il personale del CCV</p> <p>In collaborazione con i CDD dei Distretti</p>	<p>3. Invio per presa in carico ai Centri Diabetologici Distrettuali del 100% dei pazienti selezionati secondo percorsi facilitati e condivisi al 31.12.2012</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>3. Attivazione triage infermieristico a supporto dell'attività del cardiologo reperibile per assicurare la presa in carico dei pazienti segnalati da MMG con codice U o che accedono direttamente al CCV con l'obiettivo di ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso e/o definire un percorso di accesso ospedaliero personalizzati e concordato</p>	<p>1.1 Definizione flow-chart e protocollo operativo 1.2 identificare le priorità cliniche dell'utenza attraverso un'anamnesi e valutazione infermieristica mirata in base ad algoritmi condivisi con il cardiologo - monitorare i parametri vitali del paziente (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, telemonitoraggio, S02) ove appropriato - eseguire esami strumentali (ECG, bioimpedenziometria, test dei 6 minuti, esami,biomorali ecc) ove appropriato.</p>	<p>Andrea di Lenarda Radini Donatella Tutti i medici ed infermieri CCV</p>	<p>1.1 Preparazione flow-chart e protocollo operativo (30/04/2012) 1.2 Report di analisi dell'attività infermieristica con evidenza documentata di: - Totale pazienti valutati in Triage e modalità di presa in carico - N° pazienti inviati al PS ed indicazione clinica - N° pazienti inviati a ricovero con percorso personalizzato e concordato con le strutture ospedaliere</p>
<p>4. Favorire attraverso il valore terapeutico della comunicazione con l'assunzione da parte dei pazienti e loro caregiver di un ruolo attivo nella modificazione dei stili di vita e gestione della malattia per aumentare l'aderenza ai programmi proposti e ridurre i rischi di riacutizzazione della malattia e/o reospedalizzazione</p>	<p>1 Programmazione di incontri di terapia educativa di gruppo su scompenso cardiaco (2 incontri), prevenzione cardiovascolare (2 incontri), terapia anticoagulante orale (2 incontri) 2 Preparazione questionario di gradimento e test di verifica dell'apprendimento e delle conoscenze acquisi-</p>	<p>Radini Donatella e tutti gli infermieri CCV</p>	<p>Almeno 6 incontri eseguiti per 6-8 partecipanti per gruppo con somministrazione di questionari di gradimento dei corsi e di verifica dell'apprendimento. (indicatore: report finale)</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>5. Migliorare la presa in carico sanitaria relativamente ai percorsi assistenziali screening cardiologico” per gli utenti della SC Alcoologia. L’attività sarà svolta presso l’ambulatorio cardiologico del D4.</p>	<p>te</p> <p>1.1 favorire l’acquisizione di competenze specialistiche da parte del personale dedicato dell’Alcoologia</p> <p>1.2 formulare istruzioni operative condivise.</p> <p>1.3 assicurare PTDA di screening conformi alle istruzioni operative</p>	<p>Andrea Di Leonarda Claudio Pandullo Gioia Sola Nadia Zeriali Donatella Radini In collaborazione con la SCDSL</p>	<p>1.1 Formalizzazione delle istruzioni operative (entro 30.04.11)</p> <p>1.2 Elaborazione e condivisione scheda paziente (entro 30.04.11)</p> <p>1.3 screening cardiologico secondo le istruzioni operative di tutti i pazienti inviati dal SC DS legali</p>
<p>6. Migliorare la screening degli effetti cardiotossici del trattamento chemioterapico nei pazienti segnalati per valutazione dal CSO per follow up ecocardiografico seriato.</p>	<p>1.1 Formalizzazione delle istruzioni operative</p> <p>1.2 Aggiornamento del sistema C@rdionet per favorire l’inserimento delle nuove variabili</p> <p>1.3 Analisi della frazione di eiezione con metodo tradizionale biplano</p> <p>1.4 Analisi della funzione sistolica del ventricolo sinistro con metodica triplanare e con metodica doppler tissutale</p> <p>1.5 Confronto tra i due approcci e</p>	<p>Andrea Di Leonarda Claudio Pandullo Antonella Cherubini Giorgio Faganello Eliana Grande Carmine Mazzone Giulia Russo Endria Casanova Borca Tiberio Pontoni</p>	<p>1.1 istruzioni operative formalizzate aggiornamento del sistema inserimento delle nuove variabili nel sistema C@rdionet (entro 30.04.11)</p> <p>1.2 screening ecocardiografico secondo le istruzioni operative di 30 utenti consecutivi segnalati dal CSO.</p> <p>1.3 Identificazione dei nuovi casi di disfunzione ventricolare sinistra individuati grazie alle nuove variabili esaminate (vs numero dei casi identificati con metodica</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	analisi dei dati		tradizionale) ed avviati ad un PDTA personalizzato
7. Studiare con ecocardiografia da sforzo i pazienti diabetici ad elevato rischio cardiovascolare per escludere la presenza di ischemia miocardica e ricercare la disfunzione ventricolare sinistra latente	7.1. Utilizzare l'ecocardiografia da sforzo per la ricerca di ischemia miocardica nei pazienti diabetici asintomatici ad elevato rischio cardiovascolare, selezionati per la presenza di precedenti eventi cerebrovascolari, aterosclerosi di distretti non coronarici o di punteggio UKPDS elevato (>20% a 10 anni) 7.2. Valutare la ridotta riserva contrattile, marker precoce di disfunzione ventricolare sinistra latente nei pazienti diabetici studiati con eco sforzo mediante il calcolo della frazione d'eiezione di base e da	Andrea Di Leonarda Claudio Pandullo Antonella Cherubini Giorgio Faganello Carmine Mazzone Endria Casanova Borca Tiberio Pontoni	7.1.1 Stesura di protocollo di studio del paziente diabetico asintomatico con danno d'organo, mediante ecocardiografia da sforzo (entro 30.04.11) 1.2 Aggiornamento del sistema C@rdionet per l'inserimento delle variabili considerate (entro 30.04.11) 1.3 Applicazione del protocollo di studio a 20 pazienti con le caratteristiche previste dal protocollo 7.2 Valutazione del numero dei casi con ischemia miocardica e/o con ridotta riserva contrattile da sforzo

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	sforzo e la valutazione dell'onda S al TDI della mitrale di base e da sforzo		
8. Standardizzazione di un PDTA e prognostico nei pazienti affetti da scompenso cardiaco e/o cardiopatia congenita attraverso la valutazione della capacità funzionale, con l'utilizzo dell'ergospirometria	8.1 Ottenere una valutazione funzionale integrata dei pazienti con scompenso cardiaco e/o GUCH sia sotto l'aspetto cardiorespiratorio che metabolico. 8.2 Fornire attraverso l'ergospirometria informazioni utile al cardiologo che ha in carico il paziente per la stratificazione prognostica e l'intervento terapeutico farmacologico e/o chirurgico.	Giulia Russo Andrea Di Lenarda Eliana Grande Donatella Radini Michela Casson Tiberio Pontoni Gioia Sola	8.1 Stesura di un protocollo per standardizzare la metodica Entro il 30-06-2012 8.2 Valutazione del test cardiopolmonare in 20 pazienti consecutivi afferenti agli Ambulatori Dedicati e/o all'Ambulatorio GUCH del Centro Cardiovascolare Entro il 31-12-2012
9. Implementazione dello strumento "Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare della Provincia di Trieste" per il miglioramento organizzativo, della qualità delle cure, dell'aderenza alla terapia.	9.1 Produzione mensile di reportistica riguardante le prestazioni eseguite, le prestazioni richieste e quelle già prenotate presso il Centro Cardiovascolare. Parametrizzazione del sistema 30/6/2012	Andrea Di Lenarda Donatella Radini	9.1 Report prodotti e diffusi come da azione 10.1

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Produzione mensile dei report nel secondo semestre 2012		
	9.2 Consolidamento dei dati dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare della Provincia di Trieste attraverso l'implementazione dell'inserimento in "Cardionet" dei dati codificati per alcune tipologie di pazienti prespecificati (scompenso cardiaco SCC; Cptlsc, diabete mellito DM).	Tutto il personale medico ed infermieristico del CCV	9.2 Inserimento in Cardionet di almeno un parametro codificato per ognuno degli indicatori predefiniti (PA, BMI, dosi farmaci, date eventi (SCC, DM, Cptlsc), NYHA (SCC), GFR (SCC e DM), Hb glicata (DM), LDL (Cptlsc) ed educativi infermieristici (SCC)) nella storia clinica del 75% dei pazienti seguiti presso gli Ambulatori Dedicati del CCV.
	9.3 Produzione di report mensili sulla prescrizione farmaceutiche e report semestrali sull'analisi dell'aderenza alle principali terapie cardiovascolari in collaborazione con la S.C. Assistenza Farmaceutica	Tutto il personale medico del CCV In collaborazione con SC Assistenza	9.3 Report prodotti e diffusi come da azione 10.3

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		Farmaceutica	
<p>10. PAL Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale.</p> <p>Creazione di un PDTA facilitato ed integrato tra CCV dell'AAS 1 e AOOTS (Radiologia diagnostica/interventistica - Chirurgia Vascolare) per la diagnosi e la terapia di rivascolarizzazione chirurgica e/o percutanea nei soggetti con arteriopatie critiche periferiche (aneurisma dell'aorta addominale, vascolopatia carotidea e degli arti inferiori).</p>	<p>1. Stesura di un protocollo operativo condiviso, tra CCV della ASS1 e Radiologia diagnostica/interventistica e - Chirurgia Vascolare della AOOTS per la selezione e l'invio ad un percorso facilitato diagnostico terapeutico nei pazienti ambulatoriali affetti arteriopatia periferica critica suscettibile di rivascolarizzazione percutanea o chirurgica dell'aorta addominale, del circolo arterioso degli arti inferiori e dei tronchi epiaortici.</p> <p>2. Creazione di una lista di appuntamenti dedicata alla presa in carico ed al follow-up.</p>	<p>1. Dott. Maurizio Fisicaro Dr.ssa Antonella Cherubini Infermiera: Michela Casson</p> <p>2) Infermiera: Michela Casson</p>	<p>1. Entro 30/3/2012 definizione e stesura del protocollo operativo concordato tra CCV della ASS1 e Radiologia diagnostica/interventistica e Chirurgia Vascolare della AOOTS</p> <p>2. Agenda dedicata agli appuntamenti per la presa in carico ed il follow-up dei pazienti con arteriopatia periferica critica</p> <p>3. Entro 31/12/2012 invio di almeno</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>3 Selezione presso l'ambulatorio vascolare del CCV di pazienti affetti da vasculopatia periferica critica suscettibile di rivascolarizzazione</p>		<p>20 pazienti selezionati a diagnostica Radiologica (angio TAC e/o angio RM) e di almeno 20 pazienti a procedure di rivascolarizzazione percutanea e/o chirurgica</p>
<p>11. PAL -Linea n. 3,4,4.1 Il paziente con malattie cronico-degenerative: continuità assistenziale. Integrazione del PDTA tra il Centro Diabetologico (CD) e il Centro Cardiovascolare (CCV) per la continuità assistenziale nei pazienti con Piede diabetico e arteriopatia periferica con incontri di formazione sul campo del personale medico e infermieristico del Centro Diabetologico volti a migliorare l'accuratezza nella selezione dei pazienti da inviare a diagnostica ECD e TCPO2 al CCV</p>	<p>Stratificazione del grado di ischemia critica (CLI) agli arti inferiori in persone con diabete. 1. Ridefinizione dei criteri clinici e strumentali di selezione e del percorso diagnostico tra i CD ed il CCV con via preferenziale per la valutazione del circolo arterioso con eco color Doppler (ECD) e misurazione con ossimetro della TCOP2 in tutti i soggetti diabetici affetti da piede diabetico con CLI e preparazione di un format con i criteri di inclusione ed esclusione al momento della segnalazione dei casi. 2. Programmazione, secondo agende concordate di incontri accreditati di</p>	<p>1. Dr. Maurizio Fisicaro Dr. Maurizio Ceschin Infermiera: Michela Casson 2. Dr. Maurizio Fisicaro Infermiera: Michela Casson</p>	<p>1. Entro 30/4/2012 definizione e stesura del protocollo operativo concordato tra il Centro Diabetologico ed il Centro Cardiovascolare e creazione di un format per la segnalazione dei casi. 2. Entro il 31/12/2012 almeno 3 incontri di formazione sul campo per la condivisione dei casi e</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>formazione sul campo per il personale medico e infermieristico del Centro Diabetologico e del CCV per condivisione dei casi, valutazione ed eventuale revisione dei criteri del format.</p> <p>3. Compilazione di un format con i criteri di inclusione ed esclusione da allegare alla richiesta di visita per ECD e TCPO2.</p> <p>4. Valutazione dell'appropriatezza di invio secondo i nuovi criteri</p>	<p>Tutto il personale della SS Diabetologica.</p> <p>3. Tutto il personale della SS Diabetologica</p> <p>4. Dr. Maurizio Fiscaro Dr. Maurizio Ceschin Infermiera: Michela Casson</p>	<p>valutazione degli esiti</p> <p>3. Entro 31/12/2012 Invio di almeno 80% dei casi con format compilato.</p> <p>4. Entro il 31/12/2012 relazione con analisi critica dei dati e valutazione dell'appropriatezza (almeno l'80% dei pazienti inviati secondo i nuovi criteri)</p>
<p>12. Implementazione dei contenuti rivolti all'utenza e agli operatori della sanità del sito web www.-cardiodiabete-ts.it</p>	<p>12.1 Lavoro di aggiornamento del sito WEB www.cardiodiabete-ts.it</p> <p>12.2 Utilizzo del Sito WEB come agenda on-line degli eventi/iniziativa/corsi /aggiornamenti ECM riguardanti gli utenti ed il personale del Centro</p>	<p>Andrea Di Leonarda, Donatella Radini, Medici CCV</p> <p>in collaborazione con i CDD dei Distretti</p>	<p>12.1 Aggiornamento periodico, almeno trimestrale, dell'agenda del sito Web con eventi, iniziative, corsi, news e dei contenuti formativi</p> <p>12.2,3 Insedimento di un "comitato di redazione; preparazione di almeno 1 newsletter al 31/12</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Cardiovascolare 12.3 Promozione del Sito WEB all'interno dell'azienda ASS1 e AOUTS, delle istituzioni locali e dei cittadini		
13. Creazione di un circuito territoriale per la gestione di pazienti con problematiche cardiologiche mediante teletrasmissione del tracciato ECG	1. Formazione degli operatori del CCV all'utilizzo del nuovo sistema LYFNET del 118 2. Elaborazione di un protocollo congiunto con 118 di presa in carico territoriale di pazienti con problematiche cardiache che non presentano carattere di emergenza per triage-controllo e monitoraggio clinico/strumentale presso il CCV. 3. Utilizzo del nuovo sistema LYFNET di teletrasmissione ECG per la refertazione del tracciato e indicazione del percorso appropriato ai fini della presa in carico secondo protocollo	Tutto il personale del CCV In collaborazione con i Medici e Infermieri del 118	1. Tutto il personale medico e infermieristico del CCV partecipa alla formazione entro il 30/06/2012 2. Protocollo congiunto entro il 30/09/2012 con la definizione dei percorsi 118-ccv 3. Presa in carico territoriale di tutti i pazienti segnalati secondo protocollo condiviso a partire dal 30/09/2012

Centro Sociale Oncologico

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
1. Miglioramento della Qualità	1.1 All'arrivo della documentazione completa apertura e registrazione della cartella oncologica entro 7 giorni lavorativi 1.2 Garantire l'appropriatezza dei tempi nell'erogazione del servizio e della terapia	Angela Denaro Antonio Murrone Maria Rosaria Macchiarella Laura Danieli Rossana Tonelli Fausta Lorenzon Claudia Mauro	1.1 entro 7 gg dal ricevimento della documentazione completa nel 100% dei casi 1.2.1 15 gg nel 100% dei casi dal completamento dati in cartella elettronica all'erogazione della prima visita oncologica 1.2.2 Entro 30 gg nel 100% dei casi dall'erogazione della terapia alla prima visita 1.2.3 Entro 48 ore dalla richiesta all'erogazione delle visite senologiche urgenti 31/12/2012
	1.2 Monitoraggio qualità percepita	Giorgio Mustacchi Silvia Milani Dellach Carla Maria Rosaria Macchiarella Laura Danieli Rossana Tonelli	Rilevazione di soddisfazione dell'Utenza con distribuzione mensile e valutazione annuale: almeno 85% soddisfatti o molto soddisfatti 31/12/2012

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
	Formazione. 1.3.1 Prosecuzione Corso Formazione sul campo sul Monitoraggio dell'uso della cartella elettronica. 1.3.2 Acquisizione di nuove competenze per il management del paziente oncologico e paziente con dolore per gli infermieri operanti all'interno della SC CSO	Rita Ceccherini Licia Serra Maria Rosaria Macchiarella Rosanna Favretto Paola Rumiz	Verifica ed analisi della congruità e completezza dell'inserimento dati.
	1.4 Ottimizzazione delle tempistiche e delle procedure per l'esecuzione di Tomografie Computerizzate programmabili per la rivalutazione di pazienti in trattamento chemioterapico per la malattia avanzata	Rita Ceccherini Silva Foladore Donatella Klancic Marzia Sisto Arianna Sossi Manola Iaia Maria Straniero Barbara Sila Fausta Lorenzon Favretto Rosanna	1.4 Programmazione ab initio controlli a 3 e 6 mesi con modulistica dedicata/ almeno 80% dei pazienti idonei ottengono esame nei tempi previsti 31/12/2012
2 Ottimizzazione utilizzo cartella elettronica Oncologica Regionale	2.1 Utilizzo corretto e sistematico della cartella informatizzata 2.2 Inserimento dei referti con firma digitale 2.3 Eliminazione cartella cartacea, che rimarrà	Tutto il Personale del CSO	Report di verifica del corretto utilizzo della cartella elettronica Oncologica regionale come a azioni 1,2,3,4

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
	<p>come “deposito” di documenti ufficiali (consenso, esami significativi di cui manca visualizzazione completa in G2) ma dovrà contenere meno carta possibile e non dovrà più essere usata nelle gestione corrente.</p> <p>2.4</p> <p>Cartelle vecchie: tutti i medici inseriscono regolarmente, per ogni paziente degli anni precedenti in appuntamento, almeno la visita e la storia clinica nel campo “visite”.</p>		
<p>3. Continuità nei percorsi di incentivazione dell’appropriatezza prescrittiva,</p>	<p>3.1</p> <p>Verifica appropriatezza della prescrizione dei farmaci ad alto costo da parte del CSO. Analisi delle richieste di Trastuzumab, Bevacizumab, Sunitinib, Pemetrexed, Cetuximab, Sorafenib, Temsirolimus</p>	<p>Rita Ceccherini Silva Foladore Angela Denaro Silvia Milani Donatella Klancic Marzia Sisto Arianna Sossi Lorena Castellani Manola Iaia Maria Straniero Barbara Sila Fausta Lorenzon Patrizia Gregorich Martina Matarrese</p>	<p>3.1</p> <p>Almeno il 90% delle prescrizioni sono coerenti con i criteri relativi ai farmaci indicati.</p>
<p>4. Screening oncologici. Proseguimento e consolida-</p>	<p>4.1</p> <p><u>Mammella</u> Invito alla partecipazione della popolazione</p>	<p>Carla Dellach Claudia Mauro Patrizia Gregorich</p>	<p>4.1</p> <p>Almeno 3 incontri pubblici informativi sono stati organizzati in</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
mento dell'attività	bersaglio 4.2 <u>Colon</u> % adesione al test di screening 4.3 Offerta II livello ai positivi al 1° livello	Martina Matarrese Laura Danieli	collaborazione con la sezione triestina della LILT 4.2 Almeno 3 incontri pubblici informativi sono stati organizzati, in collaborazione con la sezione triestina della LILT 4.3 100% al 31/12/2012
5. Cure palliative. Definire obiettivi di miglioramento per gli indicatori di qualità	Offrire supporto nel 100% dei casi richiesti dai Distretti	Licia Serra Paola Rumiz Favretto Rosanna Lorena Castellani	100% risposte 31/12/2012
6 Ottimizzazione somministrazione del farmaco oncologico biologico per via endovenosa Trastuzumab, di largo uso e alto costo.	Predisposizione agenda somministrazione in modo da condividere i dosaggi finali tra più pazienti al fine di ridurre lo scarto	Rita Ceccherini (Obiettivo SS Chemioterapia)	Valutazione del n° fiale teorico vs effettivo: almeno 10% risparmio principio attivo 31/12/2012
7 Potenziamento Servizio di Counselling Psichiatrico per i Pazienti Oncologici	Potenziare/ottimizzare le procedure di rete in collaborazione con DSM, Distretti e LILT	Giorgio Mustacchi (Obiettivo di Responsabile di SC) In collaborazione con DSM	Protocollo condiviso e applicato per selezione e indirizzo Pazienti secondo opportunità clinica entro il 2012

Sistema 118

Obiettivo generale	Azione	Struttura / Personale	Indicatore / Risultato atteso / Tempo
1 Incremento dell'attività di filtro alle ospedalizzazioni evitabili	Incremento del numero di casi di pazienti soccorsi e trattati a domicilio (direttamente o tramite attivazione di altre risorse) senza ospedalizzazione immediata.	Tutti gli infermieri del 118	Incremento del 5 % rispetto all'attività del 2011 (dato 2011= 1.114 casi) Raccolta dell'attività dei casi gestiti a domicilio su supporto cartaceo e quindi informatico
2. Assicurare un controllo costante della presenza e delle scadenze delle dotazioni (devices, presidi, ecc..) e dei farmaci presenti sui mezzi di soccorso 118	Effettuazione di controlli sistematici sui mezzi di soccorso 118 con check list dedicate.	Tutti gli OSS del 118	97% di conformità dei controlli in base a verifiche random sui mezzi di soccorso (relazione finale).
3. Trasmissione in tempo reale dei dati anagrafici delle persone soccorse dai mezzi del Sistema 118.	3.1 Trasmissione dei dati anagrafici alla CO da parte degli autisti a fine missione 3.2 Aggiornamento del punto 5 delle IO13.1 "Inserimento scheda medica nel SIES 118" per la definizione delle modalità di trasmissione dei dati anagrafici alla Centrale Operativa a fine missione entro 30	Tutti gli autisti del 118	Controlli random delle missioni non associate con il nominativo del paziente (relazione finale) 97% delle missioni completate (non abortite) con nominativo associato nel secondo semestre.

Obiettivo generale	Azione	Struttura / Personale	Indicatore / Risultato atteso / Tempo
	aprile 2012 3.3 per ogni nominativo di paziente non associato alla missione, produzione di report mensile per ogni autista 3.4 segnalazione scritta da parte della direzione 118 a singolo autista individuato dal report		
4. Il Piano di Maxiemergenza convenzionale e non, che definisce, classifica e affronta eventi straordinari con alto grado di rischio per la popolazione è stato messo in atto in corso di specifica esercitazione nazionale coordinata in Prefettura. Necessita di a) ulteriore condivisione e coordinato con gli Organi ed Enti interessati nella Provincia di Trieste; b) formazione ed addestramento del personale del Sistema 118 e degli Enti convenzionati per il soccorso	4.1 Affinamento della condivisione del piano di allertamento e coordinamento con le Forze dell'Ordine, Vigili del Fuoco. Soccorso Alpino e speleologico, Guardie Forestali, Dipartimento Prevenzione, C.R.I. ecc.) 4.2 Addestramento del Personale 118 e degli Enti convenzionati sui protocolli di intervento, sui materiali e relative check list e sul piano di allertamento e coordinamento	Gruppo di Lavoro : Antonaglia, Milos, Quargnal, Giacomelli, Sardo, Gorela, Moscarda	Formazione del 90% del personale 118 in tema di risorse materiali da utilizzare (sistema START) e sul Piano di allertamento e coordinamento e relativi Protocolli di intervento entro il 31/12/2012

Obiettivo generale	Azione	Struttura / Personale	Indicatore / Risultato atteso / Tempo
<p>5. Implementazione delle modalità gestionali informatiche del sistema dei Trasporti Secondari</p>	<p>5.1. Implementazione delle funzioni informatiche per la registrazione degli appuntamenti 5.2. Revisione Procedura</p>	<p>OSS del 118 addetti alla Centrale Operativa</p>	<p>5.1 Tutti gli appuntamenti sono registrati correttamente nel sistema informatico entro il 31/12/2012 (relazione finale) 5.2 Procedura revisionata entro 31/12/2012</p>
<p>6. Assicurare adeguati standard di sicurezza e comfort agli allestimenti dei mezzi di soccorso del Sistema 118</p>	<p>6.1. Adeguare il vano sanitario dei mezzi di soccorso in uso e quelli in acquisizione alle nuove strumentazioni acquisite 6.2. Ideare l'allestimento di un'ambulanza per il trasporto a distanza del paziente critico 6.3. Applicare le modifiche ideate dal gruppo di lavoro al capitolato di gara di acquisto delle ambulanze 6.4. Elaborare un progetto relativo all'allestimento di un'ambulanza destinata al paziente critico</p>	<p>Gruppo di Lavoro : Antonaglia, Turk, Zoch, Orlich, Reggente, Cleva, Tebaldi, Jereb</p>	<p>6. 1,2,3 Tutti i mezzi sono allestiti con il nuovo sistema di ancoraggio idoneo alle strumentazioni acquisite 6.4. Presentare il progetto entro il 31/12/2012</p>
<p>7.</p>	<p>Corretta utilizzazione del protocollo</p>	<p>Referenti gestione rifiuti</p>	<p>Rilevazione di un numero di non</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / Personale	Indicatore / Risultato atteso / Tempo
Corretta gestione dei rifiuti.	rifiuti aziendali.		conformità al protocollo rifiuti inferiore o uguale a 5
8. Assicurare il controllo degli elenchi degli utenti che usufruiscono dei trasporti secondari, inviati dagli appaltatori e trasmettere i prospetti excel aggiornati all'ufficio Finanza e Controllo	8.1. Rilevazione delle congruenze tra i dati del 118 ed i tabulati trasmessi dalla ditta trasporti appaltata entro 30 giorni dall'arrivo dei tabulati. 8.2. Trasmissione dei report aggiornati alla SC Finanza e Controllo	Personale amministrativo	Entro 30 giorni dalla trasmissione dei tabulati da parte della ditta appaltata inoltra a SCFC
9. Verifica della qualità e dell'adesione agli standard per gli Enti convenzionati	1. Effettuazione di verifiche ispettive periodiche sugli automezzi delle Associazioni convenzionate. 2. Tenuta, verifica e aggiornamento della documentazione relativa agli standard formativi del personale delle Associazioni convenzionate.	Responsabile e Coordinatori della Struttura	1. Almeno 5 ispezioni sulle ambulanze di trasporto convenzionate in servizio e redazione di un rapporto per ciascun mezzo ispezionato entro il 31 dicembre 2. Rapporto per ciascun Ente in convenzione con % di scostamento degli standards formativi inferiore al livello stabilito dagli specifici capitolati
10. Monitoraggio indicatori di processo e di esito del Sistema	1. Analisi periodica dei tassi di raggiungimento degli indicatori	Infermieri con specifica JOB DESCRIPTION	100% dei controlli e trasmissione mensile al Responsabile del Sistema 118

Obiettivo generale	Azione	Struttura / Personale	Indicatore / Risultato atteso / Tempo
118	definiti per gli obiettivi della produttività collettiva 2. Analisi mensile dei report di attività del Sistema 118		dei report su volume di attività generale, tempi di intervento per codice, eventi sentinella
11. Sviluppo attività complesse S.S. 118	1. Gestione del Servizio di Continuità Assistenziale; elaborazione di protocolli clinici e di strategia operativa 2. Revisione e implementazione delle Istruzioni Operative del Sistema 118	Responsabile della Struttura	2 nuove istruzioni operative 2 revisioni di istruzioni operative 2 implementazioni di istruzioni operative 31/12/2012
12. Creazione di un circuito territoriale per la gestione di pazienti con problematiche cardiologiche mediante teletrasmissione del tracciato ECG	1. attivazione del nuovo sistema LYFNET di teletrasmissione ECG 2. Elaborazione di un protocollo congiunto con CCV di presa in carico territoriale di pazienti con problematiche cardiache che non presentano carattere di emergenza per triage-controllo e monitoraggio	Medici e Infermieri del 118 In collaborazione con Medici e Infermieri del CCV	1. Tutto il personale medico e infermieristico del 118 partecipa alla formazione entro il 30/06/2012 2. Protocollo congiunto entro il 30/09/2012 con la definizione dei percorsi 118-CCV 3.

Obiettivo generale	Azione	Struttura / Personale	Indicatore / Risultato atteso / Tempo
	<p>clinico/strumentale presso il CCV. 3. Utilizzo del nuovo sistema LYFNET di teletrasmissione ECG per la refertazione del tracciato e indicazione del percorso appropriato ai fini della presa in carico secondo protocollo</p>		<p>Report di analisi dei carichi di lavoro potenziali (rapporto tra pazienti con caratteristiche predefinite dal protocollo sul totale dei pazienti cardiologici soccorsi) entro il 30/09/2012</p>
<p>13. Applicazione delle linee guida Utstein ai pazienti in arresto cardiaco</p>	<p>1. Formazione del personale 118 alla rilevazione dei dati per applicazione delle linee guida Utstein in corso di arresto cardiaco 2. Garantire la registrazione sulla scheda medica cartacea ed informatica dei dati relativi alle linee guida Utstein</p>	<p>Responsabile medico e Dirigente Medico n°1</p>	<p>1. Formazione del 100% del personale medico e infermieristico del 118 e verifica mediante test teorico e pratico di simulazione entro il 31/12/2012 2. Rilevazione del rapporto tra arresti cardiaci secondo linee guida Utstein e N° totale arresti cardiaci, relativo agli ultimi due mesi (relazione finale).</p>
<p>14. Applicazione di nuove metodologie nel trattamento dell'arresto cardiaco</p>	<p>1. Elaborazione e applicazione di un protocollo relativo all'uso di specifici device in corso di arresto cardiaco 2.</p>	<p>Responsabile medico e Dirigente Medico n°2</p>	<p>1. Formazione del 100% del personale medico e infermieristico del 118 e verifica mediante test teorico e pratico di simulazione entro il 31/12/2012 2.</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / Personale	Indicatore / Risultato atteso / Tempo
	Formazione dei medici e degli infermieri del 118 sul protocollo		Rilevazione del rapporto tra arresti cardiaci con applicazione del protocollo e N° totale arresti cardiaci, relativo agli ultimi due mesi dell'anno (relazione finale).

Segreteria della Direzione Strategica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Gestione degli spazi di proprietà dell'A.S.S. 1 denominati "Centro di Formazione Aziendale - Sala A e B" e "Sala Rosa".	1.1 Rilevazione puntuale di tutti i beni aziendali presenti negli spazi in argomento.	Maria Teresa Galimi Antonella Greco Lorena Battista Luisa Giove Igor Pischianz	1.1. Trasmissione alla Direzione strategica delle schede inventario entro il 31.03.2012
	1.2. Creazione ed aggiornamento in tempo reale delle agende informatizzate interne agli Uffici di Segreteria per la concessione in uso temporaneo degli spazi a Strutture interne all'Azienda o ad altri soggetti pubblici o privati.		1.2. Inoltro alla Direzione strategica delle copie della pianificazione settimanale delle agende alla data 30.06.2012 (entro il 15.07.2012) e 31.12.2012 (entro il 15.01.2013).
	1.3. Monitoraggio delle richieste pervenute, con evidenza della natura del soggetto richiedente, nonché della tipologia dell'evento organizzato.	Luisa Giove	1.3. Realizzazione e trasmissione alla Direzione strategica di un report annuale entro il 15.01.2013.
2. Gestione delle sale riunioni A e B di Villa Renner.	Creazione ed aggiornamento in tempo reale delle agende informatizzate interne agli Uffici di Segreteria per la concessione delle sale riunioni alle Strutture interne dell'Azienda.	Maria Teresa Galimi Antonella Greco Lorena Battista Luisa Giove Igor Pischianz	Inoltro alla Direzione strategica delle copie della pianificazione settimanale delle agende alla data 30.06.2012 (entro il 15.07.2012) e 31.12.2012 (entro il 15.01.2013).
3. Garanzia della continuità del perseguimento di un protocollo	Gestione della totalità della corrispondenza attraverso l'implementazione costante dell'archivio informatizzato nell'ambito del programma di protocollazione generale INSIEL, tramite inserimento di tutte la	Igor Pischianz	Produzione e presentazione alla Direzione strategica di n. 2 reports, attestanti l'avvenuta implementazione dell'archivio informatizzato: <ul style="list-style-type: none"> entro il 15.07.2012

<p>gestibile interamente in formato file, anche al fine di allineare le attività al progressivo superamento della forma cartacea.</p>	<p>documentazione in arrivo ed in partenza alla/dalla segreteria della Direzione sanitaria (archivio parallelo a quello ordinario cartaceo) da attuarsi tramite scannerizzazione degli atti.</p>		<p>(periodo dal 01.01.2012 al 30.06.2012) • entro il 15.01.2013 (periodo dal 01.01.2012 al 31.12.2012)</p>
---	---	--	--

Programmazione Strategica

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
1. Sviluppare la comunicazione basata su piattaforma audiovisiva.	1. Predisporre un nuovo canale web aziendale e mettere a disposizione del cittadino materiale video informativo su tematiche di prevenzione ed educazione alla salute.	Roberto Michelazzi	1. Progetto di comunicazione aziendale: apertura di un canale su You Tube entro il 30/06/12
	2. Aumentare messa in rete di materiale audiovisivo di informazione sia di produzione aziendale che di produzione esterna.	Roberto Michelazzi	2. Inserimento di almeno 5 video entro il 30/06/12
	3. Allestire e mettere in funzione postazioni di comunicazione audiovisiva nelle principali sedi aziendali.	Roberto Michelazzi Paola De Poli	3. Realizzazione di almeno 6 postazioni entro il 31/08/12
2. Favorire la conoscenza del processo di programmazione Aziendale e degli strumenti quantitativi e qualitativi di monitoraggio e valutazione	Realizzare incontri con il personale dei distretti sul tema della programmazione sanitaria, di budget e di valorizzazione delle attività distrettuali attraverso l'utilizzo di strumenti di monitoraggio e di valutazione condivisi	Marco Braidà Marco Spanò	Condivisione di un set di indicatori per almeno un settore distrettuale.
3. Sviluppare il processo di monitoraggio delle attività aziendali	Approfondire la conoscenza dei data base disponibili, costruire rete di informazioni con gli altri servizi aziendali e con la Regione, pubblicare dati di interesse	Marco Braidà Marco Spanò	Almeno 2 report di interesse inviati alla Direzione Generale
4. Consolidamento del	4.1 Sopralluoghi nei distretti, audit con i referenti	Sara Sanson Referente aziendale	4.1 Predisposizione di elaborato ed

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
<p>programma regionale di accreditamento istituzionale. Valutazione della conformità ai requisiti di autorizzazione e di accreditamento degli ambulatori dei Distretti</p>	<p>distrettuali e compilazione delle check list che riguardano i requisiti generali autorizzativi, i requisiti generali di accreditamento, gli standard HPH-HS 4.2 Predisposizione di elaborato ed inoltro alla Regione (area accreditamento)</p>	<p>HPH In collaborazione con Dipartimento di Prevenzione (Rizzo Marco) QUAS Medico competente</p>	<p>inoltro alla Regione (area accreditamento) 4.2 Effettuare la valutazione di conformità degli standard organizzativi per l'accreditamento istituzionale e dei requisiti HPH HS di tutti gli ambulatori di 1 distretto (100% check list compilate) 31/12/2012</p>
<p>5. Prevenzione incidenti domestici Accrescere le competenze in un ottica di empowerment degli operatori della scuola attraverso informative/formative sulla prevenzione degli incidenti domestici</p>	<p>- incontri finalizzati alla definizione di progetti di formazione rivolti ad insegnanti e studenti della scuola superiore di 2° grado. - supporto alla formazione degli insegnanti e degli studenti, compresa la collaborazione eventuale nell'analisi dei dati rilevati dagli studenti</p>	<p>Sara Sanson Referente aziendale HPH In collaborazione con DIP coordinamento attività sanitarie personale sanitario referente Gruppo Dipartimentale di epidemiologia SCPSAL responsabile SCISPPA tecnico della Prevenzione S.S. Sicurezza</p>	<p>Al 31.12.2012 Definizione di un progetto di formazione di insegnanti e studenti di un istituto scolastico (scuola superiore di secondo grado con decenza agli studenti). Raccolta ed elaborazione di almeno 150 check list relative ad abitazioni degli studenti</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
		Impiantistica tecnico della prevenzione	

Ufficio Relazioni con il Pubblico

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
1. Progettazione spazio web riservato ad Associazioni che collaborano con l'Azienda, nell'ambito del sito aziendale.	1. Mappatura delle Associazioni 2. Creazione data base 3. Progettazione contenuti web	Tutto il personale URP	Invio del progetto al webmaster per la pubblicazione entro 15.07.12
2. Realizzazione di una indagine sulla soddisfazione dei cittadini rispetto alle attività di informazione URP 2011	1. Progettazione 2. Realizzazione dell'indagine	Tutto il personale URP	Presentazione dei risultati entro il 31.12.12
3. Aggiornamento spazio web URP nell'ambito del sito aziendale (Obiettivo dirigente URP) I semestre	Progettazione nuovi contenuti	Dirigente URP	Invio al webmaster per la pubblicazione <i>on line</i> entro il 15.07.12

Qualità Ambiente e Sicurezza

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
1. Implementazione del Sistema di gestione della sicurezza e salute sul lavoro SGSL UNI INAIL	Elaborazione della procedura per la valutazione dei rischi da interferenza	Tutto il personale SPPA	Procedura elaborata entro novembre 2012. Documento inserito nel sito intranet entro il 31 dicembre 2012
2. Implementazione del Sistema di gestione della sicurezza e salute sul lavoro SGSL UNI INAIL	Elaborazione della procedura per la gestione delle emergenze.	Tutto il personale SPPA	Procedura elaborata entro marzo 2012 Documento inserito nel sito intranet entro il 31 dicembre 2012
3. Implementazione del Sistema di gestione della sicurezza e salute sul lavoro SGSL UNI INAIL	Elaborazione della procedura per la gestione dell'utilizzo dei veicoli Aziendali.	Tutto il personale SPPA	Procedura elaborata entro luglio 2012. Documento inserito nel sito intranet entro il 31 dicembre 2012
4. Promozione della salute nei luoghi di lavoro, Alcool e lavoro, uso di sostanze psicotrope: incontro di formazione sulla normativa; "corretto utilizzo dei DPI " per gli operatori del 118	Predisposizione e attuazione di 4 corsi di formazione residenziale in collaborazione il MC per il personale del 118	F. Aizza In collaborazione con il Medico Competente (M. Peresson)	Almeno 4 corsi di formazione Realizzati entro giugno 2012 per un totale di almeno 70 operatori 118 formati
5.	Predisposizione e attuazione di due corsi di	SPPA (Lorenzi,	Almeno 2 corsi di 4 ore con test di

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
Corso pre-analitica rischio biologico	formazione residenziali in collaborazione con l'AOOUTS al personale ASS 1 in materia di gestione del prelievo venoso e arterioso	Dragani, Ripa, Tromba, Berni)	apprendimento degli operatori formati superiore all'80%
6. Definizione di una nuova istruzione operativa per la gestione degli interventi di pronta disponibilità con report riassuntivo di fine anno	6.1 Predisposizione della modulistica di intervento 6.2 Registrazione informatizzata 6.3 Reportistica riassuntiva di fine anno	Vucas (SPPA)	Modulistica entro il 30 giugno 2012 Registrazione informatizzata interventi con report riassuntivo degli interventi entro il 31 dicembre 2012
7. Verifiche con la Commissione di vigilanza sulle strutture sanitarie private (Delibera ASS n. 1 Triestina n° .8 d.d. 14 gennaio 2011)	Effettuazione di apposite verifiche per la verifica degli standard di prevenzione e sicurezza nelle strutture sanitarie private.	F.Aizza (SPPA) In collaborazione con Dipartimento di Prevenzione	Almeno 12 strutture verificate entro il 31 dicembre 2012
8. Sviluppare le competenze degli operatori e sul sistema SISTRI e la cultura della corretta gestione dei gestione rifiuti	Predisposizione e attuazione di corsi di formazione residenziali sulla gestione dei rifiuti secondo il sistema SISTRI e sulla raccolta differenziata in ASS1 in collaborazione con la cooperativa Querciamonte. Predisposizione di corsi di formazione sul campo presso le strutture dell'ASS1 per in collaborazione con il Servizio Infermieristico Aziendale Effettuare due incontri per ogni struttura che detiene la chiavetta SISTRI di	Dragani Francesca, Ripa Luisa, Berni Elena, Tromba Giovanna (Ambiente)	Almeno 100 persone formate in 10 corsi di formazione residenziale entro il 31/12/2012 Almeno 1 corso di formazione sul campo in due edizioni per almeno 40 persone formate

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
	4 ore ciascuno per approfondire la conoscenza pratica del sistema SISTRI su pc Effettuare incontri con i coordinatori dei servizi dei servizi che gestiscono rifiuti sanitari pericolosi		
9. Sopralluoghi e verifiche presso le strutture ASS1 in campo ambientale	9.1 Effettuare sopralluoghi presso le varie strutture dell'ASS1 9.2 verificare la corretta tenuta dei registri carico e scarico dei rifiuti (non più di 5 non conformità)	Dragani Francesca Ripa Luisa Berni Elena Tromba Giovanna (Ambiente)	Almeno un sopralluogo in ogni struttura /servizio e relazione finale sulle non conformità riscontrate entro il 31/12/2012
10. Contribuire al raggiungimento della conformità agli standard BCFI UNICEF sull'allattamento materno	10.1 Predisporre la bozza di documento sulla politica aziendale estesa per l'allattamento materno secondo quanto richiesto dallo standard Passo 1 BCFI	10.1 Giuseppe Romano Fabiola Caputo In collaborazione con i Distretti	10.1 Trasmettere la bozza del documento sulla politica aziendale estesa per l'allattamento materno alla responsabile aziendale del progetto UNICEF entro il 31/05/2012
	10.2 Predisporre le brochure informative per l'utenza (brochure "Aspetti un bambino? e brochure Politica breve + riferimenti distrettuali) secondo quanto richiesto dallo standard Passo 3 BCFI	10.2 Giuseppe Romano In collaborazione con i Distretti	10.2 Trasmettere le bozze di brochure alla responsabile aziendale del progetto UNICEF entro il 31/10/2012

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
11. Contribuire al controllo sugli appalti economici in outsourcing	Collaborare con la SS GSG nella redazione della procedura sulla gestione e controllo del servizio di pulizie in outsourcing	Giuseppe Romano Fabiola Caputo In collaborazione con i GSG	Trasmettere alla Direzione Strategica la bozza della procedura sulla gestione del processo esternalizzato del servizio di pulizie entro il 31/12/2012

Controllo Strategico

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
1 Individuazioni di PDTR al fine dell'omogeneizzazione dell'attività tra i servizi distrettuali	Individuazione di un PDTA per le demenza	Responsabile struttura	Bozza del PDTA condiviso coi servizi distrettuali
2. Miglioramento dell'appropriatezza clinica, organizzativa, di processo e normativa	2.1 Condivisione del protocollo in A.V.con coinvolgimento dei pLS 2.2. Predisposizione di una formazione specialistica di A.V. (ASS1, ASS2, Burlo, finalizzati all'applicazione del PDTR sui disturbi generalizzati dello sviluppo .	Tutta la struttura	2.1 Predisporre una seduta delle due AFT aziendali per 1 coinvolgimento dei PLS di ASS 1 sul PDTR 2.2. Attivazione di tre corsi di formazione: - sulla CARS - sul modello psicoeducativo - sull'E.S.D.M. I e II livello;
3. Analisi comparata tra i servizi aziendali operanti nell'area materno infantile	Monitoraggio e analisi dell'attività ambulatoriale e domiciliare rivolta a minori col supporto della S.C. Finanza e controllo	Debernardi In collaborazione con FC	3. Almeno tre report entro dicembre 2011

Innovazione e Progetti di Rilievo Nazionale e Internazionale

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso / Tempo
<p>1. Sostenere le strutture della ASS1 nella realizzazione dei progetti aggiudicati- a valere su bandi provinciali, regionali, nazionali o europei.</p>	<p>1. Supporto nelle formulazione di delibere di presa d'atto e iter burocratici specifici, impostazione rendicontazione e atti amministrativi.</p> <p>2. Supporto alle relazioni di partnership</p>	<p>Chiara Strutti</p>	<p>1. Formulazione di almeno 3 delibere (di presa d'atto e/o accettazione di contributo) o gestione di procedure amministrativo-burocratiche - richieste dagli enti erogatori di fondi per accedere ai finanziamenti aggiudicati.</p> <p>2. Organizzazione e realizzazione di almeno 5 incontri con partner internazionali di progetto</p>
<p>2. Contribuire allo sviluppo di proposte progettuali innovative finalizzate allo sviluppo delle linee strategiche della ASS1</p>	<p>1. Sostegno all'insieme della ASS1 nelle procedure di formulazione di progetti</p> <p>2. Ricerca di finanziamenti finalizzati</p>	<p>Chiara Strutti</p>	<p>1. Partecipazione ad almeno 2 bandi (provinciali, regionali, nazionali o europei) entro il 31/09/12</p> <p>2. Segnalazione di almeno 5 bandi ai servizi competenti dell'area tematica di cui a ciascun bando, entro il 31/09/12</p>

Direzione Sanitaria. Ufficio Progetti Area Sanitaria

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
1 Invio alla Colposcopia dei pap-test con anomalie (come da protocollo Regionale) entro 8 settimane dalla data di refertazione .	1.1 Consolidamento della collaborazione con l'Anatomia Patologica di Cattinara e con l'ambulatorio di Colposcopia del Burlo Garofolo. 1.2 Registrazione informatica dell'attività del servizio.	Ufficio Progetti Area Sanitaria	1.1 Al 31 dicembre 2012 invio in colposcopia del 100% dei pap-test con anomalie del 2012. 1.2 Inserimento di tutti i dati, con report di verifica.
2 Progetto "Mediazione Culturale in Sanità anno 2011-2012"	2.1 Coordinamento dell'attività di mediazione culturale prevista dal progetto 2.2 Predisposizione della relazione illustrativa dell'attività svolta e dell'utilizzo del finanziamento regionale concesso	Ufficio Progetti Area Sanitaria	Relazione illustrativa e rendiconto inviato entro 31 luglio 2012
3 Progetto "Buone pratiche contro la pedofilia" ai sensi della L.R. 20/04 art 21 Attività di informazione/formazione agli operatori per prevenire ed arginare il fenomeno della pedofilia e dell'abuso sessuale	3.1 Partecipazione al Tavolo di Coordinamento del progetto per definire gli obiettivi e le azioni in ambito formativo e operativo 3.2 Predisposizione della richiesta di finanziamento per le attività da svolgere nell'anno 2013 in sinergia con Comune di Trieste ed altri enti coinvolti	Ufficio Progetti Area Sanitaria	Stesura progetto e protocollo d'intesa entro 31 luglio 2012

Direzione sanitaria. Medico competente (risk manager)

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
1. Interventi in tema di alcol e lavoro nell'ASS1 Triestina nell'ambito degli obblighi previsti dalla Legge 125/01 e dal D.Lgs 81/2008.	1. Promozione della salute individuale in sede di visita medica. Nell'ambito della sorveglianza sanitaria ai dipendenti verra' somministrato un questionario per sviluppare una consapevolezza sui rischi e le responsabilita' correlati al bere, con avvio a programmi terapeutici e riabilitativi nei casi di vero e proprio abuso o dipendenza	<u>Direzione Sanitaria</u> Medico competente	1. Somministrazione di questionario al 70% dei dipendenti ASS 1 afferenti all'ambulatorio del Medico Competente 31/12/12
	2. Avvio a programmi terapeutici e riabilitativi nei casi di vero e proprio abuso o dipendenza	<u>Direzione Sanitaria</u> Medico competente in collaborazione con dirigente medico SC Dipendenza da sostanze legali del DdD	Presenza in carico di tutti i dipendenti inviati alla SC Dipendenza da sostanze legali del DdD 31/12/12
	3. Formazione residenziale indirizzata al personale di una struttura (118)	<u>Direzione Sanitaria</u> Medico competente in collaborazione con Responsabile SPPA	3. 4 corsi di formazione per almeno il 70% del personale formato entro il 30/06/2012
2 Interventi in tema di stress lavoro correlato e benessere organizzativo	1 Somministrazione raccolta e elaborazione dei questionari soggettivi e oggettivi e dei questionari HPH nelle strutture Distretto 3, CSO,CCV, CSM Barcolla, DIP, uffici	<u>Direzione Sanitaria</u> Medico competente in collaborazione con TdP Dipartimento di	1 Documento di valutazione finale del rischio stress lavoro correlato 31/12/2012

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
	amministrativi 2.1 definizione delle nuove procedure di invio dei dipendenti con problemi stress lavoro correlati al DDD e al CSM 2.2 Invio in consulenza dei dipendenti con patologie e disturbi stress lavoro correlati	Prevenzione <u>Direzione Sanitaria</u> Medico competente In collaborazione con Dirigente medico psichiatra SC Dipendenza da sostanze legali del DdD Dirigente medico psichiatra CSM Domio	2.1 Procedure congiunte definite 30/6/2012 2.2 Tutti i dipendenti sono inviati secondo le procedure definite ai dirigenti medici psichiatri 31/12/12
3. Prosecuzione del Progetto Operatori della Sanità Liberi dal Fumo, con riferimento ai dipendenti della ASS n. 1 Triestina	1. Misurazione del CO espirato in fumatori e non fumatori dipendenti ASS 1 afferenti all'ambulatorio del Medico Competente nel 2012 che non abbiano ancora effettuato il test (prime visite) e per i fumatori in visita periodica 2. Valutazione di dipendenza e di motivazione a smettere dei fumatori afferenti all'ambulatorio del Medico Competente nel 2012	<u>Direzione Sanitaria</u> Medico competente in collaborazione con: S.S. dipartimentale Medicina del Lavoro Personale sanitario del comparto Direzione Dip – gruppo di lavoro dipartimentale di epidemiologia	1. Valori di riferimento di CO espirato in almeno il 70% dei dipendenti ASS1 afferenti all'ambulatorio del Medico Competente nel 2012 che non abbiano mai effettuato il test (prime visite) e dei fumatori in visita periodica 31/12/2012 2. Valutazione in almeno il 80% dei fumatori afferenti all'ambulatorio del Medico Competente nel 2012-31/12/2012
	3	In collaborazione con	3.

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
	Invio diretto alla SC Dipendenza da sostanze legali del DdD (comunicazione email del nominativo e del numero di telefono) dei dipendenti ASS 1 fumatori che abbiano manifestato il desiderio di smettere e che abbiano dato il consenso ad essere contattati	dirigenti medici e dirigenti psicologi della SC Dipendenza da sostanze legali del DdD	Contatto da parte della SC Dipendenza da sostanze legali del 100% dei dipendenti ASS1 fumatori che abbiano dato il consenso 31/12/2012
4. Miglioramento del sistema di incident reporting secondo quanto previsto dal piano regionale per il rischio clinico.	<p>1 Formazione del personale sul rischio clinico e sul corretto utilizzo della scheda di incident reporting</p> <p>2 Inclusione nella scheda di incident reporting dei campi definiti a livello regionale e raccolta dei dati sia sui near miss che sugli eventi avversi</p> <p>3 Azioni di miglioramento mirate agli eventi piu' frequenti (cadute)</p> <p>4 Esecuzione di RCA in caso di eventi che superino lo score di 6</p> <p>5 Analisi periodica dei dati</p>	<p><u>Direzione sanitaria</u> Referente aziendale rischio clinico</p>	<p>1. Quattro eventi formativi per i dipendenti con test dei apprendimento positivo al 80%</p> <p>2 Modifica della scheda già presente in intranet</p> <p>3 Formalizzazione di un protocollo aziendale di sorveglianza sulle cadute in RSA</p> <p>4. Esecuzione di almeno 1 RCA (se eventi con score > di 6)</p> <p>5.1 Report annuale sul numero delle</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
			segnalazioni* 5.2 Report annuale sul monitoraggio delle segnalazioni analizzate* 5.3 Report annuale sulla valutazione delle azioni intraprese* 31/12/2012

Servizio Infermieristico Aziendale

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
1. Verifica della qualità della documentazione clinica nelle 4 RSA e nei SID dei 4 distretti (PAL)	1.1 Verifica nel corso dell'anno (con <i>check list Joint Commission International</i>) della qualità delle cartelle cliniche chiuse prese random: a) n. 120 cartelle delle 4 RSA b) n. 120 cartelle dei SID dei 4 Distretti; 1.2 Realizzazione di audit con i responsabili infermieristici delle RSA e dei SID per promuovere azioni di miglioramento	Dirigente SC SIA In collaborazione con il referente aziendale del rischio clinico (drssa Peresson) e referente aziendale per la documentazione (dr Bergamini)	1.1. Realizzare 2 réport semestrali sulle verifiche delle cartelle cliniche (a semestre 60 delle RSA e 60 del SID) 1.2. Realizzare almeno 2 audit con i responsabili infermieristici delle 4 RSA e del SID dei distretti per promuovere miglioramenti nella gestione della documentazione clinica.
2. Sviluppo e applicazione strumenti di valutazione a supporto della presa in carico integrata – uso e informatizzazione VALGRAF – GENESYS – ICD9- CM	Realizzare audit di formazione promozione della corretta gestione del sistema informativo/informatico relativo all'uso e implementazione dei dati VALGRAF e ICD9 – DM nel sistema regionale	Dirigente SC SIA In collaborazione con il Dirigente infermieristico del Distretto 4	2.1. Almeno 2 audit realizzati con i responsabili infermieristici e i fisioterapisti dei distretti. 2.2 Realizzare almeno 1 audit con il personale che informatizza i dati al PC nei distretti.
3. Corretta gestione dei rifiuti	Realizzare audit di formazione promozione della corretta gestione e tracciabilità dei rifiuti (SISTRI Aziendale) e uniformare le	Dirigente SC SIA in collaborazione con il	Almeno 3 audit realizzati con i dirigenti e responsabili infermieristici aziendali

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
	conoscenze	Referente Aziendale Energy Manager	
4. Sviluppo del Progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE"	Formazione del personale aziendale sull'Igiene delle mani	Comparto SC SIA	Almeno 1 infermiere del SIA formato e almeno 1 evento di formazione per il personale di supporto delle 4 RSA, con valutazione finale del test di apprendimento pari al 90%.
5. Miglioramento della qualità del trattamento delle lesioni cutanee con EBN e promozione delle LLGGII	Realizzare programmi di formazione di EBN e LLGGII sui seguenti argomenti: a. bendaggio compressivo b. preparazione del letto della ferita c. razionale d'uso delle medicazioni avanzate aggiudicate dal DSC d. lesioni da decubito e. piede diabetico f. protocollo aziendale sui sistemi terapeutici a pressione negativa	Comparto SC SIA	Almeno 1 evento di formazione per ogni distretto con 24 ore teoriche e 6 ore pratiche per almeno 50 infermieri coinvolti nell'assistenza a persone con lesioni cutanee.

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
<p>6. Verifica della qualità della documentazione clinica – delle 4 RSA e dei SID dei 4 Distretti (PAL –rischio clinico)</p>	<p>6. Verifica della qualità con check list Joint Commission International <u>RSA</u> 6.1 Valutazione random delle cartelle cliniche delle RSA, in particolare della presenza e completezza dei seguenti documenti: a. consenso informato quando necessario b. scala di valutazione del rischio di lesioni da decubito c. scala di valutazione di rischio cadute d. valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e rivalutazione all'occorrenza durante il periodo di degenza e. foglio unico di terapia per i primi 7 gg <u>SID</u> 6.2. Verifica della presenza e completezza dei seguenti documenti a. valutazione del rischio di lesioni da decubito b. valutazione iniziale del dolore c. foglio unico di terapia</p>	<p>Comparto SC SIA In collaborazione con il referente aziendale per il rischio clinico</p>	<p>6.1 N 120 cartelle cliniche chiuse <u>RSA</u> (a bimestre 5 =30 verificate /anno per RSA) e 6 verbali bimestrali di verifica 6.2 N 120 cartelle cliniche chiuse del <u>SID</u> (a bimestre 5 =30 verificate/anno per ogni distretto) e 6 verbali bimestrali di verifica</p>

Servizio Riabilitazione Aziendale

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
Assistenza protesica: miglioramento dell'attività di riciclo in protesica (Linea n. 1.3.3.4)	1. Adozione del nuovo regolamento sulla gestione delle procedure di accesso alle prestazioni di assistenza protesica e integrativa e formazione degli operatori. 2. Monitoraggio dell'attività di riciclo in protesica in collaborazione con i servizi aziendali di riabilitazione e il personale di magazzino attraverso audit e verifiche	Servizio Riabilitazione Aziendale	1. Procedure aggiornate secondo quanto previsto dal nuovo regolamento deliberato dalla Regione 2. Almeno 10 audit con rilevazione delle criticità e report finale con le attività di miglioramento eseguite
Miglioramento delle modalità operative attraverso l'utilizzo di strumenti comuni (Linea n. 1.3.3.1 Accreditemento)	Monitoraggio, verifica delle procedure e produzione o aggiornamento di modulistica ad hoc da utilizzare nei servizi di riabilitazione di ASS1	Servizio Riabilitazione Aziendale	Relazione finale con le eventuali modifiche apportate entro il 31/12/2012
Adozione di PDT di M. di Parkinson (MdP) (Linea n. 1.3.3.3 Sicurezza e governo clinico)	1. Definizione dei PDT in M. di Parkinson secondo le linee guida europee	Servizio Riabilitazione Aziendale	1. PDT in M. di Parkinson definito ed inviato alla Direzione Sanitaria (documento)

Gestione Convenzioni Medicina Generale e Specialistica

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
1. Promuovere indirettamente le procedure di accreditamento istituzionale	1.1. Individuare i contenuti da riportare nell'AIA degli specialisti per facilitare l'accredimento delle strutture aziendale 1.2. Predisposizione di un prospetto per l'aggiornamento dello stato di accreditamento delle strutture private univoco con quello in possesso del Dipartimento di prevenzione	Dirigente di struttura	1.1 Predisposizione di un documento con i contenuti da riportare al tavolo negoziale al fine dell'accredimento delle strutture aziendali da inviare alla struttura relazioni sindacali prima della conclusione del negoziato per la sottoscrizione dell'AIA 1.2.1. Predisposizione di un supporto informatico con e per l'aggiornamento dell'elenco delle strutture accreditate da confrontare con il Dipartimento di prevenzione 1.2.2 Aggiornamento trimestrale del supporto con invio alla direzione sanitaria a partire da giugno 2012 (almeno due invii)
2. Verifica dello stato di incompatibilità degli specialisti ambulatoriali e degli psicologi convenzionati rispetto all'autocertificazione	2.1 controllo incrociato con i dipendenti delle strutture private accreditate	Personale del comparto Ufficio Medicina Specialistica Giovanna Ragnetti Egle Sasso	2.1 Entro il 31 dicembre 2012, controllo del 100% delle segnalazioni delle case di cura private accreditate in rapporto agli specialisti

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
informativa	<p>2.2 incrocio tra i medici fiscali operanti per conto dell'azienda e gli specialisti ambulatoriali</p> <p>2.3 incrocio dei titolari di incarico di specialista ambulatoriale con altri incarichi di medicina convenzionata</p>		<p>ambulatoriali titolari di incarico</p> <p>2.2 Entro il 31 dicembre 2012, verifica del 100% dei medici che esercitano attività di medico fiscale per conto dell'Azienda in rapporto agli specialisti ambulatoriali titolari di incarico</p> <p>2.3 Entro il 31 dicembre 2012, controllo del 100% degli specialisti ambulatoriali negli elenchi delle altre tipologie di convenzione</p>
3. Miglioramento dell'efficienza della procedura per la gestione delle presenze/assenze	<p>3.1 Individuazione della procedura per la formalizzazione del profilo orario</p> <p>3.2 Inserimento in winrap dei profili orari individuali</p>	<p>Personale del comparto Ufficio Medicina Specialistica Giovanna Ragnetti Egle Sasso</p>	<p>3.1 Entro il 30 giugno 2012, comunicazione della procedura ai capi servizio delle strutture presso cui operano specialisti ambulatoriali e psicologi convenziati. Risultato atteso: inoltro della bozza</p> <p>3.2 Entro il 31 dicembre 2012 inserimento dell'80% dei profili orari in winrap</p>
4. Verifica dello stato delle eventuali incompatibilità dei medici di medicina generale	4. Controllo incrociato tra i medici di medicina generale per l'assistenza primaria ed i pediatri di libera scelta titolari di rapporto	<p>Personale del comparto Ufficio della Medicina Generale e della Pediatria di Libera</p>	<p>4. Predisposizione di un report di verifica e di controllo con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le segnalazioni delle case di

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
per l'assistenza primaria e dei pediatri di libera scelta	convenzionale con l'Azienda con: <ul style="list-style-type: none"> • i dipendenti delle Strutture private accreditate della Provincia di Trieste; • i medici fiscali operanti per conto dell'Azienda; • gli elenchi degli incarichi di medicina specialistica ambulatoriale operanti nell'Azienda. 	Scelta Alessandro Battiston Antonietta Procida	cura private accreditate della Provincia di Trieste in rapporto ai medici di medicina generale per l'assistenza primaria ed ai pediatri di libera scelta titolari di rapporto convenzionale con l'Azienda; <ul style="list-style-type: none"> • l'elenco dei medici che esercitano attività di medicina fiscale per conto dell'Azienda in rapporto ai medici di medicina generale per l'assistenza primaria ed ai pediatri di libera scelta titolari di rapporto convenzionale con l'Azienda; • l'elenco dei medici con incarico di medicina specialistica ambulatoriale operanti nell'Azienda in rapporto ai medici di medicina generale per l'assistenza primaria e dei pediatri di libera scelta titolari di rapporto convenzionale con l'Azienda.
5. Verifica degli aspetti giuridici ed economici dei collaboratori	Verifica sotto l'aspetto giuridico ed economico (ai sensi dell'A.C.N. e dell'A.I.R. vigenti) della sussistenza delle situazioni di	Personale del comparto Ufficio della Medicina Generale e della	Entro il 31 dicembre 2012 predisposizione di un report analitico e dettagliato negli aspetti

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
di studio e degli infermieri professionali dei medici di medicina generale per l'assistenza primaria	diritto e di fatto dei collaboratori di studio e degli infermieri professionali utilizzati dai medici di medicina generale per l'assistenza primaria	Pediatría di Libera Scelta Alessandro Battiston Antonietta Procida	giuridici ed economici di tutte le forme di collaborazione di studio e dell'infermiere professionale utilizzati dai medici di medicina generale per l'assistenza primaria

Verifiche Strutture Pubbliche e Private

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
1. Analisi prestazioni di ricovero e ambulatoriali per assistiti AVGI (ASS1 e ASS 2) NB – assistiti ASS 2 a partire dal 1/06/12	Monitoraggio e contenimento della spesa sanitaria	Responsabile SS VSPP Dirigente medico Maddalena Grella	Produzione nel corso dell'anno di 4 report aggiornati a cadenza trimestrale. (anno 2011- 1° trim2012-1° sem2012- 3° trim 2012)
2. Estensione controlli all'AVGI In linea con gli indirizzi regionali	2.1 Verifica prestazioni di ricovero per residenti ASS2 2.2 Verifica prestazioni ambulatoriali per residenti ASS2	Personale amministrativo VSPP	Report di verifica sull'erogato di prestazioni di ricovero e ambulatoriali per gli assistiti di ASS2 inviato alla Direzione Sanitaria.
3. Analisi della fuga per prestazioni di ricovero e ambulatoriali per assistiti ASS 1	3. Monitoraggio della fuga e contenimento della spesa sanitaria	Responsabile SS VSPP Dirigente medico Maddalena Grella	Produzione di un report analitico di fuga extra AVGI 2012 e fuga extraregione 2011 entro il 31.12.12

Assistenza Farmaceutica

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
<p>1. Conseguire la massima attuazione della distribuzione diretta</p>	<p>1.1.1 Attuare confronti con gli stakeholder sui percorsi distributivi dei farmaci destinati ai pazienti in ambito domiciliare, residenziale e semiresidenziale</p> <p>1.1.2 realizzare un prontuario terapeutico aziendale destinato in ambito domiciliare, residenziale e semiresidenziale</p>	<p>1.1 Colautti, Pettinelli, Digiorgio, Jeric, Minca, Rizzetto, Santorelli</p>	<p>1.1 Presentazione alla direzione sanitaria aziendale di un prontuario terapeutico aziendale per le Strutture residenziali e semiresidenziali entro il 31/12/2012</p>
	<p>1.2.1 attività d'informazione relativamente alle procedure della distribuzione diretta</p> <p>1.2.2 produzione di report di monitoraggio sull'attività prescrittiva convenzionale (farmaci ricompresi nel PHT) dei medici specialisti dell'AOU "Ospedali Riuniti" di TS e dell'IRCCS "Burlo Garofolo</p>	<p>1.2.1 Colautti, Pettinelli, Digiorgio, Jeric, Minca, Rizzetto, Santorelli,</p> <p>1.2.2 Faleschini, Palcic, Micol</p>	<p>1.2.1 i prescrittori ricevono note informative periodiche sull'attuazione sulle procedure della distribuzione diretta</p> <p>1.2.2 Report di monitoraggio dell'attività prescrittiva convenzionale dei medici ospedalieri di AOUTS e IRCCS Burlo</p>
<p>2 Promuovere l'appropriatezza prescrittiva</p>	<p>Effettuare 4 incontri in ambito distrettuale di audit feedback del monitoraggio delle prescrizioni convenzionali finalizzati alla promozione dell'appropriatezza</p>	<p>Faleschini, Palcic, Micol</p>	<p>Incrementare i valori degli indicatori di programmazione e controllo ex DL78/10 2012 vs 2011</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
	prescrittiva		
3 Promozione dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci ad alto costo	3.1 Registrazione sul portale AIFA delle erogazioni di tutti i medicinali sottoposti a monitoraggio ed espletamento delle richieste di rimborso disponibili dei farmaci oncologici sottoposti a monitoraggio attuando quanto previsto con nota n.18104/sps/farm del 11.10.2010 3.2 Individuazione di un responsabile aziendale del monitoraggio e recupero dei rimborsi AIFA	Colautti, Pettinelli, Azzano, Santorelli, Viller, Zucca	3.1 Evidenza mensile alla D.C.S.I P.S. dei rimborsi ottenuti dalle aziende farmaceutiche per i farmaci oncologici sottoposti a monitoraggio 3.2 Delibera di formalizzazione di un responsabile aziendale del monitoraggio e recupero dei rimborsi AIFA
4 Partecipazione al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE"	Collaborazione alla promozione all'utilizzazione del gel idroalcolico per la disinfezione delle mani predisponendo 2 réport semestrali sul consumo di gel idralcoolico in ASS1	Colautti, Pettinelli, Digiorgio, Jeric, Minca, Rizzetto, Santorelli, Zucca	Incremento delle erogazioni di gel idroalcolico per la disinfezione delle mani nel 2012 vs 2011
5 Prevenzione delle resistenze batteriche	Report sul consumo degli antibiotici nelle RSA.	Faleschini, Palcic, Micol	Predisposizione di 2 report con cadenza semestrale
6	Predisposizione di un calendario annuale	Bini, Azzano, Micol,	Attuazione del 100% delle visite

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
Migliorare l'organizzazione dell'attività ispettiva nei confronti di farmacie pianificate sul territorio provinciale, parafarmacie e distributori intermedi	delle visite ispettive in collaborazione con il DIP.	Santorelli	ispettive nei confronti di farmacie pianificate sul territorio provinciale, parafarmacie e distributori intermedi non oggetto d'ispezione nel 2011
7 Miglioramento dei sistemi correlati alla sicurezza nell'uso dei farmaci	Implementazione dei controlli sui sistemi di conservazione, sulla verifica delle scadenze, sulla corretta gestione delle sostanze stupefacenti, psicotrope	A. Pettinelli	Effettuare almeno 1 sopralluogo/anno in 5 strutture aziendali/convenzionate
8 Miglioramento della sicurezza d'uso delle stative	In continuità con gli interventi effettuati nel 2011 proseguire la formazione dei MMG/PLS sull'appropriatezza d'uso delle stative	Faleschini, Palcic, Micol	Almeno 1 corso di formazione ECM rivolto a MMG e PLS
9 Uso razionale degli psicofarmaci e revisione del prontuario.	Valutazione delle proposte elaborate dal DSM sulla revisione del prontuario terapeutico e diffusione ai MMG	A. Pettinelli, Faleschini, Palcic	Organizzare in collaborazione con il DSM almeno 1 evento formativo nel corso dell'anno su trattamento farmacologico e genere con i MMG

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
10 Conseguire un'ottimale gestione della convenzione con le farmacie pianificate sul territorio	Effettuare le verifiche dei resoconti della lettura ottica delle ricette SSN e AFIR inoltrati da Cedoca relativi a tutto l'anno 2011	E. Bini Viller	Inoltrare a tutte le farmacie pianificate sul territorio l'evidenza degli addebiti/accrediti risultanti dalla valutazione dei resoconti della lettura ottica delle ricette SSN e AFIR spedite in tutto l'anno 2011 con dettaglio delle diverse voci che concorrono agli importi in addebito/accredito entro il 31/12/2012

Attività Giuridico Legali

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Regolamentazione delle condizioni di ammissione al patrocinio legale con oneri a carico dell'Ente da parte di dipendenti coinvolti in procedimenti giudiziari.	1. Individuazione fonti normative contrattuali disciplinanti la materia; 2. Analisi della problematica sottesa alle previsioni contrattuali d'interesse con particolare attenzione alle condizioni ostative; 3. Regolamentazione dei criteri di ammissione al patrocinio a carico dell'Ente	Personale AGL -sezione legale- dott.ssa Marta Dalla Costa	azioni 1, 2 e 3 Risultato: bozza di regolamento entro il 31.12.2012

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>2. Razionalizzazione della gestione della procedura per l'attivazione della copertura assicurativa della responsabilità civile per sperimentazioni cliniche no profit ai sensi ai sensi del D.M. 17.12.2004 e del D.M. 14.07.2009</p>	<p>1. Analisi delle disposizioni normative, succedutesi nel tempo, disciplinanti la materia delle sperimentazioni cliniche anche no profit;</p> <p>2. Elaborazione di una scheda sinottica esplicativa delle risultanze dell'azione di cui al precedente punto 1;</p> <p>3. Individuazione dei requisiti minimi per le polizze assicurative a tutela dei soggetti partecipanti alle sperimentazioni cliniche di medicinali alla luce della normativa vigente, con particolare riferimento alle sperimentazioni no profit;</p> <p>4. Elaborazione di una scheda sinottica esplicativa delle risultanze dell'azione di cui al precedente punto 3.</p>	<p>Personale dirigenziale AGL dott.ssa Daniela Zaro</p>	<p>azioni 1 e 2 Risultato: scheda sinottica entro il 31/05/12</p> <p>azioni 3 e 4 Risultato: scheda sinottica entro il 30/06/12</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>3. Semplificazione delle modalità di rilevazione dei dati d'interesse ai fini di attivazione delle garanzie assicurative "responsabilità per sperimentazioni no profit".</p>	<p>1. Verifica condizioni di polizza risultanti dall'aggiudicazione del servizio di assicurazione per il rischio "responsabilità per sperimentazioni no profit" aggiudicata dal DSC con determina dirigenziale n. 1318 dd. 29.10.2010;</p> <p>2. Predisposizione di un sintetico vademecum per attivazione della copertura personalizzata per specifico protocollo di studio;</p> <p>3. Predisposizione di modulistica per attivazione della copertura personalizzata per specifico protocollo di studio.</p>	<p>1,2 Personale dirigenziale AGL dott.ssa Daniela Zaro azione 3</p> <p>3 Personale AGL -sezione assicurativa- sig.ra Donatella Bortuzzo</p>	<p>1,2 Vademecum entro il 31.10.2012</p> <p>3 Modulistica entro il 31.10.2012</p>
<p>4. Puntuale ed esaustiva informazione in ordine alla copertura assicurativa kasko nonché semplificazione delle modalità di rilevazione dei dati d'interesse ai fini di garanzia</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;</p> <p>2. 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/SSD;</p>	<p>Personale AGL -sezione assicurativa- sig.ra Donatella Bortuzzo dott.ssa Marta Dalla Costa</p>	<p>1 . Nota per richiesta di aggiornamento entro il 30.04.2012</p> <p>2 . Elenco aggiornato in ragione delle evidenze acquisite entro il 31.12.2012</p>

Gestione Servizi Generali

Obiettivo generale	azione	s.s o c./perso- nale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Analisi dell'attività e dei costi derivanti dalla gestione del magazzino economale e di transito per la predisposizione del capitolato della gestione centralizzata del magazzino unico regionale.	1. Estrapolazione dei dati di attività dei magazzini anno 2011. 2. Quantificazione dei costi sostenuti nel 2012 per la funzione logistica (gestione struttura, personale dedicato, etc.). 3. Garantire la collaborazione alla stesura del nuovo capitolato per la gestione centralizzata del magazzino unico regionale, qualora richiesto dal DSC.	Tutto il personale della SSGSG	Predisposizione, entro il 31/12/2012 di una scheda riassuntiva riportante tutti i dati di attività e relativi costi della gestione del magazzino economale e transito.
2. Gestione in contabilità separata dell'attività commerciale di cremazione e incenerimento svolta dal DIP.	1. Individuazione e impostazione dei parametri necessari a definire la nuova attività nell'ambito della procedura informatica Contabilità Operativa. 2. Predisposizione sistema ASCOT Economato delle anagrafiche necessarie per gestire gli acquisti in contabilità separata.	Tutto il personale della S.S. Servizi Generali In collaborazione con S.C. Programmazione e controllo acquisti S.C. Finanza e Controllo	Contabilità separata (attività contabile A.3) informatizzata in Ascot Economato e Contabilità Operativa avviata entro 30/06/2012.
3. Ricognizione straordinaria dell'inventario delle fotocopiatrici	3.1 Estrapolazione, in formato excel, dal Registro Beni Inventario (RBA) delle fotocopiatrici in carico a ciascun subcentro.	Tutto il personale della SSGSG	Predisposizione, entro il 31/12/2012, di un file riportante l'elenco delle fotocopiatrici riscontrate, il relativo subcentro e n. d'inventario identificativo.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./perso- nale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	3.2 Ricognizione fisica presso ogni subcentro ed aggiornamento elenco beni presenti. 3.3 Individuazione dei beni presenti nel RBA e loro etichettatura.		
4. 1 Adempimenti conseguenti al Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 3 agosto 2011 – Censimento permanente delle autovetture di servizio.	4.1 Predisposizione, implementazione ed aggiornamento, di un file elettronico contenente tutti i dati tecnici, amministrativi ed economici, in possesso del Servizio autoparco, necessari alla compilazione del questionario on line predisposto dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri. 4.2 Richiesta alle varie strutture aziendali di riferimento degli ulteriori dati necessari alla compilazione del questionario; analisi dei dati e loro inserimento nel questionario.	Tutto il personale della SSGSG	Compilazione questionario on line ad ogni variazione del parco auto aziendale, relativo al 2011 e aggiornamento 2012, nei termini previsti dalla normativa.
5. Stesura di una procedura relativamente ai servizi economici esternalizzati.	Redigere una procedura per la gestione del Processo esternalizzato del Servizio Pulizie.	Tutto il personale SSGSG <i>In collaborazione con Ufficio Qualità</i>	Entro il 30.11.2012 Trasmissione all'Ufficio Qualità, via mail, della bozza di procedura per la successiva approvazione da parte della Direzione Generale.
6. Controllo degli appalti economici in outsourcing.	6.1 Predisposizione e sperimentazione nel loro utilizzo di check list, da impiegare per mo-	Gennari, Orlandini, Romano, Giovanoni	Produzione di un report annuale da inviare alla Direzione amministrativa contenente il 100% dei controlli effettuati

Obiettivo generale	azione	s.s o c./perso- nale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>monitorare l'andamento dei servizi economati appaltati: pulizie, trasporti, lavanderia, ristorazione.</p> <p>6.2</p> <p>A regime, effettuazione di almeno 2 controlli mensili per ciascun servizio da parte della SSGSG e rilevazione delle non conformità inoltrate dalle strutture aziendali a.</p>		sulla base delle check list e le eventuali non conformità riscontrate.
7. Corretta gestione dei rifiuti.	Corretta utilizzazione del protocollo rifiuti aziendali.	Gennari, Orlandini, Romano, Masè, Contento	Rilevazione di non conformità al protocollo rifiuti inferiore o uguale a 5

Affari Generali

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
1. Creazione di un Registro annuale delle raccomandate inviate all'ASS1	Registrazione in EXCEL su un file, condiviso fra il personale afferente all'Ufficio Protocollo, di tutta la corrispondenza, pervenuta tramite raccomandata, all'Ufficio Protocollo.	Bacci Alessandro, Lenardin Elisabetta, Massaria Daniela, Sirca Rodolfo.	Registrazione di tutta la corrispondenza, pervenuta tramite raccomandata, nel 2012, in un file condiviso fra il personale afferente all'Ufficio Protocollo. Entro il 31/12/2012

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
2. Razionalizzazione dell'attività contrattuale della S.S. Attività Contrattuali, in previsione della possibile informatizzazione del Repertorio.	2.1 Predisposizione di un file del Repertorio dei contratti e convenzioni dell'A.S.S. n. 1 stipulati e repertoriati dal 16.12.2011 al 15.12.2012.	Scarcia Adriana, Pinchera Olga, Dalmistro Odoni Morena, Blanzan Paola, Budin Giuliana, Tonini Carla.	2.1 Predisposizione di un file del Repertorio dei contratti e convenzioni dell'A.S.S.1, stipulati e repertoriati dal 16.12.2011 al 15.12.2012. Entro il 31/12/2012
	2.2 Riorganizzazione dell'archivio delle convenzioni, con predisposizione di un archivio e di un file - condiviso fra il personale afferente alla S.S. Attività Contrattuali - delle convenzioni non repertorate e/o delle quali la S.S. Attività Contrattuali non ha curato in alcun modo l'istruttoria.	Scarcia Adriana, Pinchera Olga, Dalmistro Odoni Morena, Blanzan Paola	2.2 Predisposizione di archivio e di un file delle convenzioni - condiviso fra il personale afferente alla S.S. Attività Contrattuali - delle convenzioni non repertorate e/o delle quali la S.S. Attività Contrattuali non ha curato in alcun modo l'istruttoria. Entro il 31/12/2012
3. Razionalizzazione dell'attività contrattuale della S.S. Attività Contrattuali. Adeguamento della modulistica all'art. 15, comma 1, della legge 12.11.2011, n. 183.	3.1 Verifica e valutazione delle necessità derivanti dall'adeguamento alle disposizioni in materia di semplificazione amministrativa, previste dall'art. 15, comma 1, della L. n. 183/11, in fase di richiesta documenti per stipula contratti, con particolare riferimento alle dichiarazioni in materia di antimafia. 3.2 Creazione di un modello di dichiarazione sostitutiva di certificazione.	Scarcia Adriana, Pinchera Olga, Dalmistro Odoni Morena, Blanzan Paola	Creazione di un modello di dichiarazione sostitutiva di certificazione, con adeguamento alle disposizioni in materia di semplificazione amministrativa, previste dall'art. 15, comma 1, della legge 183/11, in fase di richiesta documenti per stipula contratti, con particolare riferimento alle dichiarazioni in materia di antimafia. Entro il 30.04.2012.

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
<p>4. Contributi in favore delle Associazioni di Volontariato. Documento relativo alle modalità operative ed organizzative aziendali.</p>	<p>In stretto contatto con le S.O. sanitarie coinvolte (DIP, DDD, DSM, Distretti), la Direzione Strategica e il Collegio Sindacale: a. verifica ed analisi delle principali criticità, anche operative, evidenziate nel corso dell'anno 2011; b. studio dei possibili correttivi da apportare.</p>	<p>Alessandra Crocenzi</p>	<p>Predisposizione del testo del/i provvedimento/i che si dovesse/ro evidenziare come necessario/i al fine della modifica del documento relativo alle modalità operative ed organizzative aziendali circa i rapporti con le Associazioni di Volontariato, con riferimento all'attribuzione di contributi aziendali. Entro il 31/12/2012.</p>
<p>5. Patrimonio immobiliare di proprietà dell'A.S.S. n. 1 "Triestina". Realità individuate come "dismissibili" da parte della Direzione Strategica, in quanto non più destinate al perseguimento delle finalità istituzionali dell'Ente. Inizio dell'iter volto a garantire l'effettiva "dismissibilità".</p>	<p>5.1 Ricerca documentale degli immobili di proprietà dell'A.S.S. 1 da classificare, previo assenso della Direzione, come "dismissibili", in quanto non destinati alle finalità istituzionali dell'Ente e predisposizione del relativo elenco completo degli estremi di identificazione.</p>	<p>Fabio Carbone, Fabio Crevatin, Elena Zompicchiatti, Emmanuela Quinz, Sirca Rodolfo, Bacci Alessandro, Massaio Daniela, Lenardon Elisabetta.</p>	<p>5.1 Gli estremi identificativi degli immobili di proprietà dell'A.S.S. – individuati come "dismissibili" dalla Direzione, in quanto non più destinati alle finalità istituzionali dell'Ente – ove possibile, con menzione del relativo titolo di provenienza, elencati in apposito documento. Entro il 31/12/2012.</p>
	<p>5.2 Verifica circa la disponibilità o indisponibilità degli immobili individuati al punto 5.1. In caso d'indisponibilità: a) Eventuale richiesta formale alla Giunta</p>	<p>Fabio Carbone, Fabio Crevatin, Elena Zompicchiatti, Emmanuela Quinz,</p>	<p>5.2 Indicazione circa la disponibilità o indisponibilità degli immobili con citazione dell'eventuale richiesta formale dell'A.S.S. alla Giunta Regionale FVG di autorizzazione al trasferimento degli immobili, individuati</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
	<p>Regionale FVG di trasferimento degli immobili individuati dal patrimonio indisponibile al patrimonio disponibile;</p> <p>b) Subordinatamente all'autorizzazione giunta di cui alla lett. a), se pervenuta entro il 30 novembre 2012, predisposizione del provvedimento del Direttore Generale dell'A.S.S. 1 avente ad oggetto il trasferimento dei beni immobili dal patrimonio indisponibile a quello disponibile.</p>	<p>Sirca Rodolfo, Bacci Alessandro, Massaio Daniela, Lenardon Elisabetta.</p>	<p>come dismissibili, dal patrimonio indisponibile al patrimonio disponibile:</p> <ul style="list-style-type: none"> - subordinatamente all'autorizzazione giunta, se pervenuta entro il 30 novembre 2012, indicazione degli estremi del provvedimento dei beni immobili dal patrimonio indisponibile a quello disponibile o, in mancanza di adozione, testo del medesimo. <p>Entro il 31/12/2012.</p>
	<p>5.3 Effettuazione delle necessarie verifiche catastali e tavolari e reperimento della relativa documentazione, per gli immobili individuati come "dismissibili" per i quali è stata ottenuta l'autorizzazione giunta al trasferimento nel patrimonio disponibile.</p>	<p>Fabio Carbone, Fabio Crevatin, Elena Zompicchiatti, Emmanuela Quinz.</p>	<p>5.3 Le risultanze documentali delle necessarie verifiche catastali e tavolari riguardanti gli immobili individuati come "dismissibili" per i quali è stata ottenuta la necessaria autorizzazione giunta al trasferimento nel patrimonio disponibile. Entro il 31/12/2012.</p>
	<p>5.4 Predisposizione/redazione ed invio delle richieste – con esclusione di quanto concernente la certificazione conformità impianti, la certificazione energetica e quant'altro di specifica competenza di altre Strutture aziendali – volte ad ottenere la necessaria documentazione edilizia e</p>	<p>Fabio Carbone, Fabio Crevatin, Elena Zompicchiatti, Emmanuela Quinz, Sirca Rodolfo, Bacci</p>	<p>5.4 L'oggetto e gli estremi identificativi delle richieste – con esclusione di quanto concernente la certificazione conformità impianti, la certificazione energetica e quant'altro di specifica competenza di altre Strutture aziendali – volte ad ottenere la necessaria documentazione</p>

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
	urbanistica, concernente gli immobili "individuati", presso gli uffici competenti.	Alessandro, Massaio Daniela, Lenardon Elisabetta	edilizia/urbanistica, concernente gli immobili "individuati", presso gli uffici competenti. Entro il 31/12/2012.
	5.5 Rilevazione di eventuali problematiche emerse dalle verifiche riguardanti la documentazione reperita.	Fabio Carbone, Fabio Crevatin, Elena Zompicchiatti, Emmanuela Quinz.	5.5 Esplicitazione/resoconto di eventuali problematiche emerse dalle verifiche riguardanti la documentazione reperita. Entro il 31.12.2012
6. Razionalizzazione dell'attività afferente la funzione immobiliare. Rapporti attivi e passivi del l'A.S.S. n. 1 "Triestina" in essere alla data del 15.12.2012.	6.1 Ricerca documentale, raccolta e classificazione dei dati relativamente a: a) immobili di proprietà dell'A.S.S. 1, utilizzati da terzi; b) immobili detenuti dall'A.S.S. 1 a vario titolo; c) titoli giuridici di utilizzo con relative scadenze contrattuali o convenzionali, d) ove esistenti e/o recuperabili, estremi dei provvedimenti di cessione o acquisizione con indicazione dei dati identificativi dei relativi	Fabio Carbone, Fabio Crevatin, Elena Zompicchiatti, Emmanuela Quinz, Budin Giuliana, Tonini Carla.	6. Perfezionamento di elenco riepilogativo dei rapporti attivi e passivi dell'A.S.S. n. 1, in vigore alla data del 15.12.2012, su supporto cartaceo ed elettronico (file), contenente: a) immobili di proprietà aziendale, utilizzati da terzi; b) immobili detenuti dall'A.S.S. a vario titolo; c) titoli giuridici di utilizzo con relative scadenze contrattuali/convenzionali; d) ove esistenti e/o recuperabili, estremi dei provvedimenti di cessione o acquisizione con indicazione dei dati identificativi dei

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso/Tempo
	contratti/atti/convenzioni (ad es. n. di repertorio e data di sottoscrizione). 6.2 Inserimento delle risultanze di cui al punto 6.1 in un elenco riepilogativo.		relativi contratti/atti/convenzioni (ad es. n. repertorio e data di sottoscrizione). Entro il 31.12.2012

Gestione e Valorizzazione del Personale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Definizione dei criteri generali per la distribuzione delle risorse dei fondi per la produttività collettiva e per la retribuzione di risultato (Modifica delle parti di interesse dei vigenti contratti integrativi aziendali delle tre aree negoziali con riferimento all'individuazione della produttività strategica e alle modalità di erogazione degli importi correlati alla produttività collettiva).	Elaborazione dei nuovi contratti integrativi aziendali inerenti le regole generali per la distribuzione delle risorse della produttività/retribuzione di risultato delle tre aree negoziali (uno per area negoziale – comparto, dirigenza medico-veterinaria, dirigenza spta).	Il personale della SS Relazioni Sindacali	1.1. Presentazione dei testi al Responsabile della SC GEVAP, tramite posta elettronica, per la relativa discussione e approvazione entro il 31.05.12. 1.2. Presentazione dei testi alla Direzione Strategica, tramite posta elettronica, per l'autorizzazione all'avvio alla trattativa con le Delegazioni Sindacali delle tre aree negoziali, entro 30 giorni dall'approvazione da parte del Responsabile della SC GEVAP.
2. Revisione del vigente regolamento sui servizi pubblici essenziali – personale del comparto. (CCNL dd. 20.09.2001)	Elaborazione del nuovo contratto integrativo aziendale del personale del Comparto inerente il regolamento sui servizi pubblici essenziali.	Il personale della SS Relazioni Sindacali	1.1. Presentazione del testo al Responsabile della SC GEVAP, tramite posta elettronica, per la relativa discussione e approvazione entro il 31.10.12. 2.2. Presentazione alla Direzione Strategica, tramite posta elettronica, per l'autorizzazione all'avvio alla

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			trattativa con la Delegazione Sindacale del Comparto, entro 30 giorni dall'approvazione da parte del Responsabile della SC GEVAP.
3. Definizione di una procedura per l'individuazione dei contingenti di personale da impiegare in caso di sciopero – personale del Comparto (CCNL dd. 20.09.2001).	Redazione della procedura secondo le regole del Sistema Gestione Qualità (SGQ).	Responsabile SS RS/ Personale dell'ufficio Segreteria (per la collaborazione alla stesura della procedura per le ricadute di competenza nella fase applicativa)	3.1. Presentazione della procedura al Responsabile della SC GEVAP, tramite posta elettronica, per la relativa discussione e approvazione entro il 31.10.12. 3.2. Presentazione della procedura alla Direzione Sanitaria, tramite posta elettronica, per la relativa discussione e approvazione entro 30 giorni dall'approvazione da parte del Responsabile della SC GEVAP.
4. Definizione di una procedura per la gestione dell'attività libero professionale, in relazione al passaggio delle competenze, da attivare secondo i tempi stabiliti dalla Direzione Strategica.	4.1 Individuazione delle competenze degli uffici aziendali coinvolti nel processo, da nuovo regolamento 4.2 elaborazione di una procedura di qualità, con definizione delle responsabilità e delle modalità esecutive per l'autorizzazione della libera professione	Dirigente responsabile della SS Gestione del Trattamento Giuridico, con dr.a Elisa PIKIZ	4.1 Presentazione di una prima bozza alla direzione strategica, entro il 31.08.12 4.2 Presentazione della procedura al Responsabile della SC Gevap, tramite posta elettronica per il successivo inoltro della procedura alla SS Qualità.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			Entro quarantacinque giorni dall'approvazione della direzione strategica.
5. Definizione di una procedura per la gestione delle convenzioni con altre strutture pubbliche e private, per l'acquisizione o la erogazione di prestazioni svolte dal personale (art. 58 dei CCNL '00 delle dirigenze, art. 43 della L. 449/97, ecc.), secondo le modalità stabilite dalla Direzione Strategica.	5.1 definizione puntuale delle fattispecie di convenzione di competenza della SS 5.2 elaborazione di una procedura di qualità, con definizione delle responsabilità e delle modalità esecutive per la gestione delle convenzioni	Dirigente responsabile della SS Gestione del Trattamento Giuridico, con dr.a Elisa PIKIZ	5.1 Presentazione della proposta conseguente alla direzione strategica, entro il mese di aprile 2012 5.2 Presentazione della procedura al Responsabile della SC Gevap, tramite posta elettronica per il successivo inoltro della procedura alla SS Qualità. Entro cinque mesi dall'approvazione della direzione strategica.
6. Predisposizione della base regolamentare per la gestione della procedura di Self Service del Dipendente, relativamente alle presenze/assenze del personale dell'A.S.S. n. 1.	6.1 Definizione dei codici assenza a gestione della SC GEVAP o a gestione delle singole strutture 6.2 Stesura di manuale per l'utilizzo della procedura da parte del personale dell'A.S.S. n. 1	S. SCHIAVUZZI/ N. PAPAROT/ G. LORENZI	6.1 Presentazione di uno schema base al Responsabile della SC entro 31.07.12, mediante posta elettronica 6.2. Presentazione del manuale al responsabile della SC entro tre mesi dall'approvazione dello schema base, mediante posta elettronica
7. Avvio della messa a regime	7.1 definizione schematica della	7.1 SS Giuridico	7.1 Presentazione del documento al Re-

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
dell'utilizzo del fascicolo digitale per il personale dell'A.S.S. n. 1, previsto nella procedura di qualità "Gestione adempimenti post assunzione".	documentazione da inserire nel fascicolo personale dell'A.S.S. n. 1 da parte della SS Gestione del Trattamento Giuridico, e dei relativi tempi e metodi 7.2 avvio degli inserimenti, con decorrenza dall'01.01.12	7.2 SS Giuridico	sponsabile della SC, entro aprile, mediante posta elettronica 7.2.1 Completamento degli inserimenti relativi al primo semestre 2012 entro il mese di agosto, con produzione di apposito elenco certificativo 7.2.2 Inserimento corrente del 100% della documentazione stabilita al punto 4.1 entro 30 giorni dalla protocollazione: verifica al 31.12.12 del materiale prodotto fino al 30.11.12, con produzione di apposito elenco certificativo
8. Valorizzazione su archivio IN-SIEL della documentazione presentata, relativa a servizi precedenti in altre PA, personale A.S.S. e Burlo	8.1. Recupero del materiale cartaceo pervenuto, e ancora non inserito nel fascicolo personale; verifica dell'archivio ASCOT; inserimento dei dati mancanti in ASCOT. 8.2. archiviazione del materiale cartaceo nei fascicoli personali	5.1. SS Giuridico 5.2. S. DEPANGHER	8.1. Inserimento nell'archivio ASCOT della totalità del materiale presentato fino al 30.11.12 8.2. Archiviazione nei fascicoli personali della totalità del materiale cartaceo
9. Applicazione a regime nuovo	Individuazione Istituti e Società privati nei confronti dei quali effettuare i servizi a	Tutto il personale afferente la Gestione	Invio agli Istituti e Società privati della comunicazione dei servizi a titolo

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Regolamento ritenute sulle retribuzioni del personale dipendente dell'ASS1, in particolare i servizi a titolo oneroso.	titolo oneroso e comunicazione agli stessi delle modalità stabilite.	del Trattamento Economico	oneroso e modalità, entro 60 giorni dall'approvazione dello specifico Regolamento
10. Avvio della messa a regime dell'utilizzo del fascicolo digitale per il personale dell'A.S.S. N. 1, previsto nella procedura di qualità "Gestione adempimenti post assunzione".	<p>10.1 Definizione schematica della documentazione da inserire nel fascicolo personale dell'A.S.S. N. 1 da parte della Gestione del Trattamento Economico, e dei relativi tempi e metodi</p> <p>10.2 Avvio degli inserimenti, con decorrenza dall'01.01.12</p>	Tutto il personale afferente la Gestione del Trattamento Economico	<p>10.1.1 Presentazione del documento al responsabile della SC Gevap, entro 31.05.12, mediante posta elettronica</p> <p>10.1.2 Completamento degli inserimenti relativi al primo semestre 2012 entro il 31.10.12, con produzione di apposito elenco.</p> <p>10.2 inserimento corrente del 100% della documentazione stabilita al punto 2.1 entro 30 giorni dalla protocollazione: verifica al 31.12.12 del materiale prodotto fino al 30.11.12, con produzione di apposito elenco.</p>
11. Implementazione del sistema informatizzato della posta in arrivo protocollata; Conservazione su supporto informatico di tutta la posta in	Elaborazione di un sistema per la digitalizzazione/informatizzazione di tutta la posta in arrivo protocollata ASS/BURLO	Personale dell'ufficio Segreteria	1. Elaborazione di una nuova linea operativa per l'ottimizzazione della distribuzione informatizzata della posta in arrivo protocollata entro 31.06.12 2.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>arrivo protocollata; Razionalizzazione dell'utilizzo della carta</p>			<p>Individuazione dei gruppi di destinatari del messaggio di posta elettronica. Entro 15.07.12</p> <p>3. Contatto entro il 31.07.12 con l'Insiel per definizione /traduzione del sistema per la digitalizzazione con intervento sul programma esistente del Protocollo;</p> <p>4. Stesura di una disposizione interna alla SC Gevap con le linee operative per la distribuzione informatizzata della PA Entro 15 gg dalla data di applicazione da parte dell'Insiel.</p> <p>5. Avvio della nuova linea operativa entro 30 gg dalla disposizione interna della Gevap.</p>
<p>12. Consolidamento Fondo Oneri Personale in Quiescenza delle Aziende dell'area triestina (ASS1, A.O.OO.RR.TS, Istituto Burlo). Quantificazione dei costi previsti a carico aziendale verso</p>	<p>12.1 Creazione e sviluppo dei file excel in ambiente intranet Ge.Va.P. Trattamento Previdenziale</p> <p>12.2. Inserimento dei nominativi delle rispettive Aziende collocati in quiescenza nel periodo 1994 – 2011</p>	<p>Personale Ufficio Trattamento Previdenziale Sede di Trieste</p>	<p>12.1 Creazione e sviluppo dei file excel in ambiente intranet Ge.Va.P. Trattamento Previdenziale entro il 30.04.12</p> <p>12.2 Inserimento dei nominativi delle rispettive Aziende collocati in</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
INPDAP conseguente al collocamento in quiescenza dei dipendenti nel corso degli anni (periodo 1994 – 2011) e sviluppo nello specifico dei benefici derivanti da rinnovi contrattuali e applicazione Legge 336/70	12.3. Compilazione dell'elaborato attraverso l'inserimento dei relativi dati distinto per aziende e per: tipologia dei costi (benefici riconducibili ai rinnovi CCNL e Legge 336/70); quantificazione del costo complessivo dovuto; versamento già erogato; restante debito		quiescenza nel periodo 1994 – 2011 entro il 31.09.12 12.3 Elaborato dei costi entro il 31.12.12
13. Eliminazione pratiche pregresse (n.53) riferite alle istanze pervenute entro il 31.12.11 da parte di INPDAP, Patronati ed altri soggetti, per la compilazione ed inoltro modd. PA04 previsti per la certificazione dei periodi lavorativi che permettano di poter procedere all'elaborazione di Riscatti, Ricongiunzioni, Maternità, Militare, etc. o sviluppo diritto a pensione e relativi al personale dell A.S.S. n.2 Isontina.	13.1 Predisposizione Cartella Previdenziale relativa all'istanza con i dati anagrafici e matricolari. 13.2 Richiesta dei Fascicoli dei dipendenti presso gli appositi Uffici Giuridici del Personale 13.3 Istruttoria pratica con certificazione periodi lavorativi e progressione di carriera 13.4 Apertura relativa pratica nel programma PA04 dell'INPDAP con inserimento dati anagrafici giuridici ed economici già precedentemente elaborati- Elaborazione, Stampa e controllo e firma del Responsabile, protocollo e spedizione	Personale dell'Ufficio Trattamento Previdenziale Sede A.S.S. n. 2 Isontina	13.1 Predisposizione Cartella Previdenziale relativa all'istanza con i dati anagrafici e matricolari entro 30.04.12 13.2 Richiesta dei Fascicoli dei dipendenti presso gli appositi Uffici Giuridici del Personale entro 31.05.12 13.3 Certificazione periodi lavorativi e progressione di carriera entro 30.09.12 13.4 Pratica PA04 entro il 31.12.12

Obiettivo generale	azione	S.S o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	dell'elaborato con nota di accompagnamento.		
14 Revisione dei Processi di Qualità conseguente alla Legge 22 dicembre 2011 n. 214 (Legge FORNERO sulla Riforma Previdenziale)	14.1 Analisi delle novità previdenziali introdotte dalla Legge 214/11. 14.2 Modificazione ed integrazione sulla procedura dei processi di qualità riferiti all'Ufficio Trattamento Previdenziale	Responsabile Ufficio Trattamento Previdenziale A. V. "Giuliano-Isontina"	14.1 Entro il 30.06.12 analisi delle novità legislative (promemoria al Responsabile della GEVAP anche via mail) 14.2 Entro il 30.09.12 revisione delle Procedure dei Processi di Qualità conformi agli standard previsti.
15 Aggiornamento schede collegate e di tutta la modulistica Previdenziale (sia ad uso interno che quella ufficiale INPDAP-INPS).	15.1 Aggiornamento/adeguamento della modulistica previdenziale ufficiale INPDAP-INPS 15.2 Aggiornamento con modifiche ed integrazioni della modulistica previdenziale interna	Personale Ufficio Trattamento Previdenziale Area Vasta	15.1 Entro il 30.09.12 aggiornamento della modulistica previdenziale ufficiale INPDAP-INPS 15.2 Entro il 30.09.12 aggiornamento della modulistica prevista nell'ambito dell'attività dell'Ufficio.
16. Proposta congiunta con SCSl alla Direzione strategica di uno studio di fattibilità per il trattamento/flusso/firma e conservazione ove necessario nel rispetto della normativa vigente dei documenti inseriti	16.1. Razionalizzazione - con l'intervento operativo della SCSl – del percorso di accesso e dei contenuti memorizzati per il server in uso 16.2. Analisi dei fabbisogni - con la partecipazione di un componente di SCSl	S.S. Acquisizione e Carriera del Personale tutto il personale In collaborazione con SCSl	16.1. entro il 30.06.12 16.2. Relazione che descrive i fabbisogni entro il 30.09.12

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
nell'archivio della Gevap, anche con riferimento alla creazione del fascicolo personale "digitale" e della sinergia con le altre aziende convenzionate per la previdenza	- per la costruzione del fascicolo personale "digitale"		
17. Applicazione del nuovo assetto degli incarichi di posizione organizzativa aziendale	<p>17.1. Predisposizione della delibera di formalizzazione del nuovo assetto (istituzione nuovi incarichi e riclassificazione incarichi già esistenti), con relativi contenuti professionali</p> <p>17.2. Predisposizione ed emissione dei bandi relativi agli incarichi da mettere a selezione in applicazione al provvedimento di nuovo assetto</p> <p>17.3. Predisposizione delle delibere di conferimento di ciascun incarico al personale idoneo alle selezioni, individuato dalla direzione strategica.</p> <p>17.4.</p>	S.S. Acquisizione e Carriera del Personale tutto il personale	<p>17.1. Presentazione in ad web al visto del Responsabile Gevap del provvedimento entro 30 gg dal ricevimento da parte della Direzione strategica dei contenuti professionali di tutti gli incarichi oggetto di revisione</p> <p>17.2. Emissione dei bandi relativi agli incarichi da mettere a selezione entro 60 gg dall'adozione della delibera di nuovo assetto</p> <p>17.3. Presentazione in ad web al visto del Responsabile Gevap del provvedimento di nomina entro 30 gg. dal ricevimento da parte della Direzione strategica dell'indicazione del nominativo scelto per ciascun incarico.</p> <p>17.4.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Predisposizione dell'integrazione al contratto individuale degli incaricati e convocazione degli stessi per la firma.		Convocazione di ciascun incaricato (mediante mail) per la firma dell'integrazione al contratto, entro 15 gg. Dall'adozione del provvedimento di nomina.
18. Proposta di un nuovo sistema di valutazione del personale della dirigenza	18.1. Predisposizione di uno studio, con ipotesi di scheda di valutazione allegata, con particolare riferimento agli incarichi dirigenziali di medici, veterinari e dirigenza SPTA di Struttura Complessa. 18.2. Partecipazione allo studio al fine di predisporre il relativo percorso formativo rivolto ai dirigenti coinvolti	S.S. Acquisizione e Carriera del Personale – Responsabile Responsabile FQP	18.1. Presentazione dello studio alla Responsabile SC Gevap entro il 31.07.12 per proposta alla Direzione strategica 18.2 Entro 3 mesi dalla presentazione dello studio, progettazione della formazione dei dirigenti sulla proposta del nuovo sistema di valutazione
19. Revisione della procedura informazione del neo assunto-neoacquisito in ASS 1	Individuazione delle attività oggetto di revisione	FQP	19.1 Redazione della procedura da inviare anche via mail al Resp. GeVaP entro il 30.06.12 19.2 Invio procedura all'ufficio competente entro il 30 giorni dall'approvazione del Resp. GeVap
20. Supportare lo sviluppo	Progettazione del percorso, pianificazione ed erogazione dei percorsi	FQP (Sapienza PM)	20.1 Progettazione del percorso entro

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
professionale degli infermieri per il miglioramento della presa in carico di persone con lesioni cutanee	formativi (metodologia blended) rivolti al personale infermieristico dei 4 distretti, delle RSA/strutture protette		31.03.12 - 20.2 Attuazione del percorso nei 4 distretti e in due RSA/Strutture protette entro 31.12.12

Finanza e Controllo

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso / Tempo
1. Analisi comparata tra i servizi aziendali operanti nell'area materno infantile	1. Supporto alla S.S. Controllo Strategico nella predisposizione della reportistica per il monitoraggio dell'attività materno infantile.	S.C. Finanza e Controllo SS Controllo Strategico	3 report entro dicembre 2011
2. Gestione in contabilità separata dell'attività commerciale di cremazione e incenerimento svolta dal DIP.	Individuazione e impostazione dei parametri necessari a definire la nuova attività nell'ambito della procedura informatica Contabilità Operativa.	S.C. Finanza e Controllo	Implementazione della contabilità separata (attività contabile A.3) con le rilevazioni relative a tale attività commerciale.
3. Creazione di un database relativo alla Libera Professione	Rendere disponibile un database Microsoft Access destinato a raccogliere i dati relativi all'attività di Libera Professione.	Ufficio Entrate	Presenza di un archivio realizzato in Access con i dati della Libera Professione.
4. Rendiconti spese in economia	Produzione mensile del rendiconto degli ordinativi di pagamento per spese in economia da sottoporre al Responsabile SCFC per l'approvazione con determina.	S.C. Finanza e Controllo	10 report (rendiconti mensili entro i due mesi successivi) riferiti al 2012 entro il 31/12/2012
5. Monitoraggio degli incassi derivanti dal servizio di trasporti con ambulanza e realizzazione di una reportistica ad uso del Sistema 118	Monitoraggio degli incassi realizzati a mezzo versamento su conto corrente postale relativi ai trasporti in ambulanza effettuati dal Sistema 118. Invio al Sistema 118 di un resoconto degli incassi.	Funzione entrate	11 report mensili riferiti al 2012 entro il 31/12/2012

Obiettivo generale	Azione	Struttura / personale	Indicatore / Risultato atteso / Tempo
6. Adozione di procedure per la verifica/confronto, con il Dipartimento di Prevenzione dei soggetti inadempienti da inserire nelle liste dei ruoli esattoriali per il recupero dei crediti derivanti da sanzioni amministrative	Verifica incrociata e trasmissione di eventuali riscontri dei pagamenti relativi ai soggetti segnalati come possibili inadempienti da parte del DIP.	S.C. Finanza e Controllo In collaborazione con Dipartimento di Prevenzione	Riscontro entro 1 mese dalla ricezione dell'elenco inviato dal DIP.
7. Analisi periodica situazione economica aziendale	Esame dei dati contabili integrati dalle proiezioni riguardanti i fatti amministrativi in corso di maturazione.	Dirigente S.C. Finanza e Controllo	5 elaborati entro il 31/12/2012 Elaborati trimestrali fino al report relativo al III trimestre (da presentare entro il 31 ottobre) e mensili relativamente all'ultimo trimestre.

Sistema Informativo

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Attivazione di strumenti e di tecnologie necessari alla produzione di una newsletter aziendale</p>	<p>1. Individuazione e definizione delle necessità aziendali.</p> <p>2. Individuazione e definizione di possibili schemi organizzativi.</p> <p>3. Individuazione di tecnologie e fornitori del servizio.</p>	<p>Informatica eTel./Comunicazione</p>	<p>Entro il 31/12/2012 stesura ed invio di una proposta di progetto.</p>
<p>2. Attivazione di un server o di strumenti alternativi per la messa in rete di MMG e PLS in un piano di continuità informativa con i servizi aziendali</p>	<p>1. Definizione del quadro di riferimento e degli attori coinvolti</p> <p>2. Individuazione di un percorso di praticabilità e di tecnologie disponibili</p> <p>3. Definizione di accordi e collaborazioni con DR, Insiel e Fornitori</p> <p>4. Costituzione di un gruppo di sperimentazione e sviluppo</p> <p>5. Individuazione di problematiche di privacy e sicurezza</p> <p>6. Individuazione di una funzionalità</p>	<p>Direttore S.C.S.I.</p>	<p>Entro il 31/12/2012 definizione di un piano operativo di sperimentazione sulla funzionalità pilota con la produzione di una scheda di progetto.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
3. Attivazione di strumenti informatici atti a garantire le attività domiciliari dei servizi infermieristici distrettuali	<p>pilota per avviamento sperimentale</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifica di progetti e programmi regionali per possibilità di interazione 2. Individuazione di eventuali strumenti e procedure 3. Individuazione di funzionalità pilota di sperimentazione 	Informatica e Tel.	Entro il 31/12/2012 formulazione di una proposta di progetto in grado di consentire eventuali sperimentazioni anche solo aziendali.
4. Estensione graduale a tutta l'Azienda dello strumento Insiel Self Service del dipendente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rilevazione dello stato dell'arte e delle necessità di aggiornamento 2. Produzione di una graduatoria di massima di servizi da reclutare 3. Provvedere alla azioni di competenza per dotazioni di accessi e strumenti 	Informatica e Tel.	Entro il 31/12/2012, erogazione del servizio alle strutture da individuare con GEVAP entro il10/06/2012
5. Allestimento e messa in funzione del nuovo Data Center aziendale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definizione oneri relativamente a competenze SCSI-SCII 2. Definizione tempistiche di intervento relativamente a competenze SCSI-SCII 3. Descrizione del percorso tecnico e 	Dirigente dott. Lorenzo Grion/SCII	Entro il 31/12/2012 produzione di un cronoprogramma per la tempistica di previsione e realizzazione e produzione di una proposta di progetto.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	cronologico per la messa in funzione del sistema		
6. Realizzazione della sezione "Aree tematiche" sul sito aziendale	1. Realizzazione delle pagine tematiche individuate nel progetto di riorganizzazione della "Guida Utile" del sito aziendale in aree tematiche (obiettivo SCSi – Ufficio Comunicazione 2011) 2. Comunicazione all'interno dell'Azienda della presenza della nuova sezione sul sito	Comunicazione	Pubblicazione on line della sezione ed invio di mail informativa a tutto il personale aziendale entro il 31 dicembre 2012
7. Aggiornamento della sezione "mappa del sito"	1. Verifica possibili modalità di aggiornamento della sezione "mappa del sito", oltre allo strumento attualmente messo a disposizione da Insiel 2. Allineamento della sezione "mappa del sito" con l'effettiva strutturazione del sito aziendale	Comunicazione	1. Comunicazione al Responsabile SCSi della modalità individuata entro 30 ottobre 2012 2. Comunicazione al Responsabile SCSi dell'avvenuto aggiornamento entro 31 dicembre 2012
8. Regolamentazione e gestione dei controlli sulle dichiarazioni di esenzione dalla	1.Stesura e approvazione del Regolamento aziendale	SIA	1. Produzione regolamento aziendale entro 31/07/2012
	2.Formazione del personale deputato ai controlli sulla banca dati MEF	SIA / CUP	2. Attivazione procedura entro 31/08/2012

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
compartecipazione alla spesa sanitaria (esenzione ticket)	3. Attivazione procedura di invio degli estratti conto ai trasgressori 4. Attivazione della procedura del recupero del credito 5. Notifica per il procedimento agli uffici aziendali competenti	SIA	3,4,5. Produzione di 2 report sulle verifiche condotte entro il 31/12/2012
9. Monitoraggio trimestrale dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero di cui al Piano di Produzione di Area Vasta	1. Contatto con i referenti aziendali di area vasta (pubbliche e privati accreditati) per concordare le modalità di rilevazione 2. Predisposizione del Report e raccolta dei dati ai fini del monitoraggio	SIA	Produzione 4 report entro 31/12/2012
10. Ridefinizione del percorso di rilascio delle password e verifica condizioni di sussistenza delle password attive	1. Mappatura degli applicativi ASS1 "Triestina" 2. Individuazione dei macroprofili di accesso per funzioni e servizi 3. Invio ai servizi degli utenti con credenziali attive per ogni singolo applicativo 4.	1. SIA / Informatica 2. SIA	1. Ridefinizione dei percorsi almeno dei seguenti applicativi: TS – Sistema Tiesse (SOGEI) 2. Anagrafe Tributaria (SIATEL) SIASI (Insiel)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>Confronto con i responsabili per la Privacy di ogni struttura per verifica congruenza tra l'accesso e i principi di indispensabilità e necessità dei dati trattati</p> <p>5. Adeguamento degli accessi sulla risultanza dei controlli effettuati</p>		
<p>11. Adeguamento di ASS1 al progetto di CUP Regionale</p>	<p>1.Svolgimento di tutte le attività via via concordate con DR, Insiel e Aziende dell'area Triestina per il raggiungimento dell'obiettivo di adozione del CUP Web</p>	<p>CUP</p>	<p>Entro il 31/12/2012, svolgimento di tutte le azioni relative alle attività concordate. Non è attualmente possibile dettagliarle o quantificarle perché il quadro è in costante mutamento, in funzione sia delle problematiche di progetto sia di quanto si evidenzia nel corso della sua attuazione</p>
<p>12. Adeguamento di ASS1 al progetto di Anagrafe Regionale</p>	<p>Svolgimento di tutte le attività via via concordate con DR, Insiel e Aziende dell'area Triestina per il raggiungimento dell'obiettivo di adozione dell'Anagrafe Regionale</p>	<p>CUP</p>	<p>Entro il 31/12/2012, svolgimento di tutte le azioni relative alle attività concordate. Non è attualmente possibile dettagliarle o quantificarle perché il quadro è in costante mutamento, in funzione sia delle problematiche di progetto sia di quanto si evidenzia nel corso della sua attuazione</p>
<p>13. Proposta congiunta con SCSi alla Direzione strategica di uno studio di fattibilità per il trattamento/flusso/firma</p>	<p>1. Razionalizzazione - con l'intervento operativo della SCSi – del percorso di accesso e dei contenuti memorizzati per il server in uso</p> <p>2.</p>	<p>SCSi</p> <p>In collaborazione con GEVAP</p>	<p>1. entro il 30.06.12</p> <p>2.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>e conservazione ove necessario nel rispetto della normativa vigente dei documenti inseriti nell'archivio della Gevap, anche con riferimento alla creazione del fascicolo personale "digitale" e della sinergia con le altre aziende convenzionate per la previdenza</p>	<p>Analisi dei fabbisogni - con la partecipazione di SCSI - per la costruzione del fascicolo personale "digitale"</p> <p>3.</p> <p>Analisi dello studio prodotto da GEVAP e SCSI e proposta di soluzioni informatiche</p>		<p>entro il 30.09.12</p> <p>3.</p> <p>entro il 31.12.12</p>

Immobili e Impianti

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Realizzazione di una nuova centrale termica da posizionarsi sul tetto piano dell'edificio presso il Distretto n. 1 di via Stock	1 Acquisizione parere paesaggistico dal Comune 2 Approvazione progetto 3 Bando di gara 4 Affidamento lavori	Tutto il personale	Affidamento lavori entro il 31/12/2012
2. Realizzazione delle linee salvavita di sicurezza per la manutenzione dei tetti piani dei fabbricati aziendali	1. Valutazione della tipologia degli interventi manutentivi e non sulle coperture piane 2. Valutazione congiunta delle soluzioni economicamente più vantaggiose assieme alla SCPSAL e alla SSSPPAA 3. Definizione progettuale esecutiva da porre a base del bando di gara per l'affidamento ed esecuzione lavori.	Tutto il personale	Definizione progettuale esecutiva da porre a base del bando di gara per l'affidamento ed esecuzione lavori entro il 31.12.2012.
3. Adeguamento normativa	1. Progettazione 2.	Alberto Russignan	Presentazione del progetto al Nucleo di Valutazione Regionale entro il 31/12/2012

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
antincendio e superamento barriere architettoniche del CSM di Aurisina	Acquisizione del parere paesaggistico presso il Comune di Duino Aurisina 3. Invio al nucleo di Valutazione Regionale del progetto		
4. Accreditamento istituzionale e stesura documento valutazione dei rischi	Supporto agli uffici, che curano l'accreditamento e la valutazione dei rischi delle Strutture Aziendali, nel reperimento della documentazione disponibile e avvio dell'iter propedeutico all'ottenimento di quella mancante.	Tutto il personale	Raggiungimento del 50% della documentazione necessaria chiesta entro giugno 2012 entro il 31/12/2012
5. Lavori di adeguamento alle disposizioni in materia di sicurezza degli spazi comuni del "Condominio" del Parco di San Giovanni	Su quanto sarà deliberato dal Gruppo di Lavoro Tecnico per la Sicurezza e previa approvazione successiva dai titolari del Condominio per la spesa, la S.C.I.I. 1) effettuerà la progettazione; 2) acquisirà il parere vincolante della Soprintendenza ai Beni Ambientali e del Comune di Trieste 3) predisporrà il bando di gara; 4) curerà l'affidamento dei lavori;	Tutto il personale	I lavori approvati entro il 30.06.2012 da parte dell'Assemblea del Condominio verranno affidati entro il 31.12.2012

Programmazione e Controllo Acquisti

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Predisporre le procedure necessarie al fine di utilizzare completamente i budget stanziati nelle voci Piano Investimenti per l'anno 2011 dei conti di competenza	1.1 Ricognizione delle richieste esistenti pervenute alla SCPCA dal 01/01/2011	SCPCA Area BENI	1.1 Raggruppamento delle richieste per argomento (conto) e servizio 30/04/2012
	1.2 Predisposizione di un file riepilogativo		1.2 File riepilogativo 31/07/2012
	1.3 Analisi e valutazione delle richieste		1.3 Elaborazione del file 30/11/2012
	1.4 Recupero del pregresso di Piani Investimenti		1.4 Recupero del 100% delle procedure d'acquisto pregresse su Piani investimenti antecedenti il 2011 entro il 31/12/2012
	1.5 Predisposizione delle apposite procedure di acquisto		1.5 Destinare specificatamente (acquisti effettuati e/o procedure di acquisto in fase di svolgimento sia da affidamenti diretti che tramite DSC) il 60% del finanziamento stanziato per il Piano Investimenti 2011 al 31/12/2012, per il quale la SCPCA è centro di risorsa
2. Elaborazione di procedure di gara che riuniscano	2.1 Ricognizione dei servizi alla persona che presentano aspetti analoghi e frequente ripetitività...	SCPCA Area Servizi	2.1 Relazione alla Direzione della SCPCA sulle proposte entro il 30.06.2012

servizi alla persona analoghi	2.2 Analisi di fattibilità per eventuali accorpamenti e tempistiche di lungo respiro e report alla Direzione		2.2 Presentazione del planning operativo alla Direzione dell'ASS1 entro 30/11/2012
	2.3 Verifica con il DSC del planning operativo		2.3 Richiesta e corrispondenza con il DSC entro 30/11/2012
	2.4 Predisposizione degli eventuali atti di gara		2.4 Predisposizione della documentazione, da inviare al DSC entro 15/12/2012
3. Elaborazione di atti di gara per gli affidamenti di servizi che utilizzano il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa (ex art. 83 D. Lgs. 163/06) con specificazione dei criteri di valutazione e, ove necessario, sub-criteri e relativa ponderazione	Analisi della normativa nazionale e regionale in materia alla luce delle recenti modifiche; valutazione delle diverse tipologie di servizi da affidare, al fine di determinare la possibile attribuzione del punteggio in ordine alla qualità ed al prezzo	Titolare di P.O. area servizi - dott. Monica Benich	Predisposizione di una nota operativa (con eventuali modelli-tipo di griglie di parametri di valutazione) in ordine ai possibili criteri ed eventuali sub-criteri per la valutazione dell'offerta e indicazioni per l'attribuzione del punteggio massimo assegnabile per la qualità e per il prezzo in base alla tipologia di servizio da assegnare entro 31.12.2012

<p>4. Valutare la possibilità di favorire la creazione di opportunità lavorative per i soggetti svantaggiati per ogni affidamento programmato dall'ASS1.</p>	<p>Predisposizione di una scheda di valutazione per appalti di servizi da affidare, inerente la possibilità di favorire l'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati</p>	<p>SCPCA Area Servizi</p>	<p>Schema riepilogativo relativo alle schede di valutazione in cui si evidenziano gli affidamenti ove è favorita la creazione di opportunità lavorative per i soggetti svantaggiati, entro il 31.12.2012</p>
<p>5. Mappatura degli appalti di servizi continuativi in essere e di prossimo affidamento al fine dell'adeguamento alle vigenti disposizioni di cui al Regolamento di esecuzione ed attuazione del D. Lgs. 163/2006 in materia di RUP e Direttore dell'esecuzione</p>	<p>Ricognizione dei servizi affidati e da affidare dopo l'entrata in vigore del Regolamento e proposta di individuazione del RUP e del Direttore dell'esecuzione.</p>	<p>Responsabile della SCPCA dott. Rosa Caramanoli</p>	<p>Predisposizione di uno schema riepilogativo dei servizi affidati dopo l'entrata in vigore del Regolamento e da affidare contenente una motivata proposta di individuazione del RUP e del Direttore dell'esecuzione entro il 30/11/2012 e predisposizione di opportuna circolare esplicativa , da inviare a tutti i Responsabili di SO, SC, SSD, SS ed ai titolari di PO, entro la medesima data.</p>

Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: FABIO SAMANI

CODICE FISCALE: SMNFBA57C03L424I

DATA FIRMA: 27/12/2012 12:01:09

IMPRONTA: 18BF8E5807A92C06CDAF0925A9179E50527F5FB19C9545AB58763817A6353C95
527F5FB19C9545AB58763817A6353C95F4324BE12792E759EF3D03208A26E1ED
F4324BE12792E759EF3D03208A26E1EDE5D09203AF433FDE45F99E0C8A46C1F3
E5D09203AF433FDE45F99E0C8A46C1F3A2D548EE3BC5F1142A4999BB1AD500E9

NOME: ADELE MAGGIORE

CODICE FISCALE: MGGDLA54D55B428P

DATA FIRMA: 27/12/2012 12:10:42

IMPRONTA: 714C1030EB8426262085E0FBACD36AE339458B1A8DAB3A5ECB3116C5608E0F14
39458B1A8DAB3A5ECB3116C5608E0F149A02BC13805B66E571948EE4D41431F0
9A02BC13805B66E571948EE4D41431F06D403D95FC60A7128E98F7A423EA0F46
6D403D95FC60A7128E98F7A423EA0F4630CD381CD84DDA4F17254019421F8289

NOME: CINZIA CONTENTO

CODICE FISCALE: CNTCNZ66C69L424H

DATA FIRMA: 27/12/2012 12:15:05

IMPRONTA: A007F136351B1A489436843459F1462240EA4E840DA4A15C1AD1FD07697B0D0E
40EA4E840DA4A15C1AD1FD07697B0D0E4D611D18BB33BC4B01893E150B3F2B0D
4D611D18BB33BC4B01893E150B3F2B0DF402DC8822E05736218841DA943E313B
F402DC8822E05736218841DA943E313BF11F4B9D9CEE282C179FFFBB87B06953