



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA



# **BUDGET**

## **2018**

### **Progetto Complessivo Aziendale**

## INDICE

<b>DIREZIONE GENERALE .....</b>	<b>6</b>
Direzione Generale - Staff .....	6
Funzione supporto alla progettazione delle politiche aziendali e correlate funzioni di segreteria .....	7
Gestione Programmazione .....	9
SC Controllo di Gestione .....	10
SC Staff, Innovazione, Sviluppo Organizzativo e Formazione – Funzione Staff .....	12
SC Ricerca, Innovazione clinico-assistenziale, Qualità, Accreditamento e Rischio clinico .....	15
SSD Prevenzione Protezione Ambienti Lavoro .....	19
Comunicazione, relazioni esterne, ufficio stampa .....	21
<b>DIREZIONE SANITARIA.....</b>	<b>22</b>
Direzione sanitaria - Medico Competente .....	22
Direzione Sanitaria: Sanità Penitenziaria .....	23
SC Direzione Infermieristica e Ostetrica .....	24
SC Assistenza Farmaceutica.....	29
<b>SO DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE .....</b>	<b>38</b>
<b>DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA TERRITORIALE .....</b>	<b>52</b>
Dipartimento di Assistenza Territoriale (DAT).....	52
SSD Supporto Giuridico Amministrativo alle Attività del Dipartimento di Assistenza Territoriale .....	56
SC Gestione Prestazioni Sanitarie Progettazione Attività Sociosanitarie .....	58
<b>SO DISTRETTO 1.....</b>	<b>61</b>
<b>SO DISTRETTO 2.....</b>	<b>74</b>
<b>SO DISTRETTO 3.....</b>	<b>90</b>
<b>SO DISTRETTO 4.....</b>	<b>103</b>
<b>SO DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE .....</b>	<b>118</b>
<b>SO DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE .....</b>	<b>125</b>
<b>DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA.....</b>	<b>133</b>
Dipartimento di Assistenza Ospedaliera (DAO).....	133

Direzione Medica di Presidio .....	135
SC Medicina legale.....	142
<b>DAI EMERGENZA URGENZA E ACCETTAZIONE .....</b>	<b>144</b>
SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza .....	145
SSD Pronto Soccorso Ospedale Maggiore e Gestione delle Urgenze Territoriali.....	150
Complesso Operatorio HC .....	155
Complesso Operatorio HM - Day Surgery .....	157
SSD Anestesia e Rianimazione in ambito cardiovascolare .....	158
SC Anestesia e Rianimazione HM .....	160
SC (UCO)Anestesia e Rianimazione e Terapia Antalgica .....	166
<b>DAI CARDIO TORACO VASCOLARE .....</b>	<b>171</b>
SC Cardiologia .....	174
SC Cardiochirurgia .....	180
SC (UCO) Chirurgia Vascolare .....	187
SC Cardiovascolare e Medicina dello Sport .....	191
SC Chirurgia Toracica .....	199
SC Pneumologia .....	205
<b>DAI MEDICINA .....</b>	<b>210</b>
SC I Medica .....	212
SC III Medica .....	220
SC Nefrologia e Dialisi.....	228
SC (UCO) Medicina Clinica .....	234
SC (UCO)Clinica Medica .....	243
SC Geriatria.....	250
SSD Formazione e Ricerca In Ultrasonografia Vascolare.....	257
<b>DAI EMATOLOGIA, ONCLOGIA E INFETTIVOLOGIA.....</b>	<b>259</b>
SC Ematologia .....	260
SC Oncologia .....	264
SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile .....	271

SC Radioterapia .....	275
SC Malattie Infettive.....	280
SC (UCO)Clinica Dermatologica .....	285
<b>DAI CHIRURGIA .....</b>	<b>291</b>
SC (UCO) Clinica Chirurgica.....	292
SC Gastroenterologia.....	299
SC (UCO) Clinica Urologica .....	304
SC Clinica e Patologia del Fegato.....	310
SSD Chirurgia Senologica – Breast Unit .....	315
<b>DAI CHIRURGIA SPECIALISTICA .....</b>	<b>318</b>
SC (UCO) Clinica Di Chirurgia Maxillofacciale e Odontostomatologia.....	319
SC (UCO) Chirurgia Plastica.....	324
SC (UCO) Clinica Oculistica .....	329
SC (UCO) Clinica Otorinolaringoiatrica .....	335
<b>DAI NEUROSCIENZE, RIABILITAZIONE, ORTOPEDIA E MEDICINA DEL LAVORO .....</b>	<b>342</b>
SC (UCO) Clinica Neurologica .....	343
SC Neurochirurgia.....	349
SC Riabilitazione .....	355
SC (UCO) Clinica Ortopedica e Traumatologica.....	362
SC (UCO) Medicina Del Lavoro .....	369
<b>DAI MEDICINA DEI SERVIZI .....</b>	<b>375</b>
SC (UCO) Anatomia Patologica .....	376
SC Microbiologia e Virologia.....	380
SC Igiene e Sanità Pubblica.....	384
SC Laboratorio di Analisi.....	387
SSD Laboratorio di Tossicologia Forense.....	391
<b>DAI MEDICINA TRASFUSIONALE.....</b>	<b>392</b>
SC Medicina Trasfusionale.....	392

<b>DAI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI .....</b>	<b>396</b>
SC Radiologia HM .....	398
SC Radiologia HC.....	403
SSD Radiologia Interventistica Endovascolare .....	408
SC Medicina Nucleare.....	410
SC Fisica Sanitaria .....	414
<b>DIREZIONE SOCIO SANITARIA .....</b>	<b>417</b>
Direzione dei Servizi Sociosanitari.....	417
<b>DIREZIONE AMMINISTRATIVA .....</b>	<b>421</b>
<b>DIPARTIMENTO TECNICO.....</b>	<b>421</b>
SC Informatica e Telecomunicazioni .....	421
SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi.....	428
SC Manutenzione e Sviluppo Patrimonio.....	433
SC Ingegneria Clinica .....	437
<b>DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO .....</b>	<b>439</b>
SC Economico Finanziario.....	439
SC Gestione del Personale.....	442
SC Affari Generali e Legali Assicurativi .....	451
SC Convenzioni III Settore e Gestione Immobili .....	454

## DIREZIONE GENERALE

### Direzione Generale - Staff

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Appropriatezza nelle prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione e continuità delle cure	Individuazione di percorsi ambulatoriali complessi e coordinati (PACC) nel percorso riabilitativo conseguente agli interventi di chirurgia ortopedica di elezione	Staff Direzione Generale Melania Salina	Lettera di formalizzazione e invio della proposta alla Direzione Centrale salute
Miglioramento appropriatezza nei percorsi riabilitative nelle disabilità complesse di tipo ortopedico. Riduzione delle giornate di ricovero riabilitativo post chirurgia di elezione	1. Definizione di percorsi di continuità riabilitativa nelle disabilità complesse di tipo ortopedico (ex art. 26 legge 833/78) 2. Elaborazione di un “accordo attuativo” che definisca l’assetto organizzativo dei percorsi	Staff Direzione Generale Melania Salina	Atto di adozione formale degli accordi attuativi con le strutture private accreditate ex art. 26

Funzione supporto alla progettazione delle politiche aziendali e correlate funzioni di segreteria

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Istituzione ed implementazione dell'archivio informatico del server di Direzione Amministrativa e di Direzione Strategica.</p>	<p>1. Schematizzazione degli argomenti di interesse e conseguente strutturazione in cartelle di lavoro. 2. Collocazione della documentazione pertinente con l'argomento all'interno delle cartelle. 3. Implementazione e monitoraggio dell'archivio informatico. 4. Definizione delle regole di utilizzo del server.</p>	<p>Luisa Giove Antonella Greco Maria Teresa Galimi</p>	<p>1. schema dell'articolazione dell'archivio entro il 31.05.2018 2. manuale di utilizzo del server entro il 31.12.2018</p>
<p>2. Istituzione ed aggiornamento dell'elenco nominativo dei referenti aziendali per i gruppi di lavoro regionali.</p>	<p>1. Effettuazione della ricognizione nominativa, attraverso la consultazione dei responsabili di tutte le articolazioni organizzative aziendali. 2. Creazione ed aggiornamento periodico dell'elenco.</p>	<p>Brigida Romeo Roberta Visintin Igor Pischianz Antonella Greco Maria Teresa Galimi</p>	<p>1. conclusione della ricognizione entro il 31.3.2018 2. monitoraggio infrannuale entro il 31.7.2018 3. aggiornamento elenco al 31.12.2018</p>
<p>3. Rinnovo dell'accordo tra A.S.U.I. di Trieste e Federfarma Trieste per le attività del Centro Unico di Prenotazione, stipulato il 16.9.2014 e prorogato fino al 30.6.2018.</p>	<p>1. Analisi della DGR n. 12 dd. 12.1.2018 e relativo allegato recante l'accordo quadro regionale – capitolo n. 3. 2. Redazione del testo in bozza dell'Accordo e del decreto di approvazione dello stesso.</p>	<p>Luisa Giove Roberta Visintin</p>	<p>bozza dell'Accordo e del decreto di approvazione dello stesso entro il 30.6.2018.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>4. Nomina dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Prestazione (O.I.V.) dell'A.S.U.I. di Trieste</p>	<p>1. Analisi della normativa nazionale e regionale vigente, disciplinanti le funzioni e le competenze degli organismi interni di valutazione.</p> <p>2. Avvio e conclusione della procedura comparativa di selezione.</p> <p>3. Redazione del testo in bozza del decreto di nomina dell'O.I.V. dell'A.S.U.I. di Trieste.</p>	<p>Luisa Giove Brigida Romeo</p>	<p>bozza di decreto entro il 30.6.2018.</p>



Obiettivo generale	Azione	S.S o C./Personale	Indicatore / Risultato atteso/ Tempo
Continuità territorio – ospedale - territorio	<p>1. Analisi della epidemiologia dei ricoveri medici per Distretto, età e patologie , tenendo conto anche delle specializzazioni di alcune Strutture Ospedaliere del DAI di Medicina</p> <p>2. Produzione di un progetto esecutivo di distrettualizzazione dei ricoveri nei reparti del DAI di Medicina per garantire una migliore continuità di presa in carico tra le Strutture Ospedaliere e i Distretti (articolazioni dei MMG e RSA comprese)</p> <p>3. Stesura di linee guida per la continuità diagnostico terapeutica assistenziale in base al nuovo modello organizzativo</p>	<p>Tutta la Struttura</p> <p>In collaborazione con:                      DAT/DAO                      Distretti                      DAI Medicina                      SC Pronto Soccorso</p>	<p>1. Presenza del progetto esecutivo di distrettualizzazione dei ricoveri nei reparti del DAI di Medicina Entro il 30 settembre 2018</p> <p>2. Applicazione del modello, valutazione e analisi dell'attività e progettazione eventuali azioni correttive Entro il 31.12.2018</p> <p>3. Analisi dei ricoveri ripetuti per area territoriale e MDC: confronto con il 2017 Entro il 31.12.2018</p>
Sistema informativo distrettuale	Definizione di un cruscotto specifico avanzato quali/quantitativo di monitoraggio dell'attività distrettuale	<p>Tutta la Struttura</p> <p>In collaborazione con                      DAT                      Controllo di Gestione                      Direzione Infermieristica                      Sistema Informatico                      Distretti</p>	Sperimentazione operativa cruscotto e prima valutazione risultati

## SC Controllo di Gestione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUITS- Redazione del regolamento aziendale recante disciplina delle sperimentazioni cliniche e degli studi osservazionali</p>	<p>1. Analisi delle regolamentazioni preesistenti di ex AAS 1 e ex Aouts 2. Disamina della normativa sopravvenuta a livello nazionale e regionale 3. Redazione della nuova regolamentazione aziendale</p>	<p>Dirigenza e Comparto  in condivisione con SC Ricerca, Innovazione Clinico-assistenziale, Qualità, Accreditamento e Rischio clinico SC Staff, Innovazione, Sviluppo Organizzativo e Formazione – /Ufficio Amministrazione Trasparente, DAT, DAO, SC Assistenza farmaceutica</p>	<p>Trasmissione alla Direzione Strategica della proposta di Regolamento entro il 30/11/2018, ai fini della successiva adozione con decreto del DG.</p>
<p>2. Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUITS- Redazione del regolamento aziendale recante l'accesso degli informatori scientifici</p>	<p>1. Verifica ed analisi delle prassi applicate in altre realtà omogenee rispetto ad ASUITS 2. Redazione della proposta di regolamentazione aziendale</p>	<p>Dirigenza e Comparto  in condivisione con SC Staff, Innovazione, Sviluppo Organizzativo e Formazione / Ufficio Amministrazione Trasparente, DAT, DAO, SC Affari generali, legali e assicurazioni</p>	<p>Trasmissione alla Direzione Strategica della proposta di Regolamento entro il 30/11/2018, ai fini della successiva adozione con decreto del DG.</p>
<p>3. Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale</p>	<p>Studio di fattibilità per l'evoluzione del sistema di reportistica ad uso Controllo di Gestione, Ricerca, Innovazione, Percorsi di cura, qualità e accreditamento</p>	<p>Dirigenza e comparto  In condivisione con SC Informatica e Telecomunicazioni SC Ricerca, Innovazione Clinico-assistenziale, Qualità, Accreditamento e Rischio clinico</p>	<p>Redazione entro il 31/12/2018 di uno studio per l'evoluzione del sistema di reportistica per la gestione e distribuzione di indicatori economici/sanitari ad uso delle diverse SC coinvolte.</p>
<p>4. Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale</p>	<p>Revisione attività della Struttura a seguito applicazione nuovo Atto Aziendale</p>	<p>SC Controllo di gestione – Dirigente e Comparto</p>	<p>Relazione del Responsabile della Struttura sulla ridefinizione del ruolo e compiti della Struttura in ambito aziendale entro 30.09.2018</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
5. Sistema di governo	Progetto ABF – Costi standard. Partecipazione alla formazione del personale della struttura, estrazione dati attività 2017, predisposizione format apposito per successivo impiego nel progetto.	SC Controllo di gestione Dirigente e comparto  In collaborazione con SC Informatica e Telecomunicazioni	Evidenza dell'analisi svolta dallo Studio Pasdera entro 31/12/2018
6. Razionalizzazione dei costi	Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura per le Strutture dell'ex AAS 1	SC Controllo di gestione Dirigente e comparto	Predisposizione di un format contenente il piano dei conti alimentati per centro di costo entro il 31/07/2018

SC Staff, Innovazione, Sviluppo Organizzativo e Formazione – Funzione Staff

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore/Risultato atteso/tempo
<p>1. Redazione di un regolamento aziendale recante disciplina delle competenze del RUP e del DEC nei contratti di fornitura di beni e servizi</p>	<p>1. Lettura e valutazione delle disposizioni di cui al d. lgs. 50/2016 e al d. lgs. n. 56/2017 2. Lettura e valutazione dei Regolamenti Ministeriali e delle linee guida ANAC 3. Redazione di una proposta di nuovo Regolamento aziendale recante disciplina delle competenze del RUP e del DEC nei contratti di fornitura di beni e servizi</p>	<p>Dirigenza il Responsabile della SC Staff, Innovazione, Sviluppo organizzativo e Formazione  in collaborazione con il Responsabile della SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi</p>	<p>Trasmissione alla Direzione Strategica della proposta di Regolamento entro il 31/08/2018, ai fini dell'adozione con decreto del DG.</p>
<p>2. Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUITS-Redazione del regolamento aziendale recante disciplina delle sperimentazioni cliniche e degli studi osservazionali</p>	<p>1. Analisi delle regolamentazioni preesistenti di ex AAS 1 e ex Aouts2. Disamina della normativa sopravvenuta a livello nazionale e regionale3. Redazione della nuova regolamentazione aziendale</p>	<p>Dirigenza e Comparto (UAT)  in collaborazione con SC Ricerca, Innovazione Clinico-assistenziale, Qualità, Accreditamento e Rischio clinico Controllo di gestione DAT DAO SC Assistenza farmaceutica</p>	<p>Trasmissione alla Direzione Strategica della proposta di Regolamento entro il 30/11/2018, ai fini della successiva adozione con decreto del DG.</p>
<p>3. Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ASUITS-Redazione del regolamento aziendale recante l'accesso degli informatori</p>	<p>1. Verifica ed analisi delle prassi applicate in altre realtà omogenee rispetto ad ASUITS 2.</p>	<p>Dirigenza e Comparto (UAT)  in collaborazione con RPC DAT</p>	<p>Trasmissione alla Direzione Strategica della proposta di Regolamento entro il 30/11/2018, ai fini della successiva adozione con decreto del DG.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore/Risultato atteso/tempo
scientifici	Redazione della proposta di regolamentazione aziendale	DAO SC Affari generali, legali e assicurazioni	
4. Progettazione e realizzazione delle schede per la rilevazione delle esigenze formative PAF 2018 e delle schede di progetto per l'accREDITamento ECM 2018	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disamina dei risultati dello studio osservazionale 2017 sulla qualità dei dati PAF</li> <li>2. Progettazione delle schede per la rilevazione delle esigenze formative (considerando le aree di miglioramento da intraprendere)</li> <li>3. Disamina delle Linee guida 2018 sistema ECM</li> <li>4. Progettazione delle schede di progetto formativo in coerenza con le LG regionali</li> <li>5. Utilizzo delle nuove schede</li> </ol>	Tutto il personale afferente alla funzione della Formazione (Provider ECM FVG Asuits)	Schede realizzate e operative nel corso del 2018
5. Implementazione della rete dei referenti della formazione anno 2018 per la valorizzazione delle competenze nel contesto dei processi del sistema formativo aziendale	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reclutamento dei referenti della formazione nei percorsi formativi</li> <li>2. Azioni formative/informative nei confronti dei RDF</li> <li>3. Attivazione di consulenze di processo con i RDF finalizzate al monitoraggio dell'andamento del PAF 2018 ed eventuali integrazioni per quanto concerne la rilevazione del fabbisogno formativo ed il supporto nelle fasi di</li> </ol>	Tutto il personale afferente alla funzione della formazione (Provider ECM FVG Asuits)	Rete dei referenti della formazione operativa nel corso del 2018

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore/Risultato atteso/tempo
	erogazione-rendicontazione degli eventi formativi realizzati 4. Incontri di miglioramento con i RDF atti a individuare criticità e proposte ai fini del perfezionamento del processo (PDCA)		
6. Conformità del sistema di qualità alla norma ISO9001:2015 Realizzazione della mappa dei portatori di interesse del Provider ECM FVG ASUITS”	1. Disamina delle linee guida ISO 9001:2015 e della letteratura in tema 2. Individuazione di modelli e criteri per la mappatura 3. Mappatura delle interested parties con le attribuzioni degli specifici interessi – livello di influenza sul sistema e la loro posizione in ingresso e in uscita (output – outcome) sul processo organizzativo della formazione aziendale 4. Adozione formale del documento tra i documenti e registrazioni del sistema qualità del Provider ECM FVG ASUITS	Tutto il personale afferente alla funzione della formazione (Provider ECM FVG Asuits)	Mappa realizzata ed operativa nel corso del 2018

SC Ricerca, Innovazione clinico-assistenziale, Qualità, Accredimento e Rischio clinico

Obiettivo generale	Azione	ss. o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
<p>1. Ricerca &amp; Innovazione Riorganizzare le funzioni di Ricerca e Innovazione clinico-assistenziale all'interno dell'Azienda</p> <p>- Funzione di Ricerca e Innovazione</p>	<p>Predisporre e condividere con la Direzione generale una proposta di riorganizzazione e centralizzazione delle attività di supporto e gestione della Ricerca clinica, epidemiologica, socio-assistenziale ed organizzativa</p>	<p>Dirigenza Centonze</p>	<p>Trasmissione entro il 30.08.2018 alla Direzione generale della proposta di riorganizzazione dell'area e delle proposte della fattibilità</p>
<p>2. Ricerca &amp; Innovazione Riorganizzare le funzioni di Ricerca e Innovazione clinico-assistenziale all'interno dell'Azienda</p> <p>- Funzione di Ricerca e Innovazione</p>	<p>1. Censire le attività progettuali e di ricerca clinica ed epidemiologica od organizzativa e socio-assistenziale all'interno dell'Azienda</p> <p>2. Effettuare la ricognizione delle infrastrutture e delle tecnologie disponibili all'interno dell'Azienda per lo svolgimento delle ricerche di tipo clinico ed epidemiologico (comprensivo delle banche biologiche e delle dotazioni biotecnologiche)</p> <p>3. Effettuare una prima ricognizione macroscopica delle attitudini e delle propensioni alla ricerca espresse da clinici e professionisti dell'Azienda nei confronti dei temi di ricerca e di innovazione clinico-assistenziale</p>	<p>Dirigenza e Comparto Centonze Santi, Dittura</p>	<p>Trasmissione entro il 31.12.2018 alla Direzione generale e al Coordinatore della Ricerca ASUITs di un report annuale contenente i tre distinti oggetti del censimento</p>
<p>3. Piano Triennale della Prevenzione</p>	<p>Analisi delle regolamentazioni preesistenti di ex AAS 1 e ex Aouts</p>	<p>Dirigenza e Comparto Centonze</p>	<p>Trasmissione alla Direzione Strategica della proposta di Regolamento entro il</p>

Obiettivo generale	Azione	ss. o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
<p>della Corruzione e della Trasparenza ASUITS</p> <p>Ricerca &amp; Innovazione</p> <p>Migliorare l'accesso dei ricercatori ASUITS alle attività di ricerca</p> <p>Redazione del <b>regolamento aziendale</b> recante disciplina delle sperimentazioni cliniche e degli studi osservazionali</p>	<p>Disamina della normativa sopravvenuta a livello nazionale e regionale</p> <p>Redazione della nuova regolamentazione aziendale</p>	<p>Santi, Polcan, Dittura</p> <p>in condivisione con</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SC Staff, Innovazione, Sviluppo organizzativo e Formazione</li> <li>- Controllo di Gestione</li> <li>- SCEF</li> <li>- DAT</li> <li>- DAO</li> <li>- SC Assistenza farmaceutica</li> </ul>	<p>30/11/2018, ai fini della successiva adozione con decreto del DG.</p>
<p>4.</p> <p>Ricerca &amp; Innovazione</p> <p>Migliorare l'accesso dei ricercatori ASUITS alle attività di ricerca</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Funzione di supporto al Nucleo di Ricerca Clinica ed Epidemiologica e CEUR</li> </ul>	<p>Gestire e mantenere aggiornato il registro aziendale degli studi e delle sperimentazioni cliniche inseriti nell'iter pre-autorizzativo e di valutazione di fattibilità aziendale</p>	<p>Comparto</p> <p>Dittura, Polcan</p>	<p>Predisposizione ed invio alla Direzione strategica e al Coordinatore Scientifico ASUITS, della relazione finale (dati a dicembre 2018) sull'andamento degli studi proposti dai P.I. per parere CEUR, con descrizione del livello di iter istruttorio e di fattibilità</p>
<p>5.</p> <p>Ricerca &amp; Innovazione</p> <p>Migliorare l'accesso dei ricercatori ASUITS alle attività di ricerca</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Completamento dell'istruttoria inerente l'approvazione degli studi già sottoposti all'iter pre-autorizzativo e approvazione da parte del CEUR</li> <li>- Funzione di supporto al Nucleo di Ricerca Clinica ed Epidemiologica e CEUR</li> </ul>	<p>1. Redazione degli atti autorizzativi aziendali da proporre alla Direzione generale inerenti l'avvio delle sperimentazioni cliniche sponsorizzate o meno, degli studi multicentrici e degli studi osservazionali approvati dal CEUR</p> <p>2. Predisposizione dei decreti autorizzativi degli istituti contrattuali inerenti l'avvio delle sperimentazioni cliniche sponsorizzate</p>	<p>Dirigenza e Comparto</p> <p>Santi, Centonze</p>	<p>Le procedure inerenti l'autorizzazione a condurre gli studi clinici, studi multicentrici e studi spontanei, precedentemente assunti dalla SC Affari Giuridici e delle Attività di Supporto Direzionale legali (ex-AAS1), sono proposti come decreti autorizzativi e relativi atti contrattuali, dalla SC Ricerca, Innovazione, Qualità, Accreditamento e Rischio clinico</p>
<p>6.</p> <p>Qualità e Accreditamento</p> <p>Riconoscimento UNICEF di ASUITS</p>	<p>Revisionare e aggiornare il <i>Manuale degli operatori 2018</i> contenente Politica aziendale, modello di</p>	<p>Comparto</p> <p>Romano</p>	<p>Trasmissione con nota @ alla responsabile BFCI dell'ASUITS dott. Vittoria Sola del <i>Manuale degli</i></p>



Obiettivo generale	Azione	ss. o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
<p>quale "Comunità Amica dei Bambini per l'allattamento materno"</p> <p>- Mantenimento della conformità ai requisiti dell'Accreditamento UNICEF per la visita di rivalutazione del certificato BFCI</p>	<p>assistenza, procedure, istruzioni per buone pratiche BFCI, moduli, checklist e vari documenti collegati</p>	<p>Condiviso con la SC Bambini, Adolescenti, Donne e Famiglie del Distretto 3</p>	<p>operatori 2018 entro il 30.11.2018</p>
<p>7. Qualità e Accreditamento Obiettivo Aziendale PAL del Programma VIII del PRP: Partecipazione alla stesura delle schede di prodotto e delle flow chart, con le metodiche e gli strumenti predisposti nell'ambito della IV fase del progetto di ricerca "Prodotti Finiti FVG"</p>	<p>1. Stesura delle flow chart delle schede di prodotto</p> <p>2. Mantenimento della collaborazione con il DIP per la stesura della modulistica e degli altri documenti necessari per conseguire i risultati previsti a livello regionale nell'ambito della Fase IV del progetto di ricerca "Prodotti finiti FVG"</p>	<p>Comparto Romano</p> <p>Condiviso con il DIP, SC Igiene e Sanità Pubblica</p>	<p>Trasmissione di almeno n. 2 flowchart con nota@ ai rispettivi referenti dei Gruppi di lavoro del progetto "Prodotti Finiti FVG" entro il 31.12.2018</p>
<p>8. Qualità e Accreditamento Obiettivo Aziendale PAL del Programma XIII del PRP: Avvio di un processo di accreditamento dei servizi vaccinali</p>	<p>1. Revisionare e aggiornare le procedure redatte nel 2017 in materia di vaccinazioni e di profilassi delle malattie infettive</p> <p>2. Inserire nel <i>Manuale dei processi e delle procedure 2018</i> della SCISP la revisione delle procedure esistenti ed almeno una nuova procedura in materia di vaccinazioni</p>	<p>Comparto Romano</p> <p>Condiviso con il DIP, SC Igiene e Sanità Pubblica</p>	<p>Trasmissione con nota@ del <i>Manuale dei processi e delle procedure 2018</i> (con almeno una nuova procedura in materia di vaccinazioni) al Responsabile della SCISP dott. Riccardo Tominz entro il 31.12.2018</p>
<p>9. Qualità e Accreditamento Implementazione del Sistema di Gestione per i Controlli Ufficiali in materia di sicurezza degli alimenti e</p>	<p>Redigere n. 3 nuove procedure per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la redazione dei piani e dei programmi dei controlli ufficiali</li> <li>- l'inserimento di nuovi operatori per i controlli ufficiali</li> </ul>	<p>Comparto Romano</p> <p>Condiviso con il DIP, a) S.C. Igiene Degli Alimenti e della</p>	<p>Trasmissione di n. 3 procedure con nota@ al coordinatore TDP dott. Marco Rizzo entro il 31.12.2018.</p>

Obiettivo generale	Azione	ss. o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
sanità pubblica veterinaria come richiesto dalle Linee Guida 2013 per il funzionamento ed il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale	- la registrazione e il riconoscimento delle imprese alimentari	Nutrizione b) S.C. Sanità Animale c) S.C. Igiene Degli Alimenti Di Origine Animale	

## SSD Prevenzione Protezione Ambienti Lavoro

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore/risultato atteso/tempo
1. Promozione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e applicazione del SGSL	1. Predisposizione di una check list finalizzata all'esecuzione degli audit di primo livello nelle sedi extraospedaliere 2. Sperimentazione della check list in almeno 4 sedi extraospedaliere	Tutto il personale del comparto SSD PPAL	1. Redazione check list specifica per le sedi extraospedaliere entro il 30/06/2018 2. Verifica dell'applicazione della check list mediante report di monitoraggio del Facility tour nelle sedi individuate entro il 31/12/2018
2. Promozione della sicurezza antincendio	Standardizzazione delle esercitazioni antincendio nelle strutture aziendali ex-AAS1 e ex-AOOTS	Tutto il personale del comparto SSD PPAL	1. Realizzazione di una Istruzione Operativa standardizzata entro il 30/06/2018 2. Report di 10 esercitazioni
3. Coinvolgimento degli addetti nell'ambito della prevenzione dei rischi in tema di salute e sicurezza sul lavoro relativamente all'organizzazione apicale della sicurezza aziendale, con acquisizione di ulteriori competenze trasversali	Riunioni di coordinamento degli addetti con il Responsabile finalizzati alla partecipazione dei vari addetti alle riunioni o sopralluoghi su richiesta di consulenza da parte di altre strutture o servizi.	Tutto il personale del comparto SSD PPAL	Garanzia della presenza degli addetti a tutte le riunioni o sopralluoghi necessari (100%) in affiancamento con il Dirigente oppure in autonomia previa formazione/scambio di informazioni sull'argomento specifico attraverso riunioni preparatorie interne con il Dirigente
4. Promozione della salute e sicurezza nei luoghi lavoro attraverso la formazione dei lavoratori secondo quanto previsto dall'accordo stato-regioni	Programmazione e attuazione di cinque eventi formativi (destinati ai lavoratori alto rischio di ASUITS: moduli A, B, C)	Dirigente sanitario dott. Fabio Aizza	Attuazione di due eventi formativi completi per i lavoratori "alto rischio" (moduli A, B, C) entro il 30/06/2018 e di ulteriori tre eventi (moduli A + B + C) entro il 31/12/2018
5. Coinvolgimento degli addetti	Riunioni di coordinamento degli addetti con il Responsabile finalizzati	Dirigente sanitario responsabile di struttura dott.ssa Elisabetta Edalucci	Garanzia della presenza SPPA a tutte le riunioni o sopralluoghi necessari

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore/risultato atteso/tempo
nell'ambito della prevenzione dei rischi in tema di salute e sicurezza sul lavoro relativamente all'organizzazione apicale della sicurezza aziendale, con acquisizione di ulteriori competenze trasversali	alla partecipazione dei vari addetti alle riunioni o sopralluoghi su richiesta di consulenza da parte di altre strutture o servizi.		(100%) con il Dirigente oppure con personale appositamente formato sull'argomento specifico da riunioni preparatorie interne

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore /risultato atteso/tempo
<p>1. Con decreto n. 561/del 23-08-17 è iniziata la fase di accorpamento dei due URP che prevede tra l'altro l'istituzione del Servizio di Comunicazione-relazioni esterne e ufficio stampa. Necessaria riorganizzazione Logistica / organizzativa del servizio URP previsto tra l'altro dal Piano di Comunicazione Aziendale integrato decreto n. 90 del 01-02-18 Riorganizzazione logistica delle attività amministrative previste dall'Atto aziendale</p>	<p>1. Individuazione di nuova sede presso Ospedale di Cattinara necessaria a seguito della ristrutturazione del Presidio 2. Trasferimento di una unità di personale (Po dott.ssa Loredana Braico) presso la sede di V. Sai 1-3. 3. Centralizzazione della gestione dei reclami presso URP di V. Sai 1-3</p>	<p>PO Sara Sanson PO Loredana Braico</p>	<p>Attivazione del punto informativo presso Ospedale di Cattinara, che manterrà i contatti con i reparti e la Direzione di presidio, svolgendo attività di informazione e di raccolta delle segnalazioni/ reclami. Gestione unica del reclamo con uniformità di metodo di lavoro e procedure: tutti i reclami saranno gestiti dalla sede di V. Sai 1-3 con unica protocollazione e gestione. Attivazione entro 31 maggio 2018</p>
<p>2. Definizione di policy interna ed esterna per l'utilizzo e la gestione dei canali di Comunicazione Social</p>	<p>Revisione delle policy interna (per i dipendenti) Esterne (per i cittadini)</p>	<p>Tutto il personale URP</p>	<p>Entrambe le policy approvate con decreto entro il 30 giugno 2018</p>
<p>3. Valutazione dell'impatto della comunicazione</p>	<p>Analisi del fabbisogno di comunicazione di tutte le Strutture di Asuits 2. Definizione di una scheda utile per la rilevazione</p>	<p>Tutto il personale URP</p>	<p>Scheda realizzata entro 30/06/2018 e somministrata entro il 31/07/2018. Report dell'analisi (Entro 31/12/2018)</p>
<p>4. Supporto alle strutture nell'organizzazione di grandi eventi in particolare per l'incentivazione di sani stili di vita</p>	<p>Predisposizione di un report delle attività, con le azioni di comunicazione incluse</p>	<p>Tutto il personale URP</p>	<p>Almeno n.1 evento realizzato entro 31/12/2018</p>

## DIREZIONE SANITARIA

### Direzione sanitaria - Medico Competente

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Valutare la copertura nei confronti di morbillo, parotite, rosolia, varicella negli operatori sanitari	Nel corso della sorveglianza sanitaria degli operatori sanitari di nuova assunzione e in visita periodica: 1. Valutare la copertura vaccinale nei confronti di morbillo, parotite, rosolia, varicella e/o 2. Valutare la risposta sierologica nei confronti di morbillo, parotite, rosolia, varicella 3. Valutare la risposta ai test per la TBC come da protocollo aziendale	Dr.ssa Maria Peresson (Medico Competente ASUITs area territoriale) e Personale del Comparto del Dipartimento di Prevenzione che collabora alla Sorveglianza Sanitaria (DLgs 81/2008).  -	Entro dicembre 2018 analisi dei risultati dello stato di copertura per morbillo, parotite, rosolia, varicella e risposta ai test TBC riguardanti 600 lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nel corso dell'anno.
2. Gestione del sistema di incident reporting per l'area territoriale	Analizzare e valutare periodicamente i dati raccolti al fine di attivare processi di miglioramento 2. Esecuzione di Root Cause Analysis in caso di eventi che superino lo score di 6	Direzione sanitaria Medico competente (Referente per incident reporting area territoriale)	1. Monitoraggio del 100% delle segnalazioni ricevute e valutazione delle azioni intraprese. Report annuale. 31/12/2018 2. Esecuzione di almeno 1 RCA (se eventi con score > di 6)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Assicurare la continuità della presa in carico delle persone ristrette: implementazione dell'integrazione con le articolazioni aziendali coinvolte nei processi di cura</p>	<p>1. Diffondere conoscenze in tema di sanità penitenziaria e del sistema penitenziario, definizione e predisposizione di un percorso formativo 2. Avvio di un tavolo di lavoro aziendale</p>	<p>Franca Masala</p>	<p>1. Entro il 31/08/2018 predisposizione percorso formativo; Entro 31/12/2018 almeno 2 incontri attivati 2. Almeno 3 incontri</p>
<p>2. Percorsi educativi dedicati alla popolazione detenuta</p>	<p>Predisposizione ed effettuazione di incontri in materia di patologie infettive</p>	<p>Franca Masala</p>	<p>Almeno due incontri sezione maschile /sezione femminile</p>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016 (PAL 3.3.1) mantenere fede a <i>Trieste libera da contenzione</i> anche per le persone ricoverate nelle terapie intensive e semintensive e nei casi complessi e in ogni degenza;</p>	<p>1. Mantenere attiva la collaborazione con le Organizzazioni dei Volontari dell'<i>Albo Volontari art.13</i> per continuare a garantire la loro presenza attiva nei reparti nell'arco delle 24 ore ed evitare il ricorso alla contenzione; 2. Alimentare il sito aziendale con l'Ordine dei medici: <i>Trieste libera da contenzione</i> 3. Pubblicare l'aggiornamento del saggio "Contro la contenzione garantire sempre l'articolo 13 della Costituzione " editore Maggioli.</p>	<p>Direttore Maila dr.ssa Mislej Direzione Infermieristica e ostetrica</p>	<p>1. Produzione di un report delle iniziative sostenute nell'anno 2018; 2. Sito aggiornato 3. Saggio aggiornato e pubblicato.</p>
<p>2. Sperimentare una nuova tipologia di continuità assistenziale tra ospedale e territorio riferita ai casi meno complessi in collaborazione con la Direzione Socio sanitaria e Televita spa - Screening popolazione anziana fragile (PAL 3.5.1) i reparti del dai di medicina e i distretti.</p>	<p>Supportare il progetto di continuità, da realizzare attraverso Follow Up (FU) telefonico, per le persone dimesse dall'ospedale, da una Residenza sanitaria assistenziale (RSA) o dal Pronto intervento domiciliare (PID) non prese in carico dai servizi distrettuali</p>	<p>Direzione dei Servizi sociosanitari Dott. ssa Maila Mislej Dott.ssa Consuelo Consales Direzione infermieristica e ostetrica</p>	<p>Il progetto viene definito entro il 30.04.2018 e presentato in un audit a tutto il personale.</p>
<p>3. Presenza dei care giver in corso di visita nei reparti di degenza (PAL 3.7.4)</p>	<p>Promuovere la cultura volta a garantire la presenza dei care giver e dei volontari dell'Albo dei Volontari art. 13 in tutte le strutture aziendali</p>	<p>Dott. ssa Consuelo Consales Direzione Infermieristica e in linea funzionale i Responsabili Infermieristici Dipartimentali (RID)</p>	<p>produzione di un report di verifica relativo a tutte le strutture di degenza ASUITS</p>



Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	anche durante la visita medica e le procedure infermieristiche.		
4. Progettare un Centro Unico moduli preoperatori	Definire, in condivisione con i responsabili dipartimentali, un progetto per la realizzazione di un Centro Unico moduli preoperatori, , in cui raccogliere le preparazioni di tutti i cittadini operandi.	Personale della Direzione Infermieristica in collaborazione con la DAO e le PO infermieristiche Dipartimentali delle strutture chirurgiche (in linea funzionale)	Presentazione del progetto al DS e al DAO entro 30 maggio 2018
5. Attivare il monitoraggio in G2 – “scheda incidenza lesioni da pressione (LdP)” mandato Direzione Centrale FVG nelle SEGUENTI strutture: - geriatria - terza Medica - Prima Medica - Clinica Medica - Medicina Clinica - Clinica Ortopedica - Clinica Neurologica - Medicina d’Urgenza - Unità Terapia Intensiva Coronarica - Pneumologia - CCH TIPO - ARTA - RSA San Giusto – Dis 2	1. Individuare e formare i referenti infermieristici per le attività di monitoraggio dell’incidenza LdP nelle strutture indicate dal gruppo di ricerca regionale e aziendale (Direzione Infermieristica) 2. Coordinare/supportare le attività di configurazione e implementazione della scheda attraverso il sistema informativo G2 3. Predisporre un’evidenza dei dati resi disponibili dal sistema informativo	Personale della Direzione Infermieristica e ostetrica  In collaborazione con: a) SC Controllo di Gestione Fornisce mensilmente i numero dei ricoverati nelle strutture indicate; b) SC Informatica e telecomunicazione, consente l’accesso alla Scheda incidenza lesioni da pressione (LdP) in G 2 assicurandone la configurazione nelle 13 strutture.	1. Formazione dei referenti di reparto ed RSA all’utilizzo della scheda in G 2 ( <u>non appena sarà resa disponibile dalla Direzione centrale e dalla SC Informatica</u> ): formati almeno 26 operatori (due per reparto ed RSA) 2. Almeno 26 sopraluoghi nei reparti ed RSA per monitoraggio della implementazione dei dati in G 2; 3. Report sui dati raccolti entro gennaio 2019 ed evidenza delle criticità.
6. Monitoraggio dell’Appalto “ Trasporti intraospedalieri malati” – Decreto n. 790 del 14/12/2016	gestire gli interventi ordinari e straordinari a supporto delle criticità emergenti nelle strutture aziendali.	Dott.ssa Anna Longo DEC Direzione Infermieristica e Ostetrica	Presentazione di un report di monitoraggio entro gennaio 2019 con la rendicontazione di tutti gli interventi che hanno richiesto una rimodulazione straordinaria del servizio trasporti
7.	1.	Personale della Direzione	1.

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Monitoraggio delle pulizie quotidiane nelle aree di degenza	Attivare un sistema di monitoraggio per la verifica quotidiana delle pulizie nelle strutture di degenza ospedaliere; 2. Predisporre un'analisi delle criticità riscontrate al fine di migliorare la qualità del servizio offerto ai cittadini	Infermieristica	attivare il monitoraggio quotidiano delle pulizie nelle zone di degenza entro il 30 aprile: individuando 1 referente per struttura e una facile scheda da utilizzare quotidianamente; 2. produzione di un report di monitoraggio con i punti critici e proposte di miglioramento entro gennaio 2019.
8. PAL 2018 aggiornamento delle procedure e del protocollo di continuità assistenziale ospedale/territorio ASUITS	Attivazione di un gruppo di lavoro che analizzi le criticità e aggiorni le procedure e il protocollo del servizio di continuità assistenziale	Personale della Direzione Infermieristica e Ostetrica in collaborazione con i Responsabili infermieristici ospedalieri e distrettuali	Proposta di decreto con allegato il nuovo protocollo ASUITS di continuità assistenziale e audit di presentazione.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore/ risultato atteso/tempo
<p>1. 3.6.2 Emergenza urgenza</p> <p>Revisione dei percorsi di continuità riabilitativa ospedale -territorio per pazienti con ictus e frattura di femore</p>	<p>1. Revisione della scheda di valutazione multidimensionale e del protocollo di continuità riabilitativa ospedale-territorio (già in essere dal 2006) che coinvolge la S.C. Cl. Neurologica, la S.C. Ortopedia e Traumatologia, la S.C. Medicina Riabilitativa, e i Distretti</p> <p>2. Implementazione del nuovo protocollo</p>	<p>Obiettivo in collaborazione con SC Medicina riabilitativa, Clinica Neurologica, Clinica Ortopedica e Traumatologica, Referente per l'area riabilitativa territoriale, Referente per l'area riabilitativa ospedaliera, Coordinatore delle attività riabilitative aziendali continuità riabilitativa, Coordinatori piattaforme di assistenza riabilitativa distrettuale, fisioterapisti assegnati alle SC Adulti e Anziani distrettuali</p>	<p>1. Produzione del documento relativo al nuovo protocollo di continuità entro il 30/10/2018</p> <p>2. Implementazione del nuovo protocollo entro 01.12.2018</p>
<p>2. 3.2.12. Emersione e prevenzione delle malattie professionali in Friuli Venezia Giulia e promozione della salute nei luoghi di lavoro (Programma X PRP)</p>	<p>1 Coordinare e attuare corsi di formazione per i dipendenti di ASUITs che utilizzano il videoterminale</p> <p>2 Coordinare e attuare corsi di formazione per la movimentazione delle persone a domicilio e in ambulatorio</p> <p>3 Coinvolgere i medici competenti nella promozione della salute del dipendente</p>	<p>Referente per l'area riabilitativa territoriale, Referente per l'area riabilitativa ospedaliera, Coordinatore delle attività riabilitative aziendali continuità riabilitativa</p>	<p>1.a organizzare almeno 6 eventi formativi nel corso dell'anno</p> <p>1.b report finale, attraverso i questionari di ingresso e fine corso analizzare l'efficacia della formazione per il benessere del dipendente</p> <p>2. organizzare almeno 4 eventi, con report finale</p> <p>3. organizzare almeno 1 evento formativo per medici competenti.</p>
<p>3. 3.2.7. Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)</p>	<p>Monitorare e implementare progetti di attività fisica in ASUITs o in collaborazione con le Associazioni sportive e di Promozione Sociale ;</p>	<p>Referente per l'area riabilitativa territoriale, Coordinatore delle attività riabilitative aziendali continuità riabilitativa</p>	<p>1. Valutare almeno 5 progetti di attività fisica</p> <p>2.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore/ risultato atteso/tempo
	valutare l'impatto sulla salute della popolazione		Report finale, entro 01.12.2018, che evidenzia le modalità di valutazione delle persone che hanno frequentato i corsi e quale impatto sulla salute.

## Area Ospedaliera

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Monitoraggio d'impiego di Eparine a Basso Peso Molecolare (EBPM) e fondaparinux a seguito di intervento di chirurgia ortopedica maggiore.</p> <p>Le Linee Guida di riferimento raccomandano l'impiego di EBPM e fondaparinux nella profilassi e nel trattamento del TEV, con dosaggi e durate di terapia specifiche per ciascun impiego, secondo le logiche dell'EBM. La spesa per tale categoria di farmaci in ASUITS impatta circa per l'1,5% della spesa farmaceutica totale, con possibili margini di contenimento legati al miglioramento dell'appropriatezza.</p>	<p>Calcolare l'utilizzo di EBPM e fondaparinux prescritti a seguito di intervento di chirurgia ortopedica maggiore, distribuiti nei diversi canali di erogazione del farmaco (tipo di farmaco, dosaggio, posologia, durata della terapia), rispetto a quanto previsto dalle Linee Guida di settore e diffondere la reportistica agli interessati.</p>	<p>Dott.ssa Chiara Roni</p>	<p>Produzione di un report contenente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'analisi di consumo di EBPM e fondaparinux prescritti a seguito di intervento di chirurgia ortopedica maggiore, distribuiti nei diversi canali di erogazione del farmaco (tipo di farmaco, dosaggio, posologia, durata della terapia) e confronto con quanto previsto dalle Linee Guida di settore;</li> <li>- proposte di miglioramento sull'impiego di EBPM e fondaparinux in linea con le Linee Guida di settore, a seguito criticità evidenziate dall'analisi di utilizzo;</li> </ul> <p>Fonte: Protocollo Tempistica: entro il 31 dicembre 2018</p>
<p>2. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive.</p> <p>La quantificazione dell'esatto consumo di antibiotici è una misura farmacoepidemiologica utile ad orientare in misura appropriata la politica di utilizzo degli antibiotici come riconosciuto dai CDC di Atlanta.</p>	<p>Calcolare l'utilizzo degli antibiotici all'interno delle singole UUOO con la misura del numero di dosi definite giornaliere/100 gg degenza/anno competenza 2018 per tutte le classi di antibiotici di impiego sistemico e diffondere la reportistica agli interessati.</p>	<p>Dott.ssa Ludovica Carniel</p>	<p>Produzione di un report contenente la numerica dei consumi anno 2018 completo e le proposte di miglioramento sull'impiego degli antibiotici, da diffondere a tutte le UUOO ospedaliere con consumo sistemico di antibiotici.</p> <p>Fonte: Protocollo Tempistica: entro il 30 aprile 2018</p>
<p>3. Appropriatezza ed efficienza per l'SSR</p>	<p>Vagliare le richieste nominali prescritte da specialisti di ASUITS per pazienti di</p>	<p>Farmacisti dirigenti: Ludovica Carniel</p>	<p>Intercettazione del 100% delle nuove prescrizioni effettuate da parte di</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>nell'impiego di farmaci biologici ad alto costo per i quali è disponibile alternativa biosimilare (infliximab, etanercept, rituximab).</p> <p>L'impiego, in tutti i casi possibili, di farmaci biologici ad alto costo scaduti di brevetto permette di liberare risorse da poter impiegare per i farmaci innovativi ad alto impatto di spesa, mantenendo un elevato lo standard di qualità, efficacia e sicurezza.</p>	<p>nuovo avvio terapia con farmaci biologici (infliximab, etanercept, rituximab) e discussione con il prescrittore qualora l'alternativa scelta non sia in linea con l'aggiudicazione di gara regionale.</p>	<p>Irina Cebulec Anna Mansi Clara Palmieri Ketty Parenzan Riccardo Provasi Chiara Roni/Comparto</p>	<p>specialisti di ASUITS per farmaci biologici (infliximab, etanercept, rituximab).</p> <p>Fonte: prescrizioni 2018 Tempistica: anno 2018</p>
<p>4. Monitoraggio continuo dell'erosione del Budget di risorsa farmaceutico ai fini del monitoraggio quadrimestrale di bilancio aziendale.</p>	<p>Predisposizione per la SOC Controllo di Gestione del calcolo delle risorse consumate per il materiale sanitario sotto gestione diretta ed indiretta della SOC Farmacia.</p>	<p>Dott. Schincariol Paolo</p>	<p>Predisposizione ed invio di un report nei tempi richiesti al fine della predisposizione dei conteggi quadrimestrali per la formulazione del Bilancio preventivo da trasmettere alla Regione.</p> <p>Fonte: Protocollo Tempistica: quadrimestrale</p>
<p>5. Ottimizzazione del processo di gestione dei solleciti dei farmaci e del materiale sanitario gestito dalla SOC Farmacia per contrastare il fenomeno in costante aumento di shortage dei farmaci sul mercato.</p> <p>Tale attività si rende particolarmente importante in fase di riorganizzazione della logistica aziendale che prevede l'adozione della gestione centralizzata del magazzino.</p>	<p>1. Implementare il file dei solleciti come da procedura per visura puntuale dello stato di evasione degli ordini in attesa consegna e di ordini già arrivati presso i magazzini aziendali ma non ancora caricati a sistema ASCOT</p> <p>2. Verifica continua in corso di distribuzione della variazione delle scorte dei prodotti e segnalazione al Farmacista referente.</p>	<p>1. Dr.ssa Anna Mansi Amministrativi e Comparto (operante nelle sedi di Cattinara, Maggiore, Travnik)</p> <p>2. Dr.ssa Anna Mansi Comparto (operante nelle sedi di Cattinara, Maggiore, Travnik)</p>	<p>1. Compilazione tempestiva del file dei solleciti. Verifica dei risultati Fonte: file dei solleciti e altra documentazione interna della SOC Farmacia Tempistica: Anno 2018</p> <p>2. Riscontro scritto giornaliero dei farmaci con scorta ritenuta critica al Farmacista referente. Fonte: file dei solleciti e altra documentazione interna della SOC Farmacia Tempistica: Anno 2018</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>6. Appropriatezza ed efficienza per l'SSR nell'impiego dei farmaci antivirali ad azione diretta per l'Epatite C</p>	<p>1. Flusso reciproco di informazioni tra SOC Farmacia e Centro Studi Fegato per l'attivazione dei nuovi trattamenti HCV secondo il miglior rapporto efficacia-costo compatibilmente con le indicazioni cliniche</p> <p>2. Invio di e-mail di promemoria ai clinici prescrittori aziendali (Centro Studi Fegato e Malattie Infettive) per la chiusura delle schede AIFA relativamente a tutte le terapie concluse</p> <p>3. Registrazione sul portale AIFA delle erogazioni dei medicinali ed espletamento delle procedure per il recupero delle eventuali richieste di rimborso</p>	<p>1. Dr.ssa Ketty Parenzan In collaborazione con Centro Studi Fegato 2,3 Dr.ssa Ketty Parenzan</p>	<p>1 Numero di trattamenti avviati a minor costo tra le alternative clinicamente indicate per il singolo caso/ Numero di trattamenti avviati</p> <p>2. Fonte: file excel in cartella condivisa Farmacia Tempistica: anno 2018 Risultato atteso Informazione ai prescrittori sui trattamenti conclusi da chiudere a Registro AIFA. Controllo delle procedure corrette.</p> <p>3. Fonte: e-mail Tempistica: anno 2018 Risultato atteso Inserimento delle richieste di rimborso a Registro AIFA pari al 100% delle richieste rimborsabili Fonte: registro di monitoraggio AIFA Tempistica: anno 2018</p>
<p>7. Istruzione Operativa Aziendale per l'allestimento in sicurezza del farmaco antivirale Ganciclovir nelle situazioni di emergenza/urgenza e in orario di non attività dei laboratori dedicati.</p> <p>Nell'ottica del miglioramento dei trattamenti farmacologici della persona malata, in cui le manipolazioni dei farmaci e le loro somministrazioni avvengano nel rispetto della</p>	<p>1. Istituzione un corso di formazione per il personale del comparto SOC Malattie Infettive per l'impiego del kit</p> <p>2 Formazione del personale del comparto SOC Malattie Infettive per il corretto utilizzo del kit</p> <p>3 Formazione del personale Medico della</p>	<p>Dott. Riccardo Provasi</p>	<p>1. Accreditamento del corso tramite la formazione di ASUITs Fonte: Tempistica: primo semestre 2018</p> <p>2. Il 100% del personale infermieristico in dotazione alla SOC Malattie Infettive (alla data del 31/01/2018) deve partecipare al corso e risultare abile</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>sicurezza e della salute dei pazienti, degli operatori e dei terzi, si rende necessaria l'istituzione di una procedura per l'allestimento in sicurezza del farmaco antivirale Ganciclovir. Tale farmaco, essendo un potenziale cancerogeno, necessita di essere manipolato in laboratori deputati alla preparazione dei farmaci pericolosi. Per rendere possibile l'allestimento in sicurezza del farmaco anche nelle situazioni di emergenza/urgenza e in orario di non attività dei laboratori dedicati si richiede la realizzazione di una Istruzione Operativa Aziendale <i>ad hoc</i> che preveda l'impiego di 1 kit d'emergenza.</p>	<p>SOC Malattie Infettive all'uso del software Dossier per la prescrizione informatizzata dell'antivirale Ganciclovir</p> <p>4 Elaborazione dell'Istruzione Operativa per l'allestimento in emergenza/urgenza dell'antivirale Ganciclovir tramite apposito kit d'emergenza</p>		<p>nell'impiego del kit</p> <p>Tempistica: entro il 30/09/2018</p> <p>3. Organizzazione di un evento in aula informatizzata e relativo addestramento di almeno 3 medici della SOC Malattie Infettive</p> <p>Tempistica: entro il 30/04/2018</p> <p>4. Produzione dell'Istruzione Operativa</p> <p>Fonte: protocollo</p> <p>Tempistica: entro il 30/09/2018</p>
<p>8. Implementazione del background conoscitivo e delle abilità pratiche del personale operante in UFA (Unità Farmaci Antiblastici ).</p> <p>Il lavoro presso l'UFA richiede il raggiungimento di 2 step formativi ben distinti: un primo di "raggiunta idoneità" in cui si apprendono le conoscenze teorico/pratiche fondamentali ed un secondo di "raggiunta indipendenza" in cui il livello di perfezionamento è tale da permettere di svolgere futura attività di tutoraggio per altro personale. Affinché le manipolazioni dei farmaci e le loro somministrazioni avvengano nel rispetto della sicurezza e della salute dei pazienti, degli operatori e dei terzi è fondamentale che entrambi gli step formativi siano raggiunti.</p>	<p>1 Istituzione un corso di formazione sul campo per il personale che lavora e lavorerà in UFA</p> <p>2 Formazione di nuovo personale che a rotazione sarà reso disponibile all'attività lavorativa in UFA per garantire la rotazione e l'interscambiabilità</p> <p>3 Perfezionamento del livello di addestramento/autonomia di alcune unità tra quelle con raggiunta idoneità nel 2016-2017</p>	<p>Dott.ssa Irina Cebulec</p>	<p>1. Accreditamento del corso tramite la formazione di ASUITs;</p> <p>Tempistica: primo semestre 2018</p> <p>2. Allargare il pool delle risorse umane (almeno 2) con raggiunta idoneità per lavorare in UFA</p> <p>Tempistica: entro il 31/12/2018</p> <p>3. Far raggiungere ad almeno 2 unità, tra infermieri e TLBS indipendenti, un grado di autonomia per poter svolgere futura attività di tutoraggio ad altro personale</p> <p>Tempistica: entro il 31/12/2018</p>
<p>9. Implementazione dei percorsi aziendali in caso di stravasamento di farmaci antineoplastici.</p>	<p>1 Armonizzazione e codifica delle procedure da mettere in atto in caso di stravasamento accidentale da farmaci antineoplastici a livello Aziendale,</p>	<p>Dott.ssa Clara Palmieri</p>	<p>1. Realizzazione di una tabella sinottica univoca</p> <p>Tempistica: entro il 30/06/2018</p> <p>2.</p>



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
La realizzazione di un Centro Unico per la Somministrazione dei farmaci Antitumorali (C.U.S.A.) in cui vengono condivisi i protocolli e le procedure nei percorsi di cura del paziente e favorito il contenimento dei rischi clinici nel processo di gestione dei farmaci citotossici a garanzia del miglioramento della tracciabilità di tutte le azioni e informazioni relative al percorso terapeutico della persona assistita, obbliga all'implementazione dei percorsi in caso di stravasamento.	tramite raccolta e unificazione delle informazioni in ambito locale (e a livello di letteratura scientifica) 2 Inserimento delle informazioni necessarie al pronto intervento infermieristico, in caso di stravasamento, nel software Aziendale dell'UFA Dossier 3 Rendere accessibili le informazioni sullo stravasamento agli infermieri somministratori delle chemioterapie prodotte in UFA		Evidenza informatica, dal software Dossier, della presenza delle procedure in caso di stravasamento del 100% dei farmaci preparati in UFA Fonte: software Dossier Tempistica: entro il 31/12/2018 3. Il 100% dei farmaci antineoplastici preparati in UFA ed inviati alla somministrazione deve essere accompagnato (su supporto cartaceo) dalle indicazioni relative allo stravasamento Fonte: Tempistica: entro il 31/12/2018

#### Area territoriale

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Promuovere l'appropriatezza prescrittiva dei prodotti AFIR con particolare riferimento ai limiti di prescrivibilità dei dispositivi per diabetici	Monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni delle strisce per glicemia (Test glicemia ATC 7AB1B01) attraverso elaborazioni effettuate col sistema INSIEL, relativamente ai dati disponibili e con riferimento alle classi stabilite dagli Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito e presentazione dei report elaborati in 1 incontro di confronto e audit con gli MMG per la verifica del livello di appropriatezza prescrittiva raggiunto.	Dirigente: Elisabetta Bini  In collaborazione con la Diabetologia-Territoriale	1. Elaborazione ed invio alla Direzione Sanitaria di 1 documento di sintesi dei risultati delle analisi delle prescrizioni dei test per glicemia entro il 31.12.2018 2. Effettuazione di 1 incontro di confronto/audit con gli MMG per fornire idoneo feedback ai prescrittori e entro il 31.12.2018 <i>Fonte dati: protocollo</i>
2. Appropriato utilizzo dei registri AIFA al fine di consentire il recupero	1. Registrazione sul portale AIFA delle erogazioni di tutti i medicinali	Dirigente: Lorenzo Colautti	1. Il 100% delle erogazioni dei medicinali sottoposti a registro AIFA erogate nel

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
economico dei medicinali interessati e contenimento spesa farmaceutica diretta	<p>sottoposti a monitoraggio ed espletamento delle procedure per il recupero delle eventuali richieste di rimborso.</p> <p>2. Favorire l'utilizzo dei farmaci biologici che a parità di condizioni di utilizzo rispetto le alternative presentano il costo terapia più favorevole, sensibilizzando a riguardo i prescrittori</p>		<p>2018 dalla Farmacia territoriale sono registrate nell'apposito portale. Predisposizione ed invio di 2 report al Responsabile della SCAF delle eventuali richieste di rimborso entro il 31.12.2018</p> <p>2. Le erogazioni di prodotti così individuati incrementano nel 2018 rispetto al 2017 in termini di DDD/confezioni. <i>Fonte dati: ASCOT, BO Insiel, protocollo</i></p>
3. Monitoraggio delle prescrizioni e miglioramento dei sistemi correlati alla sicurezza d'uso dei farmaci	<p>1. Monitoraggio delle prescrizioni della farmaceutica convenzionata, DPC e diretta.</p> <p>2. Implementazione dei controlli sui sistemi di conservazione, sulle scadenze dei farmaci forniti alle strutture dipendenti ed accreditate dalla farmacia territoriale.</p>	Dirigente: Paolo Faleschini	<p>1. Predisposizione ed invio al Responsabile e referente territoriale SCAF di 1 report dedicato sui principi attivi a maggior impatto sulla spesa convenzionata, DPC e diretta per l'anno 2016, 2017 e 2018 (periodo disponibile nel database) entro il 30.09.2018 <i>Fonte dati: BO Insiel, protocollo</i></p> <p>2. Effettuare almeno 8 visite ispettive nel corso del 2018 in strutture dipendenti ed accreditate fornite di medicinali da ASUITS con compilazione del verbale. <i>Fonte dati: verbale ispezioni</i></p>
4. Implementazione dell'uso sicuro e appropriato dei medicinali	4. Informazione e sensibilizzazione sull'uso sicuro e appropriato dei medicinali garantendo la	Dirigente: Stefano Palcic	4. Produzione ed invio ai MMG, Strutture dipendenti ed accreditate e ai medici ospedalieri di 4 newsletter di

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	predisposizione e l'invio di newsletter periodiche ottenute attraverso la raccolta di tutte le informazioni resi disponibili da fonti istituzionali (AIFA, EMA Regione FVG) e dalla letteratura scientifica (metanalisi, studi RCT, caso controllo).		aggiornamento entro il 31.12.2018  <i>Fonte dati: protocollo</i>
5. Attività di monitoraggio e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e contenimento della spesa farmaceutica territoriale	1. Analisi, monitoraggio dei consumi e predisposizione di iniziative per migliorare l'appropriatezza prescrittiva. Identificazione delle aree terapeutiche a maggior inapproprietezza e predisposizione circolari ad hoc. 2. Estrazione, rielaborazione e trasmissione ai MMG dei report personalizzati per il miglioramento dell'appropriatezza.	1. Dirigente: Stefano Palcic  2. Dirigente: Stefano Palcic Comparto: Alessandro Viller, Micol Broussard	1. Predisposizione ed invio di almeno 6 note/alert ai prescrittori (MMG, strutture dipendenti ed accreditate) al fine di garantire il miglioramento dell'appropriatezza d'uso dei farmaci entro il 31.12.2018. <i>Fonte dati: protocollo</i> 2. Invio di 2 report personalizzati ai MMG entro il 31/12/2018. <i>Fonte dati: protocollo</i>
6. Implementazione e controllo delle differenze contabili e miglioramento attività amministrative erogazioni prodotti AFIR fuori regione	1. Controllo delle rettifiche contabili segnalate dal concessionario CEDOCA per i rivenditori commerciali dall'anno 2011 fino al 30/09/2017. 2. Predisposizione di una procedura per l'erogazione di dispositivi AFIR a non residenti a seguito di comunicazione da parte dei distretti	Comparto: Azzano Gaia, Morena Zucca	1. Trasmissione ai rivenditori commerciali del 100% della documentazione relativa agli addebiti/accrediti segnalate dal concessionario CEDOCA dal 2011 fino al 30/09/2017 entro il 31/12/2018. 2. Inoltre al responsabile SCAF della procedura amministrativa per l'erogazione di dispositivi AFIR a non residenti entro il 31/12/2018. <i>Fonte dati: protocollo</i>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
7. Miglioramento processi istituzionali	Predisposizione e aggiornamento della documentazione dell'archivio delle farmacie con quelle di nuova istituzione.	Comparto: Alessandro Viller	7 Aggiornamento del 100% dell'archivio documentale delle farmacie operanti nel territorio dell'ASUITS entro il 31/12/2018.  <i>Fonte: registro archivio documentazione farmacie</i>
8. Miglioramento della gestione delle pompe per nutrizione enterale e implementazione dei controlli sulla corretta scadenza dei medicinali	1. Garantire la corretta registrazione informatica della movimentazione delle pompe per nutrizione enterale in entrata ed uscita dalla Farmacia territoriale. Garantire la corretta manutenzione e la congrua disponibilità di detti presidi. 2. Viene ottimizzato e implementato il controllo delle scadenze dei medicinali della farmacia territoriale.	1. Comparto: Rossana Di Giorgio, Antonia Salaris, Andrea Cescutti  2. Comparto: Rossana Di Giorgio, Antonia Salaris, Andrea Cescutti	1. Evidenza al responsabile della SCAF con apposita comunicazione semestrale (2 comunicazioni/anno) dell'avvenuta registrazione informatica del 100% delle movimentazioni delle pompe per nutrizione enterale in entrata ed uscita della Farmacia territoriale e loro monitoraggio. <i>Fonte dati: protocollo</i> 2. Evidenza al responsabile della SCAF con apposita comunicazione semestrale (2 comunicazioni/anno) dei controlli effettuati sulle scadenze dei medicinali della farmacia territoriale. <i>Fonte dati: protocollo</i>
9. Miglioramento processi istituzionali	1. Predisposizione delle note di ritiro lotti/divieti di utilizzo dei medicinali entro 24 ore dall'arrivo in struttura.  2. Implementazione	Comparto: Alessandro Perfetto	1. Il 100% delle note di ritiro lotti/divieti di utilizzo dei medicinali con protocollo di arrivo vengono inoltrate con apposita nota protocollata alle Strutture dipendenti e alle farmacie entro le 24 ore successive, salvo

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	dell'informatizzazione dei piani terapeutici e catalogazione di quelli cartacei.		impedimenti da documentare. 2. Il 100% dei piani terapeutici arrivati è catalogato; i piani non ancora informatizzati sono inseriti nell'apposito file. Evidenza al responsabile della SCAF di due report semestrali dei piani cartacei inseriti. <i>Fonte dati: protocollo</i>
10. Gestione dei flussi informativi relativi alle ricette SSN	Trasferimento dei flussi informativi relativi alle ricette SSN di prescrizione farmaceutica convenzionata resi disponibili periodicamente da SOGEI per conto del MEF sul SISTEMA TS al concessionario per l'acquisizione ottica delle ricette.	Comparto: Micol Broussard	Invio del 100% del flusso dei dati SOGEI con cadenza mensile al concessionario per l'acquisizione delle ricette ottiche con invio al responsabile SCAF entro il 31/12/2018 di un report con l'evidenza degli invii effettuati e degli eventuali impedimenti. <i>Fonte dati: protocollo</i>

## Dipartimento di Prevenzione - Direzione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. Analisi delle voci di costo e individuazione del piano dei conti del DIP 2. Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto di eventuali azioni correttive.	Direttore di SO	1. Individuazione del piano di costi del DIP; 2. Evidenza dei monitoraggi costanti della spesa e della messa in atto di eventuali azioni correttive.
2. Adottare correttamente le azioni conseguenti al rilievo dell'inadempienza vaccinale ai sensi dell'art. 1, c. 4 del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito in legge con la L. 31 luglio 2017, n. 119	1. Predisposizione della procedura, in collaborazione con la DAT. 2. Informazione nei confronti dei medici e del personale addetto alle vaccinazioni al fine dell'adozione della stessa. 3. Pubblicazione della procedura sul sito WEB aziendale.	Direttore della S.O. Dipartimento di Prevenzione  In comune con Responsabile della SCBADOF del Distretto 3 Responsabile ff della SCBADOF del Distretto 4	Procedura predisposta e adottata, fatte salve eventuali successive diverse indicazioni normative/regolamentari Aumentare dello 0,5% la copertura vaccinale di competenza
3. WHP ( <i>Workplace Health Promotion</i> ) Progetto triennale "Salute e benessere dopo i 50 per le lavoratrici di ASUITs." Primo anno.	1. Condivisione del progetto a livello aziendale. 2. Individuazione del gruppo di lavoro aziendale. 3. Definizione delle attività specifiche.	DIREZIONE DIP (DIR) Personale del Comparto della Direzione del Dipartimento S.S. Medicina del Lavoro (SSML) Dirigente medico, Assistenti Sanitari e infermieri S.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SCPSAL)	Attivazione di 2 buone pratiche in 2 aree tematiche secondo il modello WHP.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
	Attivazione	Personale del Comparto	
4. Monitoraggio dei fattori organizzativi di rischio nelle residenze per anziani.	1. Predisposizione di uno strumento di autovalutazione per le Aziende, in collaborazione con l'INAIL- DIMEILA. 2. Informazione e formazione alle aziende sull'utilizzo dello strumento di cui sopra. 3. Diffusione dello strumento di autovalutazione sul sito WEB aziendale. 4. Verifica campionaria delle situazioni di rischio a valle dell'informazione fornita.	DIREZIONE DIP Personale del Comparto della Direzione del Dipartimento  S.C. Igiene Sanità Pubblica (SCISP) SCPSAL SCIAN Professioni sanitarie (assistenti sanitari, tecnici della prevenzione, dietista).	10 strutture verificate

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

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
5. Prevenzione delle malattie infettive. Attività di diagnosi e prevenzione della scabbia	1.Redazione ed adozione di una Procedura per la gestione dei casi di scabbia, relativamente ai provvedimenti nei confronti di malati, conviventi/contatti, ambiente Nei contesti: - scuola - famiglia - residenze collettive per anziani - richiedenti asilo 2.	Responsabile di Struttura  Condiviso con: Direttore SC Clinica Dermatologica Responsabile Centro Malattie Sessualmente Trasmesse	Raggiungere la percentuale del 50% di diagnosi di certezza nelle notifiche di scabbia pervenute dal mese di settembre 2018. (nel 2017 32%, 7 su 23 casi notificati)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
	Formazione sul campo finalizzata all'adozione della Procedura ed alla diagnosi con l'ausilio del dermoscopio.		
6. Prevenzione delle malattie infettive: Sorveglianza dei casi umani di arbovirosi trasmesse da zanzare (Aedes sp.), con particolare riferimento ai virus Chikungunya, Dengue e Zika	1. Contestualizzazione del Piano nazionale di sorveglianza e risposta alle arbovirosi trasmesse da zanzare. Adozione delle indicazioni della Direzione Centrale Salute. 2. Predisposizione e adozione di una procedura interna, da inserire nel Manuale delle procedure SCISP.	Responsabile di Struttura Semplice Tutela della Salute negli Ambienti di Vita della S.C. Igiene Sanità Pubblica	Predisposizione della procedura, adozione della stessa nel 100% delle segnalazioni pervenute
7. Prevenzione delle malattie infettive. Attività di vigilanza, prevenzione e promozione della salute nelle attività artigianali di parrucchiere "misto"	Completamento dell'attività di vigilanza in tutti gli esercizi di parrucchiere misto nell'ambito della provincia di Trieste, sulla base del programma triennale iniziato nel 2015.	Tecnici della Prevenzione Personale amministrativo	80 esercizi di parrucchiere "misto" ispezionati
8. Prevenzione delle malattie infettive trasmesse da vettori (zanzare)	1. Verifica, di iniziativa o sulla base di segnalazioni, delle situazioni di rischio in grado di creare focolai di riproduzione delle zanzare. 2. Trasmissione ai Comuni delle informazioni rilevate e delle indicazioni per l'effettuazione degli interventi di competenza.	Tecnici della prevenzione Operatori tecnici Personale Amministrativo	Verifica delle situazioni riferibili a tutte le segnalazioni ricevute. Informazione ai Comuni competenti per territorio relative alle criticità rilevate, con distribuzione di materiale informativo ed indicazione delle specifiche azioni da adottare.  (nel 2017: 21 segnalazioni)
9. Prevenzione delle malattie infettive trasmesse da vettori (muridi)	1. Predisposizione di materiale informativo sulle corrette azioni da adottare al fine di ridurre la presenza	Tecnici della prevenzione Operatori tecnici Personale Amministrativo	Segnalazione di tutte le situazioni critiche rilevate ai Comuni territorialmente competenti, con distribuzione di materiale informativo



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
	di muridi. 2. Rilevazione nelle aree pubbliche delle situazioni a rischio, tali da inficiare gli interventi di derattizzazione (fori nel terreno, discontinuità profonde del manto stradale o dei marciapiedi, ecc.). 3. Trasmissione delle informazioni rilevate ai Comuni, al fine dell'adozione degli interventi di competenza		ed indicazione delle specifiche azioni da adottare.  (nel 2017: 37 segnalazioni)
10. Migliorare la qualità dei percorsi specialistici rivolti alle vittime della tratta ed alle donne che si prostituiscono	1. Applicare alle vittime della tratta, in collaborazione con le realtà del territorio operanti nel settore, la procedura condivisa <i>Il percorso sanitario nel Progetto "Il FVG in rete contro la tratta"</i> (vedasi Sito Intranet aziendale, procedure sanitarie). 2. Assicurare gli interventi di valutazione del rischio e di eventuale presa in carico a tutte le donne che si prostituiscono e che accedono al centro MST attraverso canali non previsti dal percorso di cui al punto 1) a carico del solo Centro Malattie Sessualmente Trasmesse	SCISP: Medici Assistenti sanitari Infermieri professionali  In comune con Centro Malattie Sessualmente Trasmesse: Medici Assistenti sanitari Infermieri professionali	1. Presa in carico congiunta di almeno 10 persone
11. Implementare un percorso vaccinale per epatite A rivolto ad utenti ad alto	1. Predisposizione e adozione di una procedura interna, da inserire nel	SCISP: Medici Assistenti sanitari	Vaccinare (almeno due dosi) il 100% dei soggetti presi in carico dal Centro Malattie Sessualmente Trasmesse a

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
rischio afferenti al Centro Malattie Sessualmente Trasmesse.	Manuale delle procedure SCISP. 2. Applicazione della procedura a tutti gli utenti eligibili.	Infermieri professionali  In comune con Centro Malattie Sessualmente Trasmesse: Medici Assistenti sanitari Infermieri professionali	partire dal mese di luglio 2018 (compatibilmente con la disponibilità del vaccino).

#### Dipartimento di Prevenzione – S.C. Sanità Animale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
12. Valutare la corretta applicazione dei controlli sulla condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA	Valutare e vidimare i verbali di ispezione prodotti nell'ambito dei controlli sulla condizionalità	Responsabile di Struttura	Valutazione e vidimazione del 100% dei controlli previsti per gli atti di interesse della condizionalità come da convenzione con il MIPAAF/AGEA

#### Dipartimento di Prevenzione – S.C. Sanità Animale - S.S. Sanità Animale, Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
13. Programmare i controlli che devono essere eseguiti nel corso dell'anno nell'ambito dei controlli sulle condizionalità e valutare la corretta tempistica della loro esecuzione	In base alle indicazioni della Direzione Regionale della Sanità ed alle richieste inoltrate al MIPAAF/AGEA dagli allevatori e registrate nella Banca dati nazionale degli allevamenti, effettuare la selezione delle strutture che devono essere sottoposte ai controlli sulle condizionalità in base alla valutazione del rischio o con criteri di casualità a	Responsabile di Struttura Semplice	1. entro il 31 marzo 2018 inviare alla Direzione Regionale della Sanità l'elenco delle strutture che devono essere sottoposte ai controlli per le condizionalità. 2. entro il 31 dicembre 2018 verificare che tutti i controlli per le condizionalità siano stati eseguiti.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
	seconda della tipologia di controllo		
14. Eseguire le procedure di rilascio del nulla osta per le attività di pensionamento di cani e gatti, detenzione di animali a scopo di vendita e attività di custodia di cani e gatti in strutture non convenzionate ai sensi del DPR 0241/PRES dd 18/10/2017.	1. Predisposizione di check list specifiche per le varie tipologie di nulla osta richieste; 2. Valutazione delle richieste, effettuazione dei sopralluoghi e, in caso di conformità dei requisiti, rilascio del nulla osta	Personale medico-veterinario	Valutazione delle richieste ed effettuazione dei sopralluoghi nel 100% delle aziende che hanno richiesto il rilascio del nulla osta
15. Georeferenziazione e verifica delle condizioni igienico-sanitarie delle colonie feline registrate nel territorio di competenza.	Esecuzione dei controlli in loco con georeferenziazione delle colonie e verifica delle condizioni igienico sanitarie dei siti utilizzando una check list specifica.	Personale del comparto	Esecuzione di 20 controlli in loco utilizzando una check list specifica.
16. Abbandono progressivo dell'archiviazione in cartaceo a favore dell'archiviazione in digitale	Digitalizzazione dei nulla osta e autorizzazioni rilasciate nel periodo 2012/2017	Personale del comparto	Digitalizzazione del 100% dei nulla osta e autorizzazioni rilasciate nel periodo 2012/2017

**Dipartimento di Prevenzione – S.C. Sanità Animale - S.S. Tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale**

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
17. Verifica dell'efficacia e della appropriatezza dei controlli ufficiali effettuati dal personale della Struttura ai sensi dell'accordo Stato Regioni dd. 10/11/2016-Linee guida per il controllo ufficiale ai sensi dei Reg.CE 882/04 e 854/04-.	Attività di supervisione ex ante/in tempo reale o ex post, al fine della verifica della efficacia e della appropriatezza dei controlli ufficiali effettuati dal personale della Struttura. Utilizzo di una scheda di valutazione dell'efficacia/ appropriatezza dei CU.	Responsabile di Struttura	Cinque supervisioni per la verifica della efficacia e della appropriatezza dei controlli ufficiali.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
	Inserimento dei dati del CU nella banca dati regionale SICER.		
18. Valutazione della efficacia della formazione del personale alimentarista in materia di igiene e procedure di lavoro attraverso i metodi e le tecniche del controllo ufficiale negli stabilimenti riconosciuti CE. Accordo Stato-Regioni dd. 10/11/2016-Linee guida per il controllo ufficiale ai sensi dei Reg.CE 882/04 e 854/04-.	Controlli ufficiali negli stabilimenti riconosciuti CE presenti sul territorio ed inseriti nel sistema SINTESIS, con particolare riguardo all'applicazione delle procedure di formazione del personale alimentarista, mediante l'utilizzo di verifiche sul campo e/o questionari. I controlli ufficiali saranno inseriti nel sistema regionale SICER.	Responsabile di Struttura Dirigenti veterinari Tecnici della Prevenzione	11 controlli ufficiali negli stabilimenti riconosciuti CE.
19. Verifica dell'efficacia dei corsi di formazione igienico sanitari previsti dal Reg. CE 852/2004 nel personale responsabile e/o addetto alla manipolazione degli alimenti di origine animale nelle imprese alimentari registrate.	Elaborazione e somministrazione di un questionario a risposta multipla su argomenti di igiene al personale responsabile/addetto alla manipolazione degli alimenti di origine animale, presso le imprese alimentari registrate.  Elaborazione dei dati acquisiti e produzione di una relazione finale.	Tecnici della Prevenzione	Somministrazione del questionario al personale di 15 imprese alimentari.

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

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
20. Garantire la correttezza delle funzioni del medico competente coordinatore nelle aziende complesse.	Predisposizione di un documento condiviso a livello regionale dai responsabili SCPSAL sugli elementi essenziali per il corretto svolgimento della funzione di medico competente	Direttore della Struttura	Predisposizione del documento, diffusione attraverso il sito WEB aziendale ed adozione dello stesso

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
	coordinatore in aziende complesse.		
21. Progetto Prodotti Finiti - FVG	1. Attività nell'ambito del Gruppo di lavoro regionale, funzionale anche al processo di accreditamento dell'ASUITs (Accreditation Canada) 2. Completamento delle flow chart previste a progetto	Tecnici della Prevenzione Assistenti Sanitari Ingegneri (SPTA e Comparto)	Produzione delle specifiche flow chart in funzione del numero previsto dalla programmazione Regionale (14)
22. Aggiornamento del Protocollo tecnico da allegare al Piano Regionale Amianto, al fine dell'omogeneizzazione delle procedure di bonifica a livello regionale.	1. Partecipazione ai lavori del Gruppo Regionale Amianto 2. Revisione e aggiornamento del Protocollo tecnico allegato al Piano Regionale Amianto ed invio dello stesso alla DCS	Resp. S.S. Igiene Tecnica del Lavoro Dirigente ingegnere	Produzione del Protocollo tecnico da allegare al Piano Regionale Amianto e trasmissione alla DCS (Fatto / Non fatto)
23. Implementazione della Banca Dati Soluzioni (PREVIS) relativa all'attività di vigilanza	1. Raccolta, analisi e revisione dei verbali redatti nell'anno 2017 nell'ambito dell'attività di vigilanza svolta dalla SCPSAL 2. Registrazione delle informazioni relative ai verbali redatti nell'anno 2017 sulla banca dati nazionale PREVIS	Tecnici della Prevenzione Assistenti Sanitari Ingegneri (SPTA e Comparto) Assistente tecnico	Registrazione nella banca dati PREVIS delle informazioni relative a 200 interventi di vigilanza effettuati dalla SCPSAL nel corso del 2017
24. Facilitare il percorso di riconoscimento da parte dell'INAIL delle tutele assicurative e previdenziali previste dalla normativa vigente, nei casi di soggetti ancora in vita, per i quali la SCPSAL abbia istruito una pratica di	Produzione e invio all'INAIL di specifiche relazioni sintetiche, integrative delle informazioni contenute nelle denunce di malattia professionale, riportanti le informazioni raccolte dai soggetti malati, sia di natura sanitaria che sulla	Dirigenti Medici Assistente tecnico	100% delle relazioni inviate all'INAIL sui casi di neoplasia asbesto-correlata, la cui segnalazione sia pervenuta da marzo ad ottobre 2018  (stima di 45 relazioni, con riferimento agli anni 2015-2017))

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
neoplasia professionale amianto correlata (mesoteliomi e neoplasie polmonari), non ancora definiti dall'Ente Assicuratore	pregressa esposizione ad amianto, quest'ultima integrata anche con le informazioni derivate dall'esperienza maturata dalla S.C.P.S.A.L., essenziali per il riconoscimento della malattia professionale		

#### Dipartimento di Prevenzione – S.S.D. Servizio Sicurezza Impiantistica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
25. Riordino, a seguito di intervenute criticità, del settore delle verifiche degli impianti elettrici al fine di individuare i carichi di lavoro effettivi e/o potenziali e conclusione delle pratiche sospese più importanti in alcuni ambiti significativi	1. Analisi delle verifiche da eseguire secondo tipologia (modelli A, B, C) 2. Esecuzione di alcune delle verifiche più significative dal punto di vista impiantistico o ancora in sospeso per mancanza di personale	Responsabile di Struttura	1. Creazione di un data base degli impianti effettivamente in carico alla sezione (secondo tipologia, decurtati di quelli indeterminati, incerti o passati a soggetti abilitati). 2. Creazione di un nuovo archivio cartaceo per le pratiche in corso. 3. Esecuzione/conclusione di almeno sette verifiche su impianti complessi (Aeroporto TS, Illy caffè, Sincrotrone, Agenzia delle Dogane e/o altre da determinare)
26. Migliorare la sorveglianza degli ascensori accessibili al pubblico di Enti ed Istituzioni (Scuole, Università, Area di Ricerca, Sincrotrone, Ospedali etc.)	Incremento delle verifiche di ascensori in strutture pubbliche o di norma accessibili al pubblico (rispetto alle 115 del 2017)	Tutto il personale	Esecuzione di almeno 180 verifiche
27.	Rivisitazione, aggiornamento e	Tutto il personale	Aggiornamento generale delle

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
Aggiornamento del sito web della struttura conformemente all'attuale assetto organizzativo e operativo della struttura	modifiche della pagina web secondo intervenute necessità con aggiornamento della modulistica		informazioni pubblicate sul sito e ridefinizione della modulistica (6 documenti)

#### Dipartimento di Prevenzione – S.S.D. Medicina del Lavoro

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
28. Miglioramento della gestione nel caso di situazioni problematiche legate a comportamenti conflittuali in ambiente di lavoro	Predisposizione di un percorso condiviso con il coinvolgimento dei dirigenti e dei preposti, attraverso anche la consulenza di specialisti ed il coinvolgimento dello sportello Mobbing e malattie Stress Lavoro-correlate	Responsabile della Struttura	Valutazione condivisa di tutti i casi segnalati (100%)  (Nota: 8 casi nel 2017)
29. Miglioramento dell'efficienza della sorveglianza sanitaria	Organizzazione della sorveglianza sanitaria in funzione della sede operativa lavoro dei lavoratori al fine di evitare le assenze e la necessità di provvedere a più sedute di sorveglianza.	Dirigenti medici Personale del Comparto	400 visite per sorveglianza sanitaria in sedi periferiche
30. Prevenzione della malattie infettive trasmissibili tra i lavoratori forestali	1. Incontri informativi con i dirigenti, i preposti ed i lavoratori forestali della Regione Friuli Venezia Giulia. 2. Promozione dell'adesione alle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, anche in funzione dell'esposizione lavorativa. 3. Analisi dello stato vaccinale di 80	Dirigenti medici Personale del Comparto	Valutazione di 80 lavoratori forestali

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
	lavoratori forestali, con eventuale invio al Dipartimento di Prevenzione		

**Dipartimento di Prevenzione – S.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione**

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
31. Sicurezza alimentare e nutrizionale: promozione di una sana alimentazione attraverso il supporto a Enti e istituzioni nella stesura dei capitolati d'appalto (LEA F6)	Promozione dell'applicazione della procedura "Consulenza ed analisi capitolati d'appalto" (obiettivo 2017) presso P.A., Enti Pubblici e privati, Associazioni e Imprese di Ristorazione Collettiva	Responsabile struttura	Un evento di informazione e confronto, finalizzato a favorire l'adozione della procedura, rivolto a P.A., Enti Pubblici e privati, Associazioni e Imprese di Ristorazione Collettiva
32. Applicazione dei decreti attuativi "Legge Madia" in relazione alla delibera Regione FVG n. 815/2016	Predisposizione della nuova procedura relativa alla notifica di inizio attività/sub ingresso/cessazione imprese del settore alimentare	Responsabile S.S. I.A.B.	Redazione della nuova procedura relativa alla notifica di inizio attività/sub ingresso/cessazione imprese del settore alimentare e applicazione della stessa nel 100% delle notifiche, a partire dal 1-10-18.
33. Migliorare i programmi di prevenzione e promozione della salute attraverso la divulgazione fra operatori ASUITS, MMG e popolazione, della prevalenza dei fattori comportamentali di rischio (alimentazione, fumo, alcol, inattività fisica) ricavati attraverso i sistemi di sorveglianza di popolazione (PASSI E PDA)	Elaborazione dei dati raccolti a livello aziendale attraverso i sistemi di sorveglianza di popolazione (PASSI, PASSI D'Argento) e diffusione all'utenza ed agli operatori, mediante schede tematiche o report, attraverso il portale, i social network aziendali	Dirigente Medico	Informazione degli operatori ASUITS, dei MMG e dell'utenza attraverso il portale e i social network aziendali
34. Miglioramento delle attività del Controllo Ufficiale, con riferimento all'art. 54 Reg CE 882-04 e delle	1 Analisi, mediante lavori di gruppo, delle indicazioni contenute nel Reg CE 882-04 e delle specifiche linee guida	Tutto il personale	Sperimentazione della modulistica in almeno 20 aziende controllate; analisi dei risultati e delle criticità



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
specifiche Linee Guida Ministeriali	ministeriali; 2 Aggiornamento della modulistica relativa alle procedure di vigilanza, funzionale anche al processo di accreditamento dell'ASUITS (Accreditation Canada)		
35. Sicurezza alimentare e nutrizionale: attività integrata di promozione salute, prevenzione e controllo	Impiego dello strumento di valutazione della sicurezza alimentare e nutrizionale (NACCP) nelle Ristorazioni Collettive prodotto nel 2017, (attività in continuità con quella svolta nel 2017)	Tutto il personale	Almeno 12 strutture di Ristorazione Collettiva valutate; analisi dei risultati e delle criticità
36. Miglioramento della qualità dei requisiti nutrizionali nei servizi di ristorazione delle residenze per anziani	Predisposizione di un modello di riferimento per la validazione della tabella dietetica (D.P.Reg. 13 luglio 2015, n. 0144/Pres, art. 20, comma 2) Sperimentazione del modello nelle richieste di validazione pervenute	Dietista	Impiego del modello predisposto nel 20% delle richieste di validazione pervenute

#### Dipartimento di Prevenzione - S.C. Accertamenti Clinici e Legali per Finalità Pubbliche

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
37. Progetto per lo sviluppo dell'informatizzazione delle procedure	1 Mappatura delle esigenze informatiche della Struttura 2 Collaborazione con la S.C. I.T. per la predisposizione di un piano di adeguamento	Responsabile di Struttura	Redazione documento con proposte operative
38.	Discussione e condivisione delle	Tutto il personale	Adozione per tutti i casi, da ottobre, di

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
Protocollo condiviso con l'Ospedale per la gestione delle procedure necroscopiche	procedure (e della relativa modulistica) con i medici necroscopi ospedalieri		un protocollo operativo comune
39. Aumento delle ore di ambulatorio per la predisposizione delle certificazioni sanitarie del medico monocratico (porto arma, cessione 5°, adozioni internazionali, ecc.)	1 Istituzione nuove sedute visite ambulatoriali il mercoledì e il giovedì 2 Aggiornare calendario appuntamenti con CUP	Dirigenti Medici	Aumento numero ore settimanali di ambulatorio da 8 a 12.
40. Trasferimento documentazione da archivio corrente in archivio remoto	Mappatura documentazione depositata in archivi della Sc per individuare quella da trasferire in archivio remoto (pratiche concluse di consultazione non corrente) Confezionamento scatoloni ordinati per reperimento documenti ivi contenuti Invio scatoloni in archivio remoto	Tutto il personale	Quantità (mc o ml) di materiale trasferito in archivio remoto.

**Dipartimento di Prevenzione - S.C. Accertamenti Clinici e Legali per Finalità Pubbliche - S.S. Deontologia e Responsabilità Professionale**

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso / tempo
41. Assicurare l'intervento diretto dell'Azienda nei procedimenti giudiziari che la riguardano, in particolare in tema di responsabilità professionale sanitaria (ASUITs) presidiando attivamente per il tramite del proprio consulente medico legale le diverse fasi della consulenza tecnica d'ufficio (C.T.U.) (inizio operazioni	Concreta partecipazione dell'Azienda convenuta (ASUITs) nelle attività di C.T.U. per il tramite del proprio consulente tecnico di parte fisicamente presente alle operazioni peritali.	Responsabile della Struttura Semplice	Partecipazione fisica del consulente alle operazioni peritali in almeno il 75% dei procedimenti giudiziari

peritali, prosecuzione delle operazioni, osservazioni alla bozza di consulenza, osservazioni all'elaborato depositato) Assicurare la conoscibilità tempestiva da parte dell'Azienda convenuta delle criticità presenti con conseguente possibilità di una eventuale precoce risoluzione transattiva a minore impatto economico.			
--	--	--	--

## DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA TERRITORIALE

### Dipartimento di Assistenza Territoriale (DAT)

Obiettivo generale	Azione	S.S o C./Personale	Indicatore / Risultato atteso/ Tempo
1. Continuità territorio – ospedale - territorio	1. Analisi della epidemiologia dei ricoveri medici per Distretto, età e patologie , tenendo conto anche delle specializzazioni di alcune Strutture Ospedaliere del DAI di Medicina 2. Produzione di un progetto esecutivo di distrettualizzazione dei ricoveri nei reparti del DAI di Medicina per garantire una migliore continuità di presa in carico tra le Strutture Ospedaliere e i Distretti (articolazioni dei MMG e RSA comprese) 3. Stesura di linee guida per la continuità diagnostico terapeutica assistenziale in base al nuovo modello organizzativo	DAT/DAO  In collaborazione con: Programmazione Distretti DAI Medicina SC Pronto Soccorso	1. Presenza del progetto esecutivo di distrettualizzazione dei ricoveri nei reparti del DAI di Medicina Entro il 30 settembre 2018 2. Applicazione del modello, valutazione e analisi dell'attività e progettazione eventuali azioni correttive Entro il 31.12.2018 3. Analisi dei ricoveri ripetuti per area territoriale e MDC: confronto con il 2017 Entro il 31.12.2018
2. Sistema informativo distrettuale	Definizione di un cruscotto specifico avanzato quali/quantitativo di monitoraggio dell'attività distrettuale	In collaborazione con Programmazione Controllo di Gestione Direzione Infermieristica Sistema Informatico Distretti	Sperimentazione operativa cruscotto e prima valutazione risultati
3. Uso ricetta dematerializzata	Monitoraggio dell'uso del sistema nelle strutture e servizi, correzione delle	DAT DAO	Monitoraggio dell'uso del sistema entro giugno 2018.

Obiettivo generale	Azione	S.S o C./Personale	Indicatore / Risultato atteso/ Tempo
	inefficienze.	In collaborazione con SCIT	Evidenza delle azioni correttive. Almeno il 70% delle strutture prescrittrici usa la ricetta dematerializzata al 31.12.2018
4. Disdetta prestazioni sanitarie prenotate	Studio delle procedure complete relativamente alla sanzione per mancata disdetta di prestazioni prenotate	DAT In comune con Dirigente SCAGLA	Presentazione procedura al DA entro 31/07/2018
5. Gestione della tempistica di dimissione dall'ospedale	Analisi dei tempi di dimissione dai reparti ospedalieri e valutazione delle eventuali cause di ritardo a carico dell'organizzazione ospedale territorio e/o delle recettività RSA, dell'attivazione SID o di altre alternative territoriali	DAT DAO Direzione infermieristica	Presentazione report di analisi. Proposte di miglioramento. 31 luglio 2018
6. Gestione delle RSA	Analisi delle durate delle degenze nelle 4 RSA, tenendo conto anche dell'età, patologie, situazione sociale	Direttore DAT Obiettivo in comune con direttori Distretti	Report analitico per singola RSA. Eventuali proposte di lavoro per contrarre i tempi di degenza

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore/ risultato atteso/tempo
<p>1. Linea 3.3.6.Diabete Gestione integrata del diabete in coerenza con la DGR 1676/2015</p>	<p>1. Rivalutazione del percorso di follow-up degli assistiti con diabete tipo 2 che sono stati riaffidati al MMG secondo quanto previsto dal Documento di indirizzo regionale sull'Assistenza Integrata alla Persona con Diabete. In particolare verrà valutato: -il numero di assistiti con diabete tipo 2 riaffidati al MMG in gestione integrata da aprile 2017 (data in cui è stata effettuato l'evento formativo di diffusione del documento regionale di gestione integrata) al 31 dicembre 2017 -il numero di assistiti riaffidati al MMG che non hanno eseguito percorso di follow-up conforme a quanto previsto dal Documento Regionale di Gestione Integrata 2. Effettuazione di interventi di audit rivolti ai MMG per presentazione dati, analisi di criticità e messa un atto di azioni di miglioramento.</p>	<p>Tutto il personale dei centri diabetologici</p>	<p>Al 31 dicembre 2018: 1. Rivalutazione del percorso di follow-up in almeno l'80% degli assistiti con diabete tipo 2 che da aprile 2017 al 31 dicembre 2017 sono stati riaffidati al MMG secondo quanto previsto dal Documento di indirizzo regionale sull'Assistenza Integrata alla Persona con Diabete. 2. Organizzazione e realizzazione di almeno un incontro di audit rivolto a MMG. 3. Miglioramento rispetto al 2017 della percentuale dei pazienti afferenti alla diabetologia territoriale che hanno effettuato tutti i seguenti esami: - HbA1C, - profilo lipidico, - microalbuminuria, - creatinemia, - fundus oculi (Fonte: Cartella informatizzata diabetologica Myster e report finale su eventi intrapresi)</p>
<p>2. Linea 3.6.1. Insufficienze d'organo e trapianti Pancreas Riduzione del tasso di amputazioni maggiori</p>	<p>1. Rivalutazione del tasso di amputazioni maggiori separando le amputazioni maggiori (identificate dai codici ICD9-CM: 84.13-84.19) dalle amputazioni minori</p>	<p>Chirurgo Vascolare dell'ambulatorio sovradistrettuale del piede diabetico e Dirigenti Diabetologi: Maurizio Ceschin, Candido Riccardo, Manca Elena, Gottardi Chiara, Petrucco Alessandra</p>	<p>Al 31 dicembre 2018: Rivalutazione del tasso di amputazioni maggiori. La situazione clinica di tutti gli assistiti sottoposti ad amputazione maggiore nel corso del 2017 verrà riesaminata in</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore/ risultato atteso/tempo
	<p>(identificate dai codici ICD9-CM: 84.11-84.12).</p> <p>2. Rivalutazione degli assistiti con evento di amputazione nel 2017, analisi di quelli con amputazione maggiore, analisi e riflessione dei percorsi per quelli eventualmente evitabili in un incontro di Audit fra diabetologi.</p>		<p>un incontro di audit fra diabetologi e chirurgo vascolare dell'ambulatorio sovradistrettuale del piede diabetico, per analizzarne a fondo le cause e migliorare la prevenzione del piede diabetico.</p>
<p>3. Linea 3.4. Assistenza Farmaceutica</p> <p>1. Promuovere l'appropriatezza prescrittiva dei prodotti AFIR con particolare riferimento ai limiti di prescrivibilità dei dispositivi per diabetici</p>	<p>1. Monitoraggio dell' appropriatezza delle prescrizioni delle strisce per glicemia (Test glicemia ATC 7AB1B01) attraverso elaborazioni effettuate col sistema INSIEL, relativamente ai dati disponibili e con riferimento alle classi stabilite dagli Standard Italiani per la Cura del Diabete Mellito</p> <p>2. Presentazione dei report elaborati in almeno 1 incontro di confronto e audit con gli MMG per la verifica del livello di appropriatezza prescrittiva raggiunto</p>	<p>Riccardo Candido</p> <p>Dr Ciocchi Beniamino</p>	<p>1. Elaborazione ed invio alla Direzione Sanitaria di 1 documento di sintesi dei risultati delle analisi delle prescrizioni dei Test per glicemia entro il 31.12.2018</p> <p>2. Effettuazione di almeno 1 incontro di confronto/audit con gli MMG per fornire idoneo feed-back ai prescrittori entro il 31.12.2018</p>

SSD Supporto Giuridico Amministrativo alle Attività del Dipartimento di Assistenza Territoriale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Aggiornamento degli accordi negoziali per l'erogazione di prestazioni di residenza sanitaria assistenziale (R.S.A.) presso le strutture site nel territorio di competenza di ASUI-Ts ai sensi degli artt. 8-bis e ss. del D.Lgs.n. 502/1992 e ss.mm. e delle disposizioni approvate con D.G.R. n. 2151 dd. 29.10.2015 nonché nei termini ed alle condizioni di cui ai decreti DCS di concessione dell'autorizzazione/accreditamento</p>	<p>1. Esame contenuti degli accordi vigenti, già stipulati con le RSA cittadine, in scadenza al 31/12/2018 al fine di evidenziare le necessità di aggiornamento; 2. Elaborazione della bozza del nuovo accordo per l'erogazione di prestazioni di RSA per conto ed a carico del Servizio Sanitario Regionale.</p>	<p><i>Obiettivo dirigenziale</i> dott.ssa Daniela Zaro</p>	<p>Bozza di accordo da sottoporre alla Direzione del DAT entro il 31/10/2018.</p>
<p>2. Creazione di un archivio informatico dei testi contrattuali/convenzionali relativi ai rapporti con le Strutture Residenziali per Anziani attivati dai Distretti afferenti al DAT di ASUITS.</p>	<p>1. Raccolta dei testi convenzionali o contrattuali; 2. Se del caso, scansione dei testi per la conservazione in formato digitale;</p>	<p>Donatella Bortuzzo Rosaria Candiano</p>	<p>Schede sinottiche ed archivio informatico entro il 31/12/2018</p>
<p>3. Applicazione dell'art.13, comma 1, lett. a), del D.L. n. 39 dd. 28.04.2009, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 24 giugno 2009, n. 77 ("Decreto Abruzzo"). Definizione pendenze in</p>	<p>1. Ricognizione delle richieste di rimborso inoltrate dalle Farmacie all'Azienda e verifica presupposti/termini per la possibile definizione stragiudiziale. 2. Redazione della bozza di Accordo</p>	<p>Donatella Bortuzzo Rosaria Candiano</p> <p><i>Obiettivo dirigenziale</i></p>	<p>Tabella sinottica Entro il 30.04.2018</p>



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
essere con le Farmacie della provincia di Trieste.	transattivo da utilizzare per la definizione bonaria delle singole vertenze, prevedendo una composizione collettiva sottoscritta da Federfarma in rappresentanza dei singoli esercizi farmaceutici interessati.	dott.ssa Daniela Zaro	Bozza di accordo da sottoporre alle Direzioni Sanitaria e Amministrativa entro il 30/06/2018

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Verifica dell'appropriatezza prescrittiva delle RM muscolo scheletriche e delle RM lombari ripetute prescritte ai residenti del territorio di competenza di ASUITS</p>	<p>1. Raccolta delle impegnative prescritte a utenti di età uguale o superiore di 65 anni e RM lombari ripetute entro 12 mesi da parte di SC Radiologia OM e OC</p> <p>2 . Raccolta delle impegnative prescritte a utenti di età uguale o superiore di 65 anni e RM lombari ripetute entro 12 mesi da parte di SS Verifiche strutture Pubbliche e Private</p> <p>3. Analisi delle impegnative ritenute inappropriate</p> <p>4 Diffusione dei risultati ai prescrittori</p>	<p>Tutto il personale SC Gestione Prestazioni Sanitarie e Progettazione e Attività Sociosanitaria</p>	<p>Analisi per SC di ASUITS delle richieste di RM muscoloscheletriche e delle RM lombari inappropriate ed eventuali proposte operative di riduzione dell'inappropriatezza. – Documento inviato a Direzione DAT entro il 31.12.2018 e diffusione dei risultati ai prescrittori</p>
<p>2. Lean management innovazione gestione e sperimentazione di modelli organizzativi gestionali</p>	<p>Riorganizzazione del Laboratorio di Area Vasta</p>	<p>Comparto gestione prestazioni ambulatoriale e gestione sportelli CUP</p>	<p>1. Predisposizione delle agende di prenotazione delle prestazioni di laboratorio di Area Vasta</p> <p>2. Supporto con messa a disposizione del personale per le modalità di prenotazione, incasso e erogazione delle prestazioni di Laboratorio di Area Vasta</p>
<p>3. Libera Professione</p>	<p>1 Monitoraggio % prenotazione delle prestazioni</p> <p>2</p>	<p>Dirigenza e comparto Gestione offerta ambulatoriale</p>	<p>1. Evidenza di report quadrimestrale per singolo professionista</p> <p>2.</p>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Monitoraggio degli incassi tramite G3 per la libera professione		Evidenza di report mensili per singolo professionista
4. Inserimento mensile in CUP-WEB delle impegnative	Inserimento mensile in CUP-WEB inviate alla direzione CUP dalle SSCC e SS cliniche aziendali	Comparto gestione sportelli CUP	Inserimento di tutte le impegnative inviate dai reparti clinici entro il 10 del mese successivo in CUP- WEB
5. Partecipazione alla formazione sull'anagrafe sanitaria, d'intesa con SC SCAGLA	1. Predisposizione manuale procedure per la correzione delle lettere inesitate degli screening 2. Diffusione agli operatori 3. Organizzazione dei corsi di aggiornamento	Cristina Zappetti Rita Barbella Armanda Antinori	Predisposizione del manuale di aggiornamento per la correzione delle lettere inesitate dello screening, organizzazione e partecipazione ai corsi di aggiornamento
6. Piano dei Tempi di attesa 2018	Predisposizione della proposta del Piano dei Tempi di attesa 2018 entro giugno 2018	Dirigente Medico Cristina Zappetti	Evidenza del Piano dei tempi di Attesa 2018 inviato al Direttore DAT e Direzione Strategica
7. Monitoraggio e contenimento della spesa sanitaria	Analisi prestazioni di ricovero e ambulatoriali per assistiti ASUITS e rispetto accordi ASUITS - Strutture private accreditate	Dirigente Medico Maddalena Grella	Produzione entro l'anno di 2 report: uno relativo all'anno 2017 e l'altro relativo ai 3 trimestri anno 2018.
8. Monitoraggio della fuga ER e contenimento della spesa sanitaria	Analisi della fuga extraregione (ER) per prestazioni di ricovero e ambulatoriali per assistiti ASUITS, subordinato alla trasmissione del dato da parte della Regione	Dirigente Medico Maddalena Grella e Personale Amministrativo VSPP	Produzione di un report analitico di fuga extraregione 2014-15-16 e confronto anni precedenti, subordinato alla trasmissione dei dati ufficiali da parte della Regione
9. Ottimizzazione dell'offerta specialistica ambulatoriale e di ricovero da privato accreditato in relazione ai tempi di attesa	1. Verifica delle risorse economiche disponibili a seguito dell'approvazione del bilancio consuntivo 2017 2. definizione delle commesse sulla base delle proposte della gestione offerta ambulatoriale e sulla base	Tutto il personale della S.S. GCMGS (dirigenza e comparto)	1. entro il 30 giugno  2. entro il 30 settembre

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	della trattativa con le Associazioni rappresentative		
10. Identificazione di un percorso riabilitativo con il privato accreditato nelle disabilità fisiche complesse, ex art. 26 della L. 833/1978, a seguito di interventi ortopedici maggiori effettuati presso le Case di Cura private accreditate	1. Valutazione della casistica 2017 per la definizione in via preventiva del fabbisogno 2018 2. Predisposizione nell'accordo annuale del "Protocollo operativo" per la riabilitazione fisica, in collaborazione con le professionalità della riabilitazione aziendale 3. Report riepilogativo sugli interventi riabilitativi funzionali in attuazione del protocollo	Adeli Mattiussi S.S. GCMGS	1. entro il 30 marzo  2. entro il 30 settembre  3. entro il 30 gennaio 2019

## SO Distretto 1

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. Analisi delle voci di costo e individuazione del piano dei conti della S.O. Distretto 2. Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto di eventuali azioni correttive.	Direttore di Distretto	1. Individuazione del piano di costi distrettuale; 2. Evidenza dei monitoraggi costanti della spesa e della messa in atto di eventuali azioni correttive.
2. Azioni di programmazione territorio/ospedale/territorio nell'ottica della costruzione di un sistema di salute	1. Prosecuzione dei 4 tavoli di lavoro 2017: a. Polifarmacoterapia b. Nutrizione artificiale c. BPCO insufficienza respiratoria d. Gestione della persona fragile 2. Attivazione formale di almeno 3 ulteriori tavoli di lavoro con sottoscrizione dei relativi percorsi di lavoro condivisi tra i quali: a. la salute degli ultra75enni b. l'assistenza sanitaria nella residenzialità territoriale c. rete cure palliative 3. Formalizzazione tavolo di lavoro di monitoraggio e verifica dei percorsi e di programmazione attività sinergiche (segreteria a cura del Coord. Distretti)	Responsabile di Distretto Dirigente Infermieristica di Distretto Dirigenti SC Tutela Salute Anziani Dott.ssa Antonella Benedetti Dott. Vladimir Selmo  Dirigenti e Coordinatore di SC Medicina Interna, Geriatria, Pronto Soccorso, Centro Cardiovascolare RID Dirigente e Coordinatore SC Pneumologia (puncoc.)	1. Evidenza di indicatori di miglioramento nei 4 campi di lavoro e individuazione dei risultati attesi 2. Attivazione formale di almeno 3 tavoli di lavoro, presenza di documento condiviso da tutte le strutture coinvolte ed evidenza delle prime azioni sinergiche messe in atto. Collaborazione all'attivazione rete cure palliative 3. Verbali riunioni almeno bimensili del tavolo di lavoro con evidenza dello stato dell'arte di applicazione dei percorsi e delle eventuali nuove proposte
3.	1.	Direttore di Distretto	1.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale	<p>Ridurre il tasso grezzo di ricoveri per gli indicatori LEA-PAL AHRQ (PQI 1, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16,)</p> <p>2. Ridurre i ricoveri per BPCO, Disidratazione, Diabete.</p> <p>3. ridurre i ricoveri ripetuti per lo stesso MDC (periodo tra 30 gg e 6 mesi dal primo ricovero) (indicatori Sant'Anna)</p> <p>4. Ridurre i ricoveri potenzialmente inappropriati (ricoveri medici LEA Patto salute)</p> <p>5. Ridurre gli accessi in PS degli ultra75enni con codice bianco e verde da RSA e Strutture Protette</p> <p>6. Ridurre i ricoveri medici dei residenti ultra75enni</p>	<p>Dirigenti SC Tutela Salute Anziani Dott.ssa Antonella Benedetti Dott. Vladimir Selmo Dr.ssa Sabrina Gasperi (solo azione 2 – BPCO)</p>	<p>Performance migliore rispetto al 2017</p> <p>2. Performance migliore del 10% rispetto al 2017 (somma delle patologie, dato aziendale)</p> <p>3. Performance migliore rispetto al 2017</p> <p>4. Performance migliore rispetto al 2017</p> <p>5. Riduzione almeno del 10% rispetto al 2017</p> <p>6. Riduzione rispetto al 2017</p>
Direzione - Servizi Amministrativi			
<p>4. Uniformare, ottimizzare e semplificare i percorsi per l'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale di studenti e ricercatori provenienti dagli Stati membri dell'Unione Europea e dai Paesi Terzi, anche nell'ambito dei servizi integrati resi dal Welcome Office FVG</p>	<p>1. Predisposizione di un vademecum, da distribuire agli operatori amministrativi del distretto e da inviare al Welcome Office FVG per la diffusione agli studenti e ricercatori, entro il 30.06.18</p> <p>2. Dal 01.07.2018, monitoraggio e verifica di almeno l'80% delle iscrizioni al SSR degli studenti e ricercatori provenienti dagli Stati membri dell'Unione Europea</p>	<p>Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 1</p> <p>In condivisione con D2, D3 e D4</p>	<p>1. Vademecum presente e diffuso entro il 30.06.18</p> <p>2. Dal 01.07.2018, il 100% delle iscrizioni monitorate sono effettuate sulla base del vademecum univoco, anche mediante l'applicazione di successivi correttivi 31.12.2018</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	e dai Paesi Terzi.		Fonte: report riepilogativo
5. Recupero costi per prestazioni non in compensazione intra/extra regionale in favore di utenti residenti in ambiti territoriali diversi da ASUITS, nell'ambito del territorio italiano	1. Analisi della normativa vigente in materia per la definizione di una relativa procedura 2. Predisposizione dell'istruttoria al fine di definire tutte le prestazioni che non rientrano nei flussi della compensazione intra/extra regionale. 3. Analisi dei relativi costi aziendali per addivenire alla successiva tariffazione alle aziende di residenza. 4. Definizione e stesura della procedura e relativa proposta di decreto da presentare al DAT entro il 30.11.2018	Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 1  In condivisione con D1, D2 e D3	Procedura e proposta di decreto presentata al DAT entro il 30.11.2018
SSD Servizio Infermieristico Distrettuale			
6. PAL 2018 ASSISTENZA PRIMARIA raccordo OBT DIREZIONALE n.2  Progetti attinenti le attività clinico assistenziali; riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale  Rafforzamento del raccordo tra ospedale e territorio	1. Progettazione e attuazione di un percorso formativo per la tenuta del percorso di continuità assistenziale h-t 2. analisi dei punti critici e programmazione delle azioni correttive 3. Analisi dei risultati delle azioni correttive e report conclusivo	Dirigente Infermieristico <i>in collaborazione con i dirigenti infermieristici dei Distretti 2,3,4 e la Direzione Infermieristica Aziendale</i>	1. Progetto formativo inviato per l'accreditamento 30/04/2018. Almeno 8 incontri/audit tra responsabili infermieristici h-t 2. Piano di miglioramento che tenga conto delle criticità individuate 3. Relazione con evidenza delle azioni correttive
7. PAL 2018	Implementazione dei gruppi di cammino rivolti alla popolazione adulta	SSD Servizio Infermieristico Distrettuale	Prosecuzione di almeno un gruppo cammino già avviato nel 2017 (entro

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale</p> <p>Promozione dell'attività fisica</p>	<p>e anziana del distretto (target patologie <i>long term</i>: prevenzione, gestione) in collaborazione con le associazioni di volontariato presenti sul territorio.</p> <p>Valutazione delle persone consenzienti con patologie long term (BPCO, diabete, scompenso cardiaco) residenti in microarea in raccordo con il MMG; Programmazione (4 camminate con educazione sanitaria)</p> <p>Avvio primo incontro congiuntamente referente microarea e fisioterapista</p>	<p>Dirigente Infermieristica Referenti e operatori delle Microaree (in collaborazione con la SSD Riabilitazione)</p>	<p>31/5/2017)</p> <p>Avvio di almeno un nuovo gruppo di cammino entro il 31/12/2018.</p> <p>Report dell'attività svolta al 31/12 con evidenza di n° uscite, destinazione e persone partecipanti. Entro il 15/01/19</p>
<p>8. Censimento, analisi e programmazione delle attività realizzate in ciascuna microarea per area tematica di intervento, anche al fine di individuare il nucleo minimo di azioni a carattere sanitario e sociosanitario da implementare in tutte le Microaree (<i>"linee di indirizzo operativo"</i>)</p>	<p>1. Rilevazione/censimento delle attività partecipazione agli incontri di rilevazione per area tematica (anziani-minori-disabili-adulti) insieme agli enti partner HMA entro il 31/03</p> <p>2. Revisione/integrazione del documento di sintesi del censimento delle attività entro il 31.07</p> <p>3. Avvio del programma operativo delle azioni/attività previste dalle "linee di indirizzo", al fine di testarne la fattibilità dal punto di vista organizzativo, nell'ottica di una messa a regime nel 2019</p>	<p>Dirigente infermieristico responsabile SSD, referenti e operatori delle Microaree distrettuali (in collaborazione con la Direzione Sociosanitaria)</p>	<p>1. Rilevazione per area tematica (anziani-minori-disabili-adulti) insieme agli enti partner HMA entro 31/3/2018 (DIRSS e Referenti MA)</p> <p>2. Elaborazione e invio del documento di sintesi entro 31/5/2018 (DIRSS)</p> <p>3. Acquisizione revisioni/integrazioni entro 31/7/2018 (DIRSS Dirigenti Infermieristici Distretti Referenti Microaree)</p> <p>4. Elaborazione documento e incontro di presentazione delle linee di indirizzo operativo anche agli enti partner HMA entro 30/9/2018 (DIRSS)</p> <p>5. Avvio programma ultimo trimestre</p>



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			2018 (Dirigenti Infermieristici Referenti MA) <i>fonte: database Microarea</i>
SC Tutela Salute Adulti e Anziani			
SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari			
9. Sviluppo di modelli di presa in carico proattivi per la riduzione delle riacutizzazioni e dei ricoveri nelle persone con diagnosi di scompenso cardiaco, BPCO Diabete e disidratazione	<p>1. Predisposizione degli strumenti e del percorso da attuare nel follow up, anche in collaborazione con CCV e riabilitazione.</p> <p>2. Valutazione dei casi segnalati da protocollo della continuità assistenziale con invio esclusivo al MMG (tutte le strutture eccetto DAI medicina);</p> <p>3. Successivi follow up conseguenti alla prima valutazione (accessi diretti o telefonici): accesso entro 15 giorni dalla dimissione. Ulteriori 4 follow up in sei mesi con trasmissione di informazioni al MMG;</p> <p>4. Valutazione e selezione delle schede prisma7 (score: ≥3) inviate dal DAI MEDICINA, RSA o PID (attivazione sperimentale di un servizio di follow up post dimissione) Segnalazione a Televita spa le persone per le quali avviare il FU</p> <p>5. Valutare le informazioni raccolte attraverso il FU ed eventualmente</p>	<p>1. Personale non dirigente assegnato alla SS Cure ambulatoriali e domiciliari (in collaborazione con il personale dell'area riabilitativa)</p> <p>2, 3, 4, 5 Tutto il personale non dirigente assegnato alla S.C. Tutela Salute Adulti e Anziani (in collaborazione con il personale dell'area riabilitativa)</p>	<p>1. Presenza degli strumenti concordati con CCV e riabilitazione entro 30/5/2018;</p> <p>2. Presa in carico persone segnalate: 100% dal 1/6/2018;</p> <p>3. Evidenza e registro dei follow up;</p> <p>4,5. Evidenza schede valutate e inviate a Televita</p> <p>Registro attività e report conclusivo entro 31/12</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
10. 3.5.6 PAL 2018 Cure palliative e terapia del dolore	contattare le persone assistite  1. Prendere in carico tutte le persone con malattia oncologica o altre situazioni di terminalità segnalate (Ospedale, Hospice, RSA o altre strutture provinciali ed extra provinciali) entro 24 h dalla dimissione 2. Segnalare alla rete delle cure palliative le persone con malattia oncologica in fase terminale in carico al SID (dal 1/6/2018). 3. Predisporre il Piano Assistenziale Personalizzato per ogni persona in carico e misurare l'intensità degli interventi 4. Sostenere la famiglia ed i caregiver nell'accompagnamento alla morte del malato presso il proprio domicilio o in altra sede territoriale non ospedaliera 5. Monitorare il numero di ricoveri e delle giornate di ricovero durante la presa in carico domiciliare e registrare l'esito dopo il ricovero (domicilio, Hospice, deceduto, ecc)	SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari	1. n° Persone prese in carico entro 24h/N° di persone segnalate >=90%  2. 100% delle persone vengono segnalate al riferimento aziendale per le Cure Palliative.  3. PAI presente nel 100% delle situazioni  4. n° malati oncologici deceduti al domicilio o in altra sede territoriale non ospedaliera/ totale dei deceduti in carico al SID con patologia oncologica >70 % 5. Monitoraggio dell'esito. Relazione.
11. Revisione di procedure e percorsi in relazione a: 1) patologie croniche	1. Partecipazione agli audit e alle riunioni operative interne Organizzazione del piano di revisione	Tutto il personale sanitario e tecnico del distretto (in collaborazione con Ufficio Qualità Accreditamento e Rischio Clinico)	1,2. Tutti i percorsi e le procedure relativi alle 7 aree vengono rivisti ed aggiornati al 31/10/2018

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
2) residenze assistenziali 3) disabilità 4) servizi domiciliari 5) servizi ambulatoriali 6) riabilitazione 7) assistenza primaria	dei percorsi 2. Recepimento indicazioni dagli audit Verifica delle procedure e percorsi con attenzione a standard validati 3. Rilevazione delle difformità procedurali e correzione delle stesse rispetto agli standard validati Incontro informativo in plenaria all'interno della S.O. Distretto finalizzato alla conoscenza dei percorsi e procedure individuati per ogni area		3. Documento formale
Struttura Semplice Anziani e Residenze			
12. Miglioramento assistenza ospiti Strutture Protette. Riduzione accessi al PS persone > 75 anni con codice bianco e verde.	Analisi, con cadenza bimensile, con il personale che opera nelle strutture protette afferenti al Distretto 1 degli invii in Pronto Soccorso delle persone ultra 75enni (codice bianco e verde), al fine di verificare la corretta applicazione dei percorsi in essere con il PS e individuando eventuali criticità al fine di promuovere azioni di miglioramento all'assistenza agli ospiti nella struttura.	Responsabile SS Anziani e Residenze Obiettivo del dirigente Dott. Vladimir Selmo  Coordinatore Fabio Cimador	Realizzazione di incontri bimensili di analisi degli invii in PS a partire da maggio 2018 (almeno 4 incontri). Individuazione di eventuali azioni di miglioramento o di proposte di soluzioni di criticità rilevate.  Al 31/12/18 presenza di verbale degli incontri effettuati e analisi dei risultati delle azioni correttive e report conclusivo
<b>13.</b> <b>PAL 3.5.1</b> Applicazione di VMD Val.Graf. FVG	Garantire la valutazione multidimensionale Valgraf di tutte le persone per le quali è previsto l'accoglimento in un servizio semiresidenziale o residenziale	Struttura SS Anziani e Residenze Coordinatore Fabio Cimador (in collaborazione con gli operatori della SC TSAA)	Tutte le persone (100%) delle persone accolte presso un servizio semiresidenziale o residenziale convenzionato hanno la valutazione Valgraf.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	convenzionato.		
14. Attuazione accordo per la Medicina Generale.  Attivazione di programmi di medicina di iniziativa nell'ambito delle patologie croniche.	Presenza in carico secondo il PDTA Demenze/Deterioramento cognitivo già in uso (vedi prot. N. 54697/GEN. I. 1 A del 18/11/2013) dei casi segnalati dai MMG	S.S. Anziani e Residenze  Obiettivo del dirigente dott.ssa Luisa Besanzini	Numeri nuovi casi al 31.12.2018 100% di gestione dei nuovi casi trattati secondo PDTA Demenze/Deterioramento cognitivo già in uso (vedi prot. N. 54697/GEN. I. 1 A del 18/11/2013) segnalati al CDDC dal MMG
<b>SSD Riabilitazione</b>			
15. Azioni di programmazione territorio/ospedale/territorio nell'ottica della costruzione di un sistema di salute PAL 3.3.4 Riabilitazione  Evitare sovrapposizioni di interventi o drop out in pazienti con Sclerosi Multipla Obiettivo in comune con SC di Riabilitazione	1. Revisionare ed uniformare l'elenco territoriale ed ospedaliero Sclerosi Multipla 2. Implementazione dell'elenco con casi segnalati da S.C. Medicina Riabilitativa o MMG	1. Responsabile SSD Riabilitazione Obiettivo del Dirigente Dr.ssa Sabrina Gasperi 2. Dirigenza SSD Riabilitazione	1. Elenco uniformato entro 31.05.18 2. Implementazione dell'elenco dal 01.06.2018 e presa in carico del 100% dei casi idonei segnalati da S.C. Medicina Riabilitativa o MMG  Fonte: elenco pazienti interno S.S.D. Riabilitazione
16. Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale  Raccordo obiettivo 2.2	1.a Raccordo con il personale del CCV per uniformare la valutazione riabilitativa a livello ambulatoriale e domiciliare, verificare recepimento delle schede di valutazione da applicare. 1.b Raccordo con al continuità	Personale di Area Riabilitativa assegnato alle strutture distrettuali	1 Condivisione con CCV di schede di segnalazione e strumenti di valutazione entro 31/5/2018 Formazione del personale afferente alla struttura entro 30/6/2018 2,3. Valutazione e/o presa in carico entro

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>assistenziale infermieristica per la definizione dei criteri di segnalazione degli utenti con BPCO e diabete; predisposizione delle schede</p> <p>1.c Formazione del personale di struttura rispetto al modello di presa in carico</p> <p>2. Presa in carico dei casi segnalati da protocollo della continuità assistenziale e/o dimessi da RSA con accesso domiciliare e/o ambulatoriale entro 15 giorni dalla dimissione in base a scheda definita e coinvolgimento MMG.</p> <p>3. Successivi follow up conseguenti alla prima valutazione (accessi diretti o telefonici) fino a sei mesi dalla dimissione</p>		<p>15 gg del 100% dei casi idonei. 01/07/2018</p> <p>Report dell'attività al 31/12/2018</p>
<p>17. Pal 2018 Promozione dell'attività fisica</p>	<p>1. Valutazione delle persone segnalate da MMG, strutture distrettuali, continuità assistenziali</p> <p>2. Inserimento in un gruppo cammino condotto dai fisioterapisti del distretto (al primo incontro sarà presente anche il referente di microarea)</p> <p>3. Inserimento successivo nei gruppi di cammino gestiti da volontari già esistenti nelle microaree</p>	<p>Personale di Area Riabilitativa Adulti in collaborazione con il SSD infermieristico distrettuale microaree</p>	<p>Valutazione del 100% delle persone segnalate</p> <p>Attivazione di almeno un gruppo di cammino condotto dal fisioterapista (previste 4 uscite con educazione sanitaria) con successiva proposta ai partecipanti di inserimento nei gruppi di cammino già esistenti nelle microaree</p> <p>Almeno un corso di formazione di Walking leader rivolto ai volontari</p> <p>Monitoraggio una volta al mese dei gruppi condotti dai volontari</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	4. Formazione dei volontari 5. Monitoraggi dei gruppi		Report dell'attività fisica svolta al 2018
SC Bambini, Adolescenti, Donne e Fam.			
SSTS Bambini, Adolescenti			
18. Autismo. Continuità presa in carico 0-18	Attuare trattamenti in piccoli gruppi di Bambini autistici che hanno concluso l'ESDM	Dr.ssa Aiosa Vincenza Assunta Terpini Chiara	Almeno 1 gruppo attivato entro 31/12/18
19. Attivazione centro diurno aziendale per minori	1. Organizzare una attività strutturata nel c.d. con cadenza settimanale 2. Inserire adolescenti nella attività c.d.	Dr.ssa Ponticiello Rosaria Dr.ssa Norcio Alessia	1. n. ore attività presso c.d./sett. dal 1 aprile tot. 2 2. n. medio 15 adolescenti del D1 inseriti/sett. dal 1 aprile 4
20. Implementazione del PAI/PRI per tutti i minori con presa in carico socio-sanitaria multidisciplinare	1. Predisporre la modulistica 2. Stesura PAI/PRI con apposita modulistica	Tutti gli operatori non dirigenti	1. Nuova modulistica predisposta entro 31 maggio 2. Dal 1/6 stesura n. PAI/PRI secondo nuova modulistica > 15
21. Sviluppo della presa in carico con attività abilitative e di inclusione sociale in modo autonomo	Attività diretta a >12 anni in situazione di fragilità e ritiro sociale	Comparto	n. prese in carico con attività individuali e di gruppo in modo autonomo >15
SS Consultorio familiare			
22. PAL 3.2.1. Tutela della salute della donna Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio	Offerta attiva in Accoglienza Mamma-bambino della visita domiciliare ostetrica in puerperio a donne consenzienti: in dimissione protetta dall'Ospedale in situazione di rischio psicosociale con problematiche legate all'allattamento	SC BADOF Ostetriche e altro personale SC	Almeno il 90% delle donne individuate e consenzienti hanno avuto la visita domiciliare in puerperio  Fonte dati: registro Accoglienza Mamma-Bambino

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	con altre problematiche di salute		31.12.2018
23. PAL 2018 linea 3.2.17- Alimentazione e salute. Promozione dell'allattamento - allineamento agli standard UNICEF BFCI- Comunità Amica dei Bambini	1. Passo 1- revisione del Manuale degli operatori contenente procedure e buone pratiche 2. Passo 2 (formazione degli operatori a seconda delle responsabilità) e aggiornamento del registro generale della formazione	SCBADOF tutti gli operatori	1. Manuale revisionato  2. Formazione secondo standard completata (dedicati- 80%; coinvolti 80% e informati 100%); registro aggiornato
24. Dal PAL 2018 3.2.1. Tutela della salute della donna. Implementazione del percorso gravidanza fisiologica seguita dall'ostetrica	Garantire l'avvio del percorso gravidanza fisiologica seguita dall'ostetrica presso il Distretto 1: 1. Garantire l'offerta del primo colloquio ostetrico al primo accesso al servizio per gravidanza (offerta di cura) a partire da 1/7/2018. 2. Garantire la predisposizione del percorso di formazione delle ostetriche entro giugno 2018.	dr.ssa Kinou Wolf - Responsabile S.S. Consultorio Familiare	1. A partire da 1/7/2018 a tutte le donne che accedono al Consultorio Familiare per gravidanza viene offerto al primo accesso al Servizio il primo colloquio ostetrico (offerta di cura). 2. Entro il 30/06/2018 viene predisposto il percorso di formazione delle ostetriche sulla gestione della gravidanza fisiologica.
25. Migliorare lo stato di salute della popolazione attraverso il controllo dell'aderenza terapeutica	Predisporre un progetto di comunità attivando le risorse disponibili per migliorare l'aderenza terapeutica delle persone fragili in particolare sui farmaci per la BPCO e le statine	SSD servizio infermieristico Referente microarea	1. Presenza progetto al 31.07.2018 2. valutazione analitica attività al 31.12.2018
26. Gestione delle RSA	Analisi delle durate delle degenze nelle 4 RSA, tenendo conto anche dell'età, patologie, situazione sociale	Direttore di Distretto Obiettivo in comune con direttore DAT e Distretti	Report analitico per singola RSA. Eventuali proposte di lavoro per contrarre i tempi di degenza



**Sintesi dati ed indicatori di funzionalità**  
**Distretto 1 - Att e ris comuni (CdC)**

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Attività ambulatoriale (fonte CUP)**

Numero di prestazioni per esterni	45.286	37.940	-7.346	-16,2
di cui visite per esterni	1.360	1.056	-304	-22,4
di cui controlli per esterni	157	146	-11	-7,0
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	89,7	87,9	-1,8	
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	1,6	1,9	0,3	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	===	0,5	===	
<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	1,9	1,3	-0,6	

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017 e sarà integrata la scheda con ulteriori attività erogate.



**Budget 2018 - Risorse correnti  
DISTRETTO 1**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	1.623.801,01
Farmaci senza AIC	9.479,97
Dispositivi medici	456.906,34
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	99.565,65
Prodotti dietetici	79.425,24
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	1.379,55
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	4.554,48
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>2.275.112,23</b>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. Analisi delle voci di costo e individuazione del piano dei conti della S.O. Distretto 2. Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto di eventuali azioni correttive.	Direttore di Distretto	1. Individuazione del piano di costi distrettuale; 2. Evidenza dei monitoraggi costanti della spesa e della messa in atto di eventuali azioni correttive.
2. Azioni di programmazione territorio/ospedale/territorio nell'ottica della costruzione di un sistema di salute	1. Prosecuzione dei 4 tavoli di lavoro 2017: e. Polifarmacoterapia f. Nutrizione artificiale g. BPCO insufficienza respiratoria h. Gestione della persona fragile 2. Attivazione formale di almeno 3 ulteriori tavoli di lavoro con sottoscrizione dei relativi percorsi di lavoro condivisi tra i quali: a. la salute degli ultra75enni b. l'assistenza sanitaria nella residenzialità territoriale c. rete cure palliative 3. Formalizzazione tavolo di lavoro di monitoraggio e verifica dei percorsi e di programmazione attività sinergiche (segreteria a cura del Coordinamento Distretti)	Responsabili di Distretto Responsabile SS Cure Amb e dom PO Inf dist 2 Dirigenti Infermieristici di Distretto Dirigenti e Coordinatore di SC Medicina Interna, Geriatria, Pronto Soccorso, Cent Cardiovascolare RID Dirigente e Coordinatore SC Pneumologia (puncoc.)	1. Evidenza di indicatori di miglioramento nei 4 campi di lavoro e individuazione dei risultati attesi 2. Attivazione formale di almeno 3 tavoli di lavoro, presenza di documento condiviso da tutte le strutture coinvolte ed evidenza delle prime azioni sinergiche messe in atto. D2: Attivazione rete cure palliative 3. Verbali riunioni almeno bimensili del tavolo di lavoro con evidenza dello stato dell'arte di applicazione dei percorsi e delle eventuali nuove proposte

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>3. Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale</p>	<p>1. Ridurre il tasso grezzo di ricoveri per gli indicatori LEA-PAL AHRQ (PQI 1, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16,) 2. Ridurre i ricoveri per BPCO, Disidratazione, Diabete. 3. Ridurre i ricoveri ripetuti per lo stesso MDC (periodo tra 30 gg e 6 mesi dal primo ricovero) (indicatori Sant'Anna) 4. Ridurre i ricoveri potenzialmente inappropriati (ricoveri medici LEA Patto salute) 5. Ridurre gli accessi in PS degli ultra75enni con codice bianco e verde da RSA e Strutture Protette 6. Ridurre i ricoveri medici dei residenti ultra75enni</p>	<p>Responsabili di Distretto</p>	<p>1. Performance migliore rispetto al 2017 2. Performance migliore del 10% rispetto al 2017 (somma delle patologie, dato aziendale) 3. Performance migliore rispetto al 2017 4. Performance migliore rispetto al 2017 5. Riduzione almeno del 10% rispetto al 2017 6. Riduzione rispetto al 2017</p>
Direzione - Servizi Amministrativi			
<p>4. Uniformare, ottimizzare e semplificare i percorsi per l'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale di studenti e ricercatori provenienti dagli Stati membri dell'Unione Europea e dai Paesi Terzi, anche nell'ambito dei servizi integrati resi dal Welcome Office FVG</p>	<p>1. Predisposizione di un vademecum, da distribuire agli operatori amministrativi del distretto e da inviare al Welcome Office FVG per la diffusione agli studenti e ricercatori, entro il 30.06.18 2. Dal 01.07.2018, monitoraggio e verifica di almeno l'80% delle iscrizioni al SSR degli studenti e ricercatori provenienti</p>	<p>Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 2</p> <p>In condivisione con D1, D3 e D4</p>	<p>1. Vademecum presente e diffuso entro il 30.06.18 2. Dal 01.07.2018, il 100% delle iscrizioni monitorate sono effettuate sulla base del vademecum univoco, anche mediante l'applicazione di successivi correttivi</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	dagli Sati membri dell'Unione Europea e dai Paesi Terzi.		31.12.2018 Fonte: report riepilogativo
5. Recupero costi per prestazioni non in compensazione intra/extra regionale in favore di utenti residenti in ambiti territoriali diversi da ASUITS, nell'ambito del territorio italiano	1. Analisi della normativa vigente in materia per la definizione di una relativa procedura 2. Predisposizione dell'istruttoria al fine di definire tutte le prestazioni che non rientrano nei flussi della compensazione intra/extra regionale. 3. Analisi dei relativi costi aziendali per addivenire alla successiva tariffazione alle aziende di residenza. 4. Definizione e stesura della procedura e relativa proposta di decreto da presentare al DAT entro il 30.11.2018	Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 2  In condivisione con D1, D3 e D4	1-4. Procedura e proposta di decreto presentata al DAT entro il 30.11.2018
6. Revisione di procedure e percorsi in relazione a: 1)patologie croniche 2) residenze assistenziali 3) ostetricia 4) disabilità 5) servizi domiciliari 6) servizi ambulatoriali 7) riabilitazione 8) assistenza primaria	1. Partecipazione agli audit e alle riunioni operative interne. Organizzazione del piano di revisione dei percorsi 2. Recepimento indicazioni dagli audit Verifica delle procedure e percorsi con attenzione a standard validati 3. Rilevazione delle difformità procedurali e correzione delle stesse rispetto agli standard validati	Tutto il personale sanitario e tecnico del distretto	1. Previsti ed effettuati almeno 3 incontri/audit interni entro 30/6/2018 (Almeno 1 incontro informativo in plenaria all'interno della S.O. Distretto finalizzato alla conoscenza dei percorsi e procedure individuati per ogni area) Tutti i percorsi e le procedure relativi alle 8 aree sono rivisti ed aggiornati al 31/10/2018 2-4. Procedure e percorsi aggiornati sono attivati all'interno delle strutture in linea con gli standard previsti entro il

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	4. Stesura procedure in linea con standard		31/12/18
<b>SSD Servizio Infermierist. Distrettuale</b>			
7. PAL 2018 ASSISTENZA PRIMARIA raccordo OBT DIREZIONALE n.2 Progetti attinenti le attività clinico assistenziali; riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale Rafforzamento del raccordo tra ospedale e territorio	1. Progettazione e attuazione di un percorso formativo per la tenuta del percorso di continuità assistenziale h-t 2. analisi dei punti critici e programmazione delle azioni correttive 3. Analisi dei risultati delle azioni correttive e report conclusivo	Dirigente Infermieristico <i>in collaborazione con i dirigenti infermieristici dei Distretti 1,3,4 e la Direzione Infermieristica Aziendale</i>	1. Progetto formativo inviato per l'accreditamento 30/04/2018. Almeno 8 incontri/audit tra responsabili infermieristici h-t 2. Piano di miglioramento che tenga conto delle criticità individuate 3. Relazione con evidenza delle azioni correttive
8. PAL 2018 Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale Promozione dell'attività fisica	Implementazione dei gruppi di cammino rivolti alla popolazione adulta e anziana del distretto (target patologie <i>long term</i> : prevenzione, gestione)	SSD Servizio Infermieristico Distrettuale Microaree <i>(in collaborazione con la SSD Riabilitazione)</i>	Almeno due gruppi di cammino avviati entro il 31/12/2018.  Report dell'attività svolta al 31/12 con evidenza di n° uscite, destinazione e persone partecipanti
9. Censimento, analisi e programmazione delle attività realizzate in ciascuna microarea per area tematica di intervento, anche al fine di individuare il nucleo minimo di azioni a carattere sanitario e sociosanitario da implementare in tutte le Microaree ( <i>"linee di indirizzo operativo"</i> )	1. Rilevazione/censimento delle attività 2. Revisione/integrazione del documento di sintesi del censimento delle attività 3. Avvio del programma operativo delle azioni/attività previste dalle "linee di indirizzo", al fine di testarne la fattibilità dal punto di vista organizzativo, nell'ottica di una messa a regime nel 2019	Dirigente infermieristico responsabile SSD, referenti e operatori delle Microaree distrettuali <i>(in collaborazione con la Direzione Sociosanitaria)</i>	1,2. Rilevazione per area tematica (anziani-minori-disabili-adulti) insieme agli enti partner HMA entro il 31/03 e revisione/integrazione entro il 31/07 3. Programma avviato nel quarto trimestre 2018

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
SC Tutela Salute Adulti e Anziani			
SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari			
10. PAL Linea 3.3.1 e 3.3.7 Assistenza Primaria Sviluppo della riorganizzazione della Assistenza medica primaria in coerenza con le disposizioni regionali (raccordo con il 2017) Cronicità e Polifarmacoterapia	1. Segnalazione da parte dei MMG e/o dei referenti di Microarea del Distretto 2 di pazienti affetti da un quadro di polipatologia (incluse dipendenze da sostanze) o di malattia di durata di grado severo, residenti entro una delle Microaree del Distretto 2: - applicazione dei principali PDTA ASUITS, se indicato; - attivazione dei Servizi Sanitari e Sociali territoriali nei casi previsti; - revisione dello schema di terapia farmacologica secondo il protocollo ASUITS di polifarmacoterapia; 2. Stesura e attuazione di un piano assistenziale (PAI) domiciliare in collaborazione con Microarea e tutti i Servizi Territoriali utili 3. Reportistica semestrale al 30.06.2018 e conclusiva entro il 15/01/2019	dott.Carlo Rotelli	1. Valutazione di almeno 30 pazienti di Microarea come descritto.  2. Stesura del PAI nel 100% dei casi e suo inserimento documentale entro cartella clinica SID o di altra unità operativa. 3. Consegna report semestrale e annuale alla Direzione di Distretto.  <i>Fonte: documentazione agli atti</i>
11. PAL Linea 3.3.1 e 3.3.7 Assistenza Primaria Sviluppo della riorganizzazione della Assistenza medica primaria in coerenza con le disposizioni regionali (raccordo con il 2017), Cronicità e Polifarmacoterapia	1. 1a. Segnalazione da parte del MMG afferenti al CAP del Distretto 2 ed alle MGI del Distretto 2 di pazienti con sospetta o conclamata patologia cardiaca, per la definizione del successivo percorso assistenziale (con applicazione del nuovo PDTA per	Dott.ssa Tiziana Oliverio	1. Valutazione del 100% delle segnalazioni.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>scompenso cardiaco).</p> <p>1b. Segnalazione da parte dei reparti di Medicina e dei MMG di pazienti over 75 dimessi in polifarmacoterapia, per valutazione dell'appropriatezza prescrittiva in applicazione del protocollo sulla polifarmacoterapia.</p> <p>2.</p> <p>2a. Valutazione congiunta dei pazienti, con i medici di Medicina Generale della MGI e del CAP del D2.</p> <p>2b. Istituzione dell'Equipe multiprofessionale per la valutazione congiunta dei paziente.</p> <p>3.</p> <p>3a. Reportistica semestrale al 30.06.18</p> <p>3b. Reportistica conclusiva dell'attività svolta</p>		<p>2.</p> <p>2a e 2b Valutazione congiunta di tutti i pazienti segnalati. Per ciascun paziente relazione clinica sul percorso assistenziale intrapreso.</p> <p>3.</p> <p>3a. Al 30.6.2018 report dell'attività svolta</p> <p>3b. Report conclusivo dell'attività svolta</p> <p><i>(Fonte: documentazione agli atti/G2 clinico)</i></p>
<p>12.</p> <p>Sviluppo di modelli di presa in carico e follow up per la prevenzione delle riacutizzazioni nelle persone con diagnosi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Scompenso Cardiaco</li> <li>- BPCO</li> <li>- Diabete</li> </ul> <p>non già in carico ad altri servizi e/o percorsi</p>	<p>1.</p> <p>Predisposizione degli strumenti e del percorso da attuare nel follow up, anche in collaborazione con CCV e riabilitazione.</p> <p>2.</p> <p>Valutazione dei casi segnalati da protocollo della continuità assistenziale con invio esclusivo al MMG (tutte le strutture eccetto DAI medicina);</p> <p>3.</p> <p>Successivi follow up conseguenti alla prima valutazione (accessi diretti o telefonici): accesso entro 15 giorni dalla dimissione. Ulteriori 4 follow up</p>	<p>1.</p> <p>S.S. Cure Ambulatoriali e Domiciliari</p> <p>2.</p> <p>S.S. Cure Ambulatoriali e Domiciliari</p> <p>S.S. Anziani e Residenze</p>	<p>1.</p> <p>Presenza degli strumenti concordati con CCV e riabilitazione entro 30/5/2018;</p> <p>2.</p> <p>Presenza in carico persone segnalate: 100% dal 1/6/2018;</p> <p>3.</p> <p>Evidenza e registro dei follow up;</p> <p>4,5.</p> <p>Evidenza schede valutate e inviate a Televita</p> <p>Registro attività e report conclusivo entro 31/12</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>in sei mesi con trasmissione di informazioni al MMG;</p> <p>4. Valutazione e selezione delle schede prisma7 (score: ≥3) inviate dal DAI MEDICINA, RSA o PID (attivazione sperimentale di un servizio di follow up post dimissione) Segnalazione a Televita spa le persone per le quali avviare il FU</p> <p>5. Valutare le informazioni raccolte attraverso il FU ed eventualmente contattare le persone assistite</p>	<p>3. S.S. Cure Ambulatoriali e Domiciliari</p> <p>4. PO SC Tutela Salute Adulti Anziani</p>	
SS Anziani e Residenze			
<p>13. Attivazione di programmi di medicina d’iniziativa nell’ambito delle patologie croniche</p>	<p>1. Segnalazione da parte degli MMG al CDDD dei casi con sospetto o accertato deficit cognitivo.</p> <p>2. Presa in carico come da PDTA Demenza/Deterioramento cognitivo (prot. N. 54697/GEN. I. 1 A del 18 novembre 2013; ultima revisione settembre 2016).</p>	<p>Dott.ssa Filomena Vella SS Anziani e Residenze</p>	<p>1.-2. Al 31 dicembre 2018 gestione 100% dei nuovi casi trattati secondo PDTA Demenza/Deterioramento cognitivo (prot. N. 54697/GEN. I. 1 A del 18 novembre 2013; ultima revisione settembre 2016) segnalati al CDDC dal MMG.</p>
<p>14. Miglioramento assistenza ospiti Strutture Protette. Riduzione accessi al PS persone &gt; 75 anni con codice bianco e verde.</p>	<p>In collaborazione con il personale operante nelle Strutture Protette afferenti al Distretto:</p> <p>1. Analisi bimensile degli invii in Pronto Soccorso (codice bianco o verde) delle persone ultra 75enni</p> <p>2.</p>	<p>Responsabile SS Anziani e Residenze. Coordinatore Strutture SS Anziani e Residenze</p>	<p>1-3. Realizzazione di incontri bimensili di analisi degli invii in PS a partire da maggio 2018 (almeno 4 incontri). Individuazione di eventuali azioni di miglioramento o di proposte di soluzioni di criticità rilevate.</p>



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>Verifica della corretta applicazione dei percorsi in essere con il PS</p> <p>3. Individuazione di eventuali criticità e promozione di azioni di miglioramento della qualità dell'assistenza.</p>		Al 31/12/18 presenza di verbale degli incontri effettuati.
<p><b>15.</b> Organizzazione di incontri con la cittadinanza finalizzati alla divulgazione dei percorsi d'accesso ai servizi di prelievo sul territorio ASUITS e alla divulgazione delle corrette modalità di presentazione in sede di punto prelievi e raccolta dei campioni biologici. Integrazione e acquisizione di competenze trasversali.</p>	<p>1. Effettuare incontri di pianificazione delle modalità di comunicazione e divulgazione dell'accesso al servizio e delle tipologie di offerta e di selezione del materiale informativo (opuscoli) da distribuire al pubblico.</p> <p>2. Realizzare gli incontri pubblici di cui al punto 1 e contestualmente diffondere il materiale informativo. In collaborazione con le Microaree del Distretto 2,</p>	Centro Prelievi	Realizzazione di almeno un incontro per ciascuna Microarea del Distretto 2 per complessive almeno quattro occasioni pubbliche (almeno due operatrici del Centro Prelievi per ciascun incontro – ogni operatrice coinvolta in almeno un incontro).
RSA San Giusto			
<p>16. Polifarmacoterapia Riduzione ricoveri ultra 75 anni da RSA</p>	Ottimizzazione della terapia nel paziente fragile geriatrico anche per ridurre la probabilità di reazioni avverse da farmaci (ADR)	Dirigenti Medici RSA San Giusto	In dimissione l'80% degli assistiti ha in terapia ≤ 8 principi attivi. Relazione di attività con reportistica.
<p>17. Linea 3.3.2 Accreditamento istituzionale RSA (superamento delle non conformità rilevate)</p>	<p>1. Costituzione del gruppo di lavoro e revisione della documentazione PAI</p> <p>2. Produzione di una bozza e presentazione della nuova documentazione</p> <p>3. Inoltro del piano di superamento delle non conformità agli organi competenti</p>	Tutto il personale della RSA San Giusto	Dal 01/06/2018 applicazione del nuovo PAI presso la RSA Entro il 31/12/2018 validazione del PAI secondo le indicazioni regionali Documentazione conforme al 100% ai requisiti stabiliti

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	4. Applicazione e validazione del PAI		
SSD Riabilitazione			
18. Azioni di programmazione territorio/ospedale/territorio nell'ottica della costruzione di un sistema di salute PAL 3.3.4 Riabilitazione  Evitare sovrapposizioni di interventi o drop out in pazienti con Sclerosi Multipla Obiettivo in comune con SC di Riabilitazione	1. Revisionare ed uniformare l'elenco territoriale ed ospedaliero Sclerosi Multipla  2. Implementazione elenco	1. Responsabile SSD Riabilitazione 2. dirigenza SSD Riabilitazione	1. Elenco uniformato entro 31.05.18  2. Implementazione dell'elenco dal 01.06.2018  Fonte: elenco pazienti interno S.S.D. Riabilitazione
19. Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale  Raccordo Obiettivo direzionale 2.2	1.a Raccordo con il personale del CCV per uniformare la valutazione riabilitativa a livello ambulatoriale e domiciliare; verifica e recepimento delle schede di valutazione da applicare 1.b Raccordo con la continuità assistenziale infermieristica per la definizione dei criteri di segnalazione degli utenti con BPCO e diabete; predisposizione delle schede. 2. Formazione del personale della Struttura rispetto al modello di presa in carico	Personale di Area Riabilitativa Adulti assegnato alle strutture distrettuali	1.a Incontro con CCV per condivisione schede e strumenti di valutazione entro 31/05/2018  1.b Predisposizione delle schede di segnalazione entro il 31/05/2018  2. Formazione del personale afferente alla struttura entro 30/06/2018

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>3. Valutazione e/o presa in carico dei casi segnalati, come da criteri definiti, da protocollo di continuità assistenziale e/o dimessi da RSA, con accesso domiciliare e/o ambulatoriale entro 15 giorni dalla dimissione in base a scheda definita e coinvolgimento MMg</p> <p>4. Successivi follow up conseguenti alla prima valutazione (accessi diretti o telefonici) fino a sei mesi dalla dimissione.</p>		<p>3. Valutazione e/o presa in carico entro 15 gg del 80% delle persone segnalate dal 01/07/2018</p> <p>4 Report dell'attività al 31/12/2018</p>
<p>20. Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale</p> <p>Raccordo obiettivo 2.2</p>	<p>1.a Raccordo con il personale del CCV per uniformare la valutazione riabilitativa a livello ambulatoriale e domiciliare, verificare recepimento delle schede di valutazione da applicare.</p> <p>1.b Raccordo con al continuità assistenziale infermieristica per la definizione dei criteri di segnalazione degli utenti con BPCO e diabete; predisposizione delle schede</p> <p>1.c Formazione del personale di struttura rispetto al modello di presa in carico</p> <p>2. Presa in carico dei casi segnalati da protocollo della continuità assistenziale e/o dimessi da RSA con accesso domiciliare e/o ambulatoriale entro 15</p>	<p>Personale di Area Riabilitativa assegnato alle strutture distrettuali</p>	<p>1 Condivisione con CCV di schede di segnalazione e strumenti di valutazione entro 31/5/2018 Formazione del personale afferente alla struttura entro 30/6/2018</p> <p>2,3. Valutazione e/o presa in carico entro 15 gg del 100% dei casi idonei. 01/07/2018</p> <p>Report dell'attività al 31/12/2018</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	giorni dalla dimissione in base a scheda definita e coinvolgimento MMG. 3. Successivi follow up conseguenti alla prima valutazione (accessi diretti o telefonici) fino a sei mesi dalla dimissione		
Struttura complessa Bambini, Adolescenti, Donne e Famiglie			
21. PAL 3.2.1. Tutela della salute della donna Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio	Offerta attiva in Accoglienza Mamma-bambino della visita domiciliare ostetrica in puerperio a donne consenzienti: - in dimissione protetta dall'Ospedale - in situazione di rischio psicosociale - con problematiche legate all'allattamento - con altre problematiche di salute	SC BADOF Ostetriche e altro personale SC	Il 100% delle donne individuate e consenzienti hanno avuto la visita domiciliare in puerperio  Fonte dati: registro Accoglienza Mamma-Bambino
22. Sperimentare attività innovative di supporto e di aiuto alle giovani famiglie nel dopo parto, in integrazione con le risorse della comunità	1. Implementazione del progetto Mamme on the Road rivolto a neo mamme con fragilità psicosociali, seguite dal Consultorio, in raccordo con le risorse del territorio ed in continuità con le attività dei CAN. 2. Realizzare attività di gruppo nella sede della struttura complessa e nel territorio per il target di riferimento 3. Realizzare attività di gruppo con azioni	Dott.ssa Francesca Ravalico  Dott.ssa Laura Zancola	Realizzare almeno 4 tipologie di attività di gruppo per le neo mamme con fragilità psicosociali, seguite dal Consultorio e consenzienti (complessivamente almeno 30 momenti di incontro/attività)  Fonte dati: REPORT, registro firme gruppi

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	specifiche di supporto alla relazione mamma-bambino anche in collaborazione con associazioni del territorio rivolte al target di riferimento		
<p>23. PAL Linea 3.6.2 Minori "Progetto attinenti la programmazione degli interventi socio sanitari" PdZ Misura 5.1 Promuovere la permanenza dei minori in famiglia</p> <p>Favorire il benessere dei bambini appartenenti a nuclei familiari fragili/vulnerabili attraverso attività di sostegno psicologico.</p>	<p>Proseguire e implementare l'attività di gruppo in continuità con l'anno 2017, per i minori con provvedimento di tutela da parte dell' AA. GG. e/o in carico al Servizio Sociale e alla SC, provenienti da famiglie fragili o confliggenti, fascia di età 6-11 (scuola primaria)</p>	<p>Dr.ssa Sabrina Ruberti</p>	<p>Realizzare almeno 1 ciclo di incontri di gruppo (almeno 10 incontri nell'arco del 2018), con bambini della fascia d'età indicata</p> <p>Fonte dati: report e registro presenze</p>
<p>24. Migliorare gli interventi per le donne in età post fertile</p>	<p>Individuare le tipologie di domanda delle donne in età post fertile che si presentano in Consultorio nel 2018</p>	<p>SC BADOF Tutto il personale</p>	<p>Report con mappatura delle tipologie di domanda presentate da donne in età post fertile e relativi percorsi attivati</p> <p>Fonte dati: Registro casi accolti, cartelle cliniche 31.12.2018</p>
<p>25. 3.5.4 salute mentale linee di gestione e PAL 2018 Implementazione e definizione dei percorsi di salute mentale adolescenti/giovani: miglioramento dei percorsi di continuità assistenziale e presa in carico con coinvolgimento di PLS/MMG/specialisti e famiglie(<i>Obiettivo pluriennale</i>);</p>	<p>1. Migliorare la presa in carico e la continuità di cura nelle situazioni critiche e di ritiro sociale per il target di soggetti &gt; a 12 anni attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- attività di consulenza ospedaliera nel caso di soggetti ricoverati, interventi domiciliari e nei contesti di vita</li> <li>- coinvolgimento delle famiglie nella coprogettazione dei percorsi</li> </ul>	<p>1,2. Dr.ssa Maria Antonietta Rausa Dr.ssa Genoveffa Corvino Dr.ssa Maria Antonella Celea Dr.ssa Barbara Fazi Inf. Elena Carbonelli Inf. Giuseppe Liberale Inf. Federica Sardiello Inf. Martina Samsa</p>	<p>1.1. Attuazione di interventi domiciliari, nei contesti di vita e consulenze ospedaliere in caso di ricovero, nelle situazioni critiche e di ritiro sociale – identificate secondo i criteri definiti nel 2017 – in almeno il 90% delle situazioni in cui è presente consenso</p> <p>1.2. Coinvolgimento di tutte le famiglie</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>avvio delle attività presso la nuova sede del “centro diurno” anche in integrazione con le risorse della comunità.</p>	<p>terapeutico riabilitativi - coinvolgimento di PLS/MMG/specialisti nei percorsi di cura</p> <p>2. Avvio delle attività del Centro diurno per adolescenti e giovani presso il PAD G</p> <p>3. Definizione di un percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la fase di transizione delle cure dai servizi per l’età evolutiva ai servizi per l’età adulta con attualizzazione del protocollo DSM - DdD - Distretti sull’esordio psicotico, ampliato alle condizioni che richiedano continuità di presa in carico ed alla fase di transizione dai servizi per l’età evolutiva ai servizi per l’età adulta.</p>	<p>2. TEAM DEDICATO Inf. Elena Carbonelli Inf. Giuseppe Liberale Inf. Federica Sardiello Inf. Martina Samsa Coordinatrice Eliana Chisari Dr.ssa Maria Antonietta Rausa Dr.ssa Genoveffa Corvino Dr.ssa Maria Antonella Celea Dr.ssa Barbara Fazi Dr.ssa Daniela Vidoni</p> <p>3. Dr.ssa Daniela Vidoni</p>	<p>consenzienti nella coprogettazione del percorso terapeutico/riabilitativo</p> <p>1.3. Coinvolgimento di PLS/MMG/ specialisti nella presa in carico di tutte le situazioni critiche identificate in carico e consenzienti (contatti reciproci e/o visite congiunte e/o consulenze in caso di ricovero). Fonte dati: report con raccolta dati, cartelle cliniche</p> <p>2. Evidenza avvio attività Fonte dati: report con dettaglio attività avviate</p> <p>3. Presenza Protocollo tra NPIA, DD, DSM, PLS e MMG per la fase di transizione delle cure</p>
<p>26. Pal 2018, linea 3.5.3 Proseguimento delle attività sociosanitarie integrate in tema di minori e di contrasto alla istituzionalizzazione dei minori (tavolo PDZ 5.1, 5.2 e 4 Procedure Comuni)</p>	<p>1. Formazione congiunta (ASUITS e UTI) sui percorsi di presa in carico integrata dei minori e i nuovi strumenti di lavoro (Procedure comuni).</p> <p>2. Audit interno alla SCBADOF sull’utilizzo degli strumenti integrati di lavoro – scheda di pre-assessment e scheda di progetto personalizzato - e loro sperimentazione su casi in carico del 2018</p> <p>3.</p>	<p>1.1. SCBADOF tutto il personale</p> <p>1.2 Dr.ssa Daniela Vidoni</p> <p>2,3. SCBADOF tutto il personale</p>	<p>1.1 Corso di formazione congiunta effettuato.</p> <p>1.2 Almeno 5 operatori della SC vi hanno partecipato Fonte dati: attestati partecipazione</p> <p>2. Scheda di preassessment e scheda progetto personalizzato sperimentata in almeno 5 casi Fonte dati: Presenza di schede e progetti in cartella clinica</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Mantenimento della registrazione dell'attività integrata ASUITS- UTI giuliana relativo al 2018		3. Registro casi integrati aggiornato 31/12/2018
27. Rispetto della correttezza degli atti clinici	Garantire che la documentazione clinica sia firmata digitalmente	Direttore	Presenza della firma digitale in almeno il 90% dei referti specialistici
28. Migliorare lo stato di salute della popolazione attraverso il controllo dell'aderenza terapeutica	Predisporre un progetto di comunità attivando le risorse disponibili per migliorare l'aderenza terapeutica delle persone fragili in particolare sui farmaci per la BPCO e le statine	SSD servizio infermieristico Referente microarea	1. Presenza progetto al 31.07.2018 2. valutazione analitica attività al 31.12.2018
29. Gestione delle RSA	Analisi delle durate delle degenze nelle 4 RSA, tenendo conto anche dell'età, patologie, situazione sociale	Direttore di Distretto Obiettivo in comune con direttore DAT e Distretti	Report analitico per singola RSA. Eventuali proposte di lavoro per contrarre i tempi di degenza



\*

## Sintesi dati ed indicatori di funzionalità Distretto 2 - Att e ris comuni (CdC)

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

### DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

#### Attività ambulatoriale (fonte CUP)

Numero di prestazioni per esterni	55.553	42.753	-12.800	-23,0
di cui visite per esterni	7.058	6.029	-1.029	-14,6
di cui controlli per esterni	1.851	1.407	-444	-24,0
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	79,2	81,1	1,9	
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	0,7	0,7	0,0	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	===	0,9	===	
<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	2,5	3,6	1,1	

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017 e sarà integrata la scheda con ulteriori attività erogate



**Budget 2018 - Risorse correnti  
DISTRETTO 2**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	1.210.685,45
Farmaci senza AIC	7.557,15
Dispositivi medici	662.730,95
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	104.215,24
Prodotti dietetici	76.195,12
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	920,00
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	10.833,52
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>2.073.137,43</b>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. Analisi delle voci di costo e individuazione del piano dei conti della S.O. Distretto 2. Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto di eventuali azioni correttive.	Direttore di Distretto Tutti dirigenti di SS, SSD, SC	1. Individuazione del piano di costi distrettuale; 2. Evidenza dei monitoraggi costanti della spesa e della messa in atto di eventuali azioni correttive.
2. Azioni di programmazione territorio/ospedale/territorio nell'ottica della costruzione di un sistema di salute	1. Prosecuzione dei 4 tavoli di lavoro 2017: i. Polifarmacoterapia j. Nutrizione artificiale k. BPCO insufficienza respiratoria l. Gestione della persona fragile 2. Attivazione formale di almeno 3 ulteriori tavoli di lavoro con sottoscrizione dei relativi percorsi di lavoro condivisi tra i quali: a. la salute degli ultra75enni b. l'assistenza sanitaria nella residenzialità territoriale c. rete cure palliative 3. Formalizzazione tavolo di lavoro di monitoraggio e verifica dei percorsi e di programmazione attività sinergiche (segreteria a cura del Coordinamento Distretti)	Responsabile di Distretto Responsabile SC Tutela Salute Anziani Dirigenti SC Tutela Salute Anziani SSD Servizio Infermieristico distrettuale Personale della riabilitazione  Dirigenti Infermieristici di Distretto Dirigenti e Coordinatore di SC Medicina Interna, Geriatria, Pronto Soccorso, Centro Cardiovascolare RID Dirigente e Coordinatore SC Pneumologia (puncoc.)	1. Evidenza di indicatori di miglioramento nei 4 campi di lavoro e individuazione dei risultati attesi  2. Attivazione formale di almeno 3 tavoli di lavoro, presenza di documento condiviso da tutte le strutture coinvolte ed evidenza delle prime azioni sinergiche messe in atto. 3. Verbali riunioni almeno bimensili del tavolo di lavoro con evidenza dello stato dell'arte di applicazione dei percorsi e delle eventuali nuove proposte

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>3. Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale</p>	<p>1. Ridurre il tasso grezzo di ricoveri per gli indicatori LEA-PAL AHRQ (PQI 1, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16,) 2. Ridurre i ricoveri per BPCO, Disidratazione, Diabete. 3. ridurre i ricoveri ripetuti per lo stesso MDC (periodo tra 30 gg e 6 mesi dal primo ricovero) (indicatori Sant'Anna) 4. Ridurre i ricoveri potenzialmente inappropriati (ricoveri medici LEA Patto salute) 5. Ridurre gli accessi in PS degli ultra75enni con codice bianco e verde da RSA e Strutture Protette 6. Ridurre i ricoveri medici dei residenti ultra75enni</p>	<p>Responsabili di Distretto SC Tutela Salute Anziani</p>	<p>1. Performance migliore rispetto al 2017 2. Performance migliore del 10% rispetto al 2017 (somma delle patologie, dato aziendale) 3. Performance migliore rispetto al 2017 4. Performance migliore rispetto al 2017 5. Riduzione almeno del 10% rispetto al 2017 6. Riduzione rispetto al 2017</p>
<p>4. Miglioramento assistenza ospiti strutture protette. Riduzione accessi al PS persone &gt; 75 anni con codice bianco e verde</p>	<p>1. Avviare protocolli di integrazione e condivisione tra il Pronto Soccorso e i Servizi Territoriali in particolare RSA e Strutture Residenziali Protette al fine di favorire il confronto clinico e di sperimentare strategie che offrano soluzioni alternative all'ospedalizzazione e rimuovano i bisogni assistenziali che hanno determinato la situazione di criticità.</p>	<p>1. SC Adulti Anziani Direttore di Distretto Dr.ssa Ofelia Altomare Dr.ssa Elisabetta Umek 2.</p>	<p>1. 5 Incontri tra il Distretto, personale sanitario delle RSA, Strutture Protette, Residenze Polifunzionali afferenti al Distretto con il Responsabile di SC e il Coordinatore Infermieristico del Pronto Soccorso. Stesura di un protocollo operativo entro 30/9/2018.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>2. Diffusione di strumenti all'interno delle RSA e Strutture protette al fine di migliorare il controllo delle infezioni e dell'appropriatezza dell'uso degli antibiotici. Individuare elementi di criticità nei setting di cura all'interno delle strutture e loro miglioramento.</p> <p>3. Analisi, con cadenza bimensile, con il personale che opera nelle strutture protette afferenti al Distretto degli invii in Pronto Soccorso delle persone ultra 75enni, al fine di verificare la corretta applicazione dei percorsi in essere con il PS e individuando eventuali criticità al fine di promuovere azioni di miglioramento all'assistenza agli ospiti nella struttura.</p>	<p>Resp. ff SC Adulti Anziani Dr.ssa Cristina Montesì Dr.ssa Jessica Ticali</p> <p>3. Coordinatori infermieristici SC Adulti Anziani</p>	<p>2. Diffusione all' interno delle RSA e Strutture protette di report sulle antibiotico resistenze e Linee Guida Regionali per la Gestione delle Polmoniti Batteriche e Infezioni Vie Urinarie. Avviare percorsi di facilitazione per garantire maggiore disponibilità e rapidità nella somministrazione di terapie {trattamento del dolore/antibiotici}. Entro il 31/12/2018.</p> <p>3. Incontri bimensile di analisi degli invii in PS a partire da maggio 2018 (almeno 4 incontri). Documento finale di analisi dei percorsi con evidenza delle criticità e delle azioni di miglioramneto. Entro il 31/12/18.</p>
<p>5. Riduzione dei ricoveri per Scopenso Cardiaco, BPCO, Diabete, Polmonite e infezioni del tratto urinario attraverso lo sviluppo di modelli proattivi per la prevenzione delle riacutizzazioni nelle persone con diagnosi di: - scompenso cardiaco (cod G29), - BPCO (G15) - Diabete (DB01), - polmoniti e Infezioni delle vie urinarie (da scheda di continuità assistenziale e</p>	<p>1. Formazione congiunta con il CCV per uniformare la tipologia di intervento infermieristico a livello ambulatoriale e domiciliare rivolta agli assistiti con scompenso cardiaco in base alle indicazioni inserite nell'aggiornamento del PDTA (target G29). Acquisizione di competenze specifiche sull'utilizzo di strumenti di valutazione e segnalazione.</p> <p>2.</p>	<p>SC Adulti e Anziani SSD Servizio Infermieristico</p>	<p>1. Almeno 10 infermieri sono formati e adottano le schede individuate. entro 30/6</p> <p>2. Almeno Il 90% delle persone ha un percorso personalizzato ( o presa in carico distrettuale o monitoraggio/follow up con soggetti esterni in base ad accordi contrattuali con ASUITS, o solo con MMG)</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
affidati al follow up del mmg)	Definizione del percorso personalizzato alle persone con diagnosi di scompenso cardiaco (G29) in continuità con il CCV secondo le modalità dello specifico PDTA 3. Costruzione di un percorso formativo e creazione di schede di segnalazione/valutazione come da PDTA (G15, DB01, polmoniti e inf. urinarie)		entro 31/12 3. Almeno 10 infermieri sono formati e adottano gli strumenti di valutazione/segnalazione per tutti i target individuati entro 30/12 Report conclusivo entro 31/12
6. 3.5.6 Cure palliative e terapia del dolore	1. Garantire la presa in carico di tutte le persone con malattia oncologica o altre situazioni di terminalità segnalate (Ospedale, CSO, Hospice, 118, RSA o altre fonti provinciali ed extra provinciali) entro le 24 h 2. Segnalazione di tutte le persone in carico al SID alla rete delle cure palliative 3. Presenza di Piano Assistenziale Personalizzato e dell'intensità degli interventi 4. Numero di malati deceduti a domicilio e in altra sede territoriale non ospedaliera 5. numero di ricoveri e delle giornate di ricovero durante la presa in carico	SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari SSD Servizio Infermieristico Responsabile Infermieristica Vanessa Stemberger	1. 100% dei segnalati 2. 100% delle persone vengono segnalate al riferimento aziendale per le Cure Palliative. 3. presente nel 100% dei casi 4. Almeno 75 %  Report

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	domiciliare e registrazione dell'esito dopo il ricovero (domicilio, Hospice, deceduto, ecc)		
7. Sperimentare una nuova tipologia di offerta di continuità assistenziale in collaborazione con Televita spa	Definire il progetto di continuità, da realizzare attraverso Follow Up (FU) telefonico, per le persone dimesse dall'ospedale, da una Residenza sanitaria assistenziale (RSA) o dal Pronto intervento domiciliare (PID) non prese in carico dai servizi distrettuali	SSD Servizi infermieristici ed ostetrici distrettuale  In collaborazione Direzione dei Servizi sociosanitari Direzione infermieristica aziendale	Il progetto viene definito entro il 30.04.2018
8. Revisione di procedure e percorsi in relazione a: 1)patologie croniche 2) residenze assistenziali 3) ostetricia 4) disabilità 5) servizi domiciliari 6) servizi ambulatoriali 7) riabilitazione 8) assistenza primaria	1. Partecipazione agli audit e alle riunioni operative interne. Organizzazione del piano di revisione dei percorsi 2. Recepimento indicazioni dagli audit Verifica delle procedure e percorsi con attenzione a standard validati 3. Rilevazione delle difformità procedurali e correzione delle stesse rispetto agli standard validati 4. Stesura procedure in linea con standard	Tutto il personale sanitario e tecnico del distretto	1. Previsti ed effettuati almeno 3 incontri/audit interni entro 30/6/2018 (Almeno 1 incontro informativo in plenaria all'interno della S.O. Distretto finalizzato alla conoscenza dei percorsi e procedure individuati per ogni area) Tutti i percorsi e le procedure relativi alle 8 aree sono rivisti ed aggiornati al 31/10/2018 2-4. Procedure e percorsi aggiornati sono attivati all'interno delle strutture in linea con gli standard previsti entro il 31/12/18
9. PAL 2018 Promozione dell'attività fisica raccordo OBТ DIREZIONALE n.2	Implementazione dei gruppi di cammino rivolti alla popolazione adulta e anziana del distretto (target patologie <i>long term</i> : prevenzione, gestione) in collaborazione con le associazioni di volontariato presenti sul territorio.	SSD Servizio Infermieristico Distrettuale Dirigente Infermieristica Referenti e operatori delle Microaree (in collaborazione con la SSD Riabilitazione)	Prosecuzione di almeno un gruppo cammino già avviato nel 2017 (entro 31/5/2017)  Avvio di almeno un nuovo gruppo di cammino entro il 31/12/2018.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Valutazione delle persone consenzienti con patologie long term (BPCO, diabete, scompenso cardiaco) residenti in microarea in raccordo con il MMG; Programmazione (4 camminate con educazione sanitaria) Avvio primo incontro congiuntamente referente microarea e fisioterapista		Report dell'attività svolta al 31/12 con evidenza di n° uscite, destinazione e persone partecipanti. Entro il 15/01/19
10. Censimento, analisi e programmazione delle attività realizzate in ciascuna microarea per area tematica di intervento, anche al fine di individuare il nucleo minimo di azioni a carattere sanitario e socio-sanitario da implementare in tutte le MA (linee di indirizzo operativo)	1. Rilevazione/censimento delle attività 2. Elaborazione, analisi e restituzione del documento di sintesi del censimento delle attività 3. Revisione/integrazione del documento di sintesi del censimento delle attività	DIRSS SSD Servizio Infermieristico Distrettuale Referenti e operatori delle Microaree	1,2. Rilevazione per area tematica (anziani-minori-disabili-adulti) insieme agli enti partner HMA entro il 31/03 e revisione/integrazione entro il 31/07 3. Programma avviato nel quarto trimestre 2018 <i>fonte: database Microarea</i>
11. Attuazione accordo per la Medicina Generale. Attivazione di programmi di medicina di iniziativa nell'ambito delle patologie croniche.	Presenza in carico secondo il PDTA Demenze/Deterioramento cognitivo già in uso (vedi prot. N. 54697/GEN. I. 1 A del 18/11/2013) dei casi segnalati dal MMG	S.S. Anziani e Residenze  Dott.ssa Daria Gheretti F.F. Responsabile	100% di gestione dei nuovi casi trattati secondo PDTA Demenze/Deterioramento cognitivo già in uso (vedi prot. N. 54697/GEN. I. 1 A del 18/11/2013) segnalati al CDDC dal MMG
12. Azioni di programmazione territorio/ospedale/territorio nell'ottica della costruzione di un sistema di salute PAL 3.3.4 Riabilitazione Evitare sovrapposizioni di interventi o drop out in pazienti con Sclerosi Multipla	Revisionare ed uniformare l'elenco territoriale ed ospedaliero Sclerosi Multipla	Dirigenza SSD Riabilitazione  Obiettivo in comune con SC di Riabilitazione	Elenco uniformato entro 31.12.18
13.	1.a	Personale di Area Riabilitativa Adulti	

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale</p> <p>Raccordo Obiettivo direzionale 2.2</p>	<p>Raccordo con il personale del CCV per uniformare la valutazione riabilitativa a livello ambulatoriale e domiciliare; verifica e recepimento delle schede di valutazione da applicare</p> <p>1.b Raccordo con la continuità assistenziale infermieristica per la definizione dei criteri di segnalazione degli utenti con BPCO e diabete; predisposizione delle schede.</p> <p>2. Formazione del personale della Struttura rispetto al modello di presa in carico</p> <p>3. Valutazione e/o presa in carico dei casi segnalati, come da criteri definiti, da protocollo di continuità assistenziale e/o dimessi da RSA, con accesso domiciliare e/o ambulatoriale entro 15 giorni dalla dimissione in base a scheda definita e coinvolgimento MMg</p> <p>4. Successivi follow up conseguenti alla prima valutazione (accessi diretti o telefonici) fino a sei mesi dalla dimissione.</p>	<p>assegnato alle strutture distrettuali</p>	<p>1.a Incontro con CCV per condivisione schede e strumenti di valutazione entro 31/05/2018</p> <p>1.b Predisposizione delle schede di segnalazione entro il 31/05/2018</p> <p>2. Formazione del personale afferente alla struttura entro 30/06/2018</p> <p>3. Valutazione e/o presa in carico entro 15 gg del 80% delle persone segnalate dal 01/07/2018</p> <p>4 Report dell'attività al 31/12/2018</p>
<p>14. PAL 2018 Promozione dell'attività fisica</p>	<p>1. Valutazione delle persone segnalate da mmg, strutture distrettuali, continuità assistenziale</p>	<p>Personale di Area Riabilitativa Adulti in collaborazione con il SSD infermieristico distrettuale microaree</p>	<p>1. Valutazione del 100% delle persone segnalate</p> <p>2.</p>



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	2. Inserimento in un gruppo di cammino condotto dai fisioterapisti del distretto (al primo incontro sarà presente anche il referente di microarea) con successivo inserimento nei gruppi di cammino già esistenti 3. Formazione dei volontari 4. Monitoraggio dei gruppi		Attivazione di almeno un gruppo di cammino condotto dal fisioterapista (previste 4 uscite con educazione sanitaria) con successiva proposta ai partecipanti di inserimento nei gruppi di cammino già esistenti 3. Almeno un corso di formazione di Walking leader rivolto ai volontari 4. Report dell'attività svolta al 31/12/2018
15. PAL 3.2.1. Tutela della salute della donna  Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio	Offerta attiva in Accoglienza Mamma-bambino della visita domiciliare ostetrica in puerperio a donne consenzienti: <ul style="list-style-type: none"> <li>- in dimissione protetta dall'Ospedale</li> <li>- in situazione di rischio psicosociale</li> <li>- con problematiche legate all'allattamento</li> <li>- con altre problematiche di salute</li> </ul>	SC BADOF tutto gli operatori Coordinatrice dott.ssa Bruna Zanetti	Le donne individuate riferite alle caratteristiche descritte in azione e consenzienti hanno avuto la visita domiciliare in puerperio  Report finale 31.12.2018
16. PAL 2018 linea 3.2.17- Alimentazione e salute. Promozione dell'allattamento - allineamento agli standard UNICEF BFCI- Comunità Amica dei Bambini	1. Passo 1- revisione del Manuale degli operatori contenente procedure e buone pratiche 2. Passo 2- formazione degli operatori a seconda delle responsabilità e aggiornamento del registro generale della formazione 3. Passo 7: formazione gruppi di sostegno	SCBADOF tutti gli operatori Dott.ssa Simonetta Olivo per Azione 3	1. Manuale revisionato 2. Formazione secondo standard completata e registro aggiornato (dedicati 80%; coinvolti 80% e informati 100%); 3. 1 corso di formazione per Mamme alla Pari

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	all'allattamento Peer Counsellor)		
17. Pal 2018, linea 3.5.3 Proseguimento delle attività sociosanitarie integrate in tema di minori e di contrasto alla istituzionalizzazione dei minori (tavolo PDZ 5.1, 5.2 e 4 Procedure Comuni)	1. Formazione congiunta (ASUITS e UTI) sui percorsi di presa in carico integrata dei minori e relativi strumenti di lavoro. 2. Percorso formativo (FSC) interno alla SCBADOF3 sull'utilizzo degli strumenti di lavoro (scheda di pre-assessment e scheda di progetto condivisa) e loro sperimentazione sulle nuove segnalazioni 2018 3. Monitoraggio dell'attività integrata ASUITS- UTI giuliana relativo al 2018	SCBADOF tutto il personale Dott.ssa Sola dott.ssa Ravelli  Dott.ssa Milos e dott. Bruni per azione 2	1. Corso di formazione congiunta effettuato Almeno 5 operatori della SC hanno partecipato al percorso formativo 2. Progettazione e realizzazione della FSC con audit sull'applicazione degli strumenti di almeno 10 casi 3. registro casi integrati aggiornato Report al 31/12/2018
18. Miglioramento dei percorsi di continuità assistenziale ASUITS- IRCCS relativo ai minori di età.  <i>Applicazione del "Protocollo per la presa in carico integrata di ragazzi con età 12- 17 anni con problematiche socio sanitarie complesse"</i> <u>Applicazione del protocollo "Procedura interaziendale per la continuità delle cure per bambini/e e adolescenti con bisogni complessi"</u>	1.Assicurare percorsi di continuità per il gruppo target in applicazione del "Protocollo per la presa in carico integrata di ragazzi con età 12- 17 anni con problematiche socio sanitarie complesse" 2. Assicurare percorsi di continuità per il gruppo target in applicazione del protocollo "Procedura interaziendale per la continuità delle cure per bambini/e e adolescenti con bisogni complessi"	SCBADOF tutto il personale Dott.ssa M. Stocchi Dott.ssa P.Abad Coordinatrice dott.ssa I. Karavalaki	1. Tutti i casi segnalati secondo protocollo vengono valutati 2. Tutti i casi segnalati secondo protocollo vengono valutati dal 1/7/2018  Report al 31/12/2018
19. Contestare correttamente l'eventuale inadempienza vaccinale ai sensi dell'art. 1, c. 4 del decreto-legge 7	1. Predisposizione della procedura, in collaborazione con la DAT. 2.	Direttore della S.O. Dipartimento di Prevenzione Dott.ssa M. Vittoria Sola- SCBADOF 3 Dott.ssa C. Ceschia SCBADOF 4	Procedura predisposta e adottata, fatte salve eventuali successive diverse indicazioni normative/regolamentari

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
giugno 2017, n. 73, convertito in legge con la L. 31 luglio 2017, n. 119	<p>Informazione nei confronti dei medici e del personale addetto alle vaccinazioni al fine dell'adozione della stessa.</p> <p>3. Pubblicazione della procedura sul sito WEB aziendale.</p>		31/12/2018
20. Uniformare, ottimizzare e semplificare i percorsi per l'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale di studenti e ricercatori provenienti dagli Stati membri dell'Unione Europea e dai Paesi Terzi, anche nell'ambito dei servizi integrati resi dal Welcome Office FVG	<p>1. Predisposizione di un vademecum, da distribuire agli operatori amministrativi del distretto e da inviare al Welcome Office FVG per la diffusione agli studenti e ricercatori, entro il 30.06.18</p> <p>2. Dal 01.07.2018, monitoraggio e verifica di almeno l'80% delle iscrizioni al SSR degli studenti e ricercatori provenienti dagli Stati membri dell'Unione Europea e dai Paesi Terzi.</p>	<p>Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 3</p> <p>In condivisione con D1, D2 e D4</p>	<p>1. Vademecum presente e diffuso entro il 30.06.18</p> <p>2. Dal 01.07.2018, il 100% delle iscrizioni monitorate sono effettuate sulla base del vademecum univoco, anche mediante l'applicazione di successivi correttivi</p> <p>31.12.2018</p> <p>Fonte: report riepilogativo</p>
21. Recupero costi per prestazioni domiciliari e non in favore di utenti residenti in ambiti territoriali diversi da ASUITS, nell'ambito del territorio italiano	<p>1. Analisi della normativa vigente in materia per la definizione di una relativa procedura</p> <p>2. Predisposizione dell'istruttoria al fine di definire tutte le prestazioni che non rientrano nei flussi della compensazione infra e inter regionale.</p> <p>3. Analisi dei relativi costi aziendali per addivenire alla successiva tariffazione alle aziende di residenza.</p> <p>4. Definizione e stesura della procedura e</p>	<p>Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 3</p> <p>In condivisione con D1, D2 e D4</p>	Procedura e proposta di decreto presentata al DAT entro il 30.11.2018

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	proposizione per l'approvazione, tramite decreto entro il 30.11.2018		
22. Migliorare l'attività di Controllo di Gestione delle attività amministrative di competenza distrettuale. Ottimizzazione e razionalizzazione dei percorsi riguardanti il monitoraggio delle procedure di liquidazione delle fatture di competenza del Distretto n. 3	1. Nomina dei referenti e loro sostituti individuati dai responsabili dei servizi distrettuali 2. Predisposizione di un vademecum dettagliato contenente tutte le tipologie di pagamento/liquidazione 3. Ottimizzare il rapporto tra costi e risultati attraverso l'analisi delle risorse acquisite e della comparazione tra i costi e la quantità e qualità dei servizi offerti, verificando anche la funzionalità dell'organizzazione, l'efficacia, l'efficienza ed il livello di economicità dell'attività di realizzazione degli obiettivi fissati	Attività amministrative distrettuali Vigini Lorian Biasutti Annamaria Visentin Laura	1. Predisposizione di un elenco dei referenti incaricati entro il 31/5/2018. Stesura bozza vademecum da sottoporre all'attenzione dei responsabili dei servizi del Distretto 3 per approvazione e/o eventuali modifiche e/o integrazioni entro il 30/6/2018. Fase sperimentale di applicazione del vademecum fino al 30/11/2018 2. Vademecum definitivo da inviare ai Responsabili dei servizi Distrettuali entro il 31/12/2018 (fatta salva l'approvazione di nuovi regolamenti aziendali)
23. Rispetto della correttezza degli atti clinici	Garantire che la documentazione clinica sia firmata digitalmente	Direttore	Presenza della firma digitale in almeno il 90% dei referti specialistici
24. Migliorare lo stato di salute della popolazione attraverso il controllo dell'aderenza terapeutica	Predisporre un progetto di comunità attivando le risorse disponibili per migliorare l'aderenza terapeutica delle persone fragili in particolare sui farmaci per la BPCO e le statine	SSD servizio infermieristico Referente microarea	1. Presenza progetto al 31.07.2018 2. valutazione analitica attività al 31.12.2018
25. Gestione delle RSA	Analisi delle durate delle degenze nelle 4 RSA, tenendo conto anche dell'età, patologie, situazione sociale	Direttore di Distretto Obiettivo in comune con direttore DAT e Distretti	Report analitico per singola RSA. Eventuali proposte di lavoro per contrarre i tempi di degenza



\*

**Sintesi dati ed indicatori di funzionalità  
Distretto 3 - Att e ris comuni (CdC)**

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Attività ambulatoriale (fonte CUP)**

Numero di prestazioni per esterni	77.510	59.123	-18.387	-23,7
di cui visite per esterni	868	909	41	4,7
di cui controlli per esterni	110	100	-10	-9,1
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	88,8	90,1	1,3	
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	0,4	0,3	-0,1	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	===	0,5	===	
<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	0,8	0,7	-0,1	

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017 e sarà integrata la scheda con ulteriori attività erogate.

**Budget 2018 - Risorse correnti  
DISTRETTO 3**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	1.687.924,89
Farmaci senza AIC	9.821,68
Dispositivi medici	458.588,24
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	152.604,19
Prodotti dietetici	98.328,35
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	1.451,96
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	8.050,68
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>2.416.769,99</b>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. Analisi delle voci di costo e individuazione del piano dei conti della S.O. Distretto 2. Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto di eventuali azioni correttive.	Direttore di Distretto	1. Individuazione del piano di costi distrettuale; 2. Evidenza dei monitoraggi costanti della spesa e della messa in atto di eventuali azioni correttive.
2. Azioni di programmazione territorio/ospedale/territorio nell'ottica della costruzione di un sistema di salute	1. Prosecuzione dei 4 tavoli di lavoro 2017: m. Polifarmacoterapia n. Nutrizione artificiale o. BPCO insufficienza respiratoria p. Gestione della persona fragile 2. Attivazione formale di almeno 3 ulteriori tavoli di lavoro con sottoscrizione dei relativi percorsi di lavoro condivisi tra i quali: a. la salute degli ultra75enni b. l'assistenza sanitaria nella residenzialità territoriale c. rete cure palliative 3. Formalizzazione tavolo di lavoro di monitoraggio e verifica dei percorsi e di programmazione attività sinergiche (segreteria a cura del Coordinamento Distretti)	Responsabili di Distretto Responsabile SS Cure Amb e dom PO Inf dist 4 Dirigenti Infermieristici di Distretto Dirigenti e Coordinatore di SC Medicina Interna, Geriatria, Pronto Soccorso, Cent Cardiovascolare RID Dirigente e Coordinatore SC Pneumologia (puncoc.)	1. Evidenza di indicatori di miglioramento nei 4 campi di lavoro e individuazione dei risultati attesi 2. Attivazione formale di almeno 3 tavoli di lavoro, presenza di documento condiviso da tutte le strutture coinvolte ed evidenza delle prime azioni sinergiche messe in atto. Collaborazione all'attivazione rete cure palliative 3. Verbali riunioni almeno bimensili del tavolo di lavoro con evidenza dello stato dell'arte di applicazione dei percorsi e delle eventuali nuove proposte

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>3. Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale</p>	<p>1. Ridurre il tasso grezzo di ricoveri per gli indicatori LEA-PAL AHRQ (PQI 1, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16,) 2. Ridurre i ricoveri per BPCO, Disidratazione, Diabete. 3. ridurre i ricoveri ripetuti per lo stesso MDC (periodo tra 30 gg e 6 mesi dal primo ricovero) (indicatori Sant'Anna) 4. Ridurre i ricoveri potenzialmente inappropriati (ricoveri medici LEA Patto salute) 5. Ridurre gli accessi in PS degli ultra75enni con codice bianco e verde da RSA e Strutture Protette 6. Ridurre i ricoveri medici dei residenti ultra75enni</p>	<p>Responsabili di Distretto Dirigente Infermieristico</p>	<p>1. Performance migliore rispetto al 2017 2. Performance migliore del 10% rispetto al 2017 (somma delle patologie, dato aziendale) 3. Performance migliore rispetto al 2017 4. Performance migliore rispetto al 2017 5. Riduzione almeno del 10% rispetto al 2017 6. Riduzione rispetto al 2017</p>
Direzione - Servizi Amministrativi			
<p>4. Uniformare, ottimizzare e semplificare i percorsi per l'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale di studenti e ricercatori provenienti dagli Stati membri dell'Unione Europea e dai Paesi Terzi, anche nell'ambito dei servizi integrati resi dal Welcome Office FVG</p>	<p>1. Predisposizione di un vademecum, da distribuire agli operatori amministrativi del distretto e da inviare al Welcome Office FVG per la diffusione agli studenti e ricercatori, entro il 30.06.18 2. Dal 01.07.2018, monitoraggio e verifica di almeno l'80% delle iscrizioni al SSR degli studenti e ricercatori provenienti</p>	<p>Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 4  In condivisione con D1, D2 e D3</p>	<p>1. Vademecum presente e diffuso entro il 30.06.18 2. Dal 01.07.2018, il 100% delle iscrizioni monitorate sono effettuate sulla base del vademecum univoco, anche mediante l'applicazione di successivi correttivi 31.12.2018</p>



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	dagli Sati membri dell'Unione Europea e dai Paesi Terzi.		Fonte: report riepilogativo
5. Recupero costi per prestazioni non in compensazione intra/extra regionale in favore di utenti residenti in ambiti territoriali diversi da ASUITS, nell'ambito del territorio italiano	1. Analisi della normativa vigente in materia per la definizione di una relativa procedura 2. Predisposizione dell'istruttoria al fine di definire tutte le prestazioni che non rientrano nei flussi della compensazione intra/extra regionale. 3. Analisi dei relativi costi aziendali per addivenire alla successiva tariffazione alle aziende di residenza. 4. Definizione e stesura della procedura e relativa proposta di decreto da presentare al DAT entro il 30.11.2018	Tutto il personale amministrativo operante presso il servizio amministrativo del Distretto 4  In condivisione con D1, D2 e D3	Procedura e proposta di decreto presentata al DAT entro il 30.11.2018
6. Facilitare il percorso di perfezionamento della residenza e dell'iscrizione al Servizio Sanitario nei paesi UE, SEE e Svizzera, degli assicurati nei suddetti paesi, garantendo la tempestiva applicazione dei Reg CE di assicurazione malattia/maternità mediante il rilascio, su apposita richiesta, dell'attestato di aggregazione dei periodi di assicurazione maturati nei Paesi Comunitari	1. Presenza in carico con registrazione delle richieste pervenute da parte degli assicurati e relativa istruttoria con verifica della posizione assicurativa; 2. Emissione dei modelli internazionali E104/SO41 attestanti i periodi di aggregazione; 3. Trasmissione dei modelli E104/SO41 ai richiedenti con contestuale registrazione.	Tutto il personale incardinato nell'Ufficio Convenzioni Internazionali	Presenza in carico di tutte le richieste pervenute e registrate dal 01/03/2018 al 30/11/2018 Conclusione con invio all'assicurato del modello internazionale entro 10 giorni dalla registrazione della richiesta su almeno il 90% dei casi registrati Fonte: report riepilogativo
7.	1.	Tutto il personale incardinato	Controllo di almeno l'80% delle

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Verifica della sussistenza del diritto assicurativo dei titolari di pensione italiana emigrati in Germania e Austria in carico all'ASUITs, al fine di non assumere costi impropri derivanti da prestazioni sanitarie</p>	<p>Sulla base dei dati in possesso dell'ufficio, creazione di un elenco nominativo da sottoporre a verifica. Controllo incrociato delle singole posizioni avvalendosi della collaborazione dei altri Enti (Comuni dell'UTI Giuliana, Consolati italiani di Austria e Germania , INPS), e dell'invio della richiesta di informazioni direttamente agli interessati;</p> <p>2. Controllo, in base alle informazioni ricevute, di almeno l'80% delle pratiche presenti;</p> <p>3. Aggiornamento dell'elenco sulla base dei dati raccolti con contestuale chiusura o rettifica delle eventuali posizioni irregolari.</p>	<p>nell'Ufficio Convenzioni Internazionali</p>	<p>pratiche in essere. Chiusura o rettifica del 100% delle posizioni irregolari.</p> <p>Fonte: report riepilogativo</p>
<p>8. Revisione di procedure e percorsi in relazione a:</p> <p>1)patologie croniche 2) residenze assistenziali 3) ostetricia 4) disabilità 5) servizi domiciliari 6) servizi ambulatoriali 7) riabilitazione 8) assistenza primaria</p>	<p>1. Partecipazione agli audit e alle riunioni operative interne Organizzazione del piano di revisione dei percorsi</p> <p>2. Recepimento indicazioni dagli audit Verifica delle procedure e percorsi con attenzione a standard validati</p> <p>3. Rilevazione delle difformità procedurali e correzione delle stesse rispetto agli standard validati</p> <p>4.</p>	<p>Tutto il personale sanitario e tecnico del distretto ad eccezione delle "convenzioni internazionali"</p>	<p>1. Previsti ed effettuati almeno 3 incontri/audit interni entro 30/6/2018 (Almeno 1 incontro informativo in plenaria all'interno della S.O. Distretto finalizzato alla conoscenza dei percorsi e procedure individuati per ogni area) Tutti i percorsi e le procedure relativi alle 8 aree sono rivisti ed aggiornati al 31/10/2018</p> <p>1-4. Procedure e percorsi aggiornati sono attivati all'interno delle strutture in linea con gli standard previsti entro il</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Stesura procedure in linea con standard		31/12/18
SSD Servizio Infermierist. Distrettuale			
9. PAL 2018 ASSISTENZA PRIMARIA raccordo OBТ DIREZIONALE n.2  Progetti attinenti le attività clinico assistenziali; riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale  Rafforzamento del raccordo tra ospedale e territorio	1. Progettazione e attuazione di un percorso formativo per la tenuta del percorso di continuità assistenziale h-t 2. analisi dei punti critici e programmazione delle azioni correttive 3. report conclusivo	Dirigente Infermieristico <i>in collaborazione con i dirigenti infermieristici dei Distretti 1,2 e 3 e la Direzione Infermieristica Aziendale</i>	1. Progetto formativo inviato per l'accREDITAMENTO 30/04/2018 E almeno 8 incontri/audit tra responsabili infermieristici h-t : piano di miglioramento delle criticità individuate e programmazione delle azioni correttive. 2. Analisi dei risultati delle azioni correttive e report conclusivo
10. PAL 2018  Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale  Promozione dell'attività fisica	Mantenimento dei gruppi di cammino rivolti alla popolazione adulta e anziana del distretto (target patologie <i>long term</i> : diabete, scompenso e BPCO, prevenzione, gestione)	SSD Servizio Infermieristico Distrettuale Microaree <i>(in collaborazione con la SSD Riabilitazione)</i>	Mantenimento dei gruppi di cammino già esistenti; Valutazione delle persone residenti in microarea con patologie long term (BPCO, diabete, scompenso cardiaco) ed eventuale inserimento nei gruppi cammino gestiti dai fisioterapisti; Avvio primo incontro congiuntamente referente microarea e fisioterapista (4 camminate con educazione sanitaria),  Inserimento nei gruppi di cammino già avviati;  Report dell'attività svolta al 31/12 con evidenza di n° uscite, destinazione e persone partecipanti
11. Censimento, analisi e programmazione	1. rilevazione/censimento delle attività	Dirigente infermieristico responsabile SSD, referenti e operatori delle	Programma avviato nel quarto trimestre 2018

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>delle attività realizzate in ciascuna microarea per area tematica di intervento, anche al fine di individuare il nucleo minimo di azioni a carattere sanitario e sociosanitario da implementare in tutte le Microaree (“linee di indirizzo operativo”)</p>	<p>partecipazione agli incontri di rilevazione per area tematica (anziani-minori-disabili-adulti) insieme agli enti partner HMA entro il 31/03</p> <p>2. revisione/integrazione del documento di sintesi del censimento delle attività entro il 31.07</p> <p>3. avvio del programma operativo delle azioni/attività previste dalle “linee di indirizzo”, al fine di testarne la fattibilità dal punto di vista organizzativo, nell’ottica di una messa a regime nel 2019</p>	<p>Microaree distrettuali <i>(in collaborazione con la Direzione Sociosanitaria)</i></p>	
SC Tutela Salute Adulti e Anziani			
SS Cure Ambulatoriali e Domiciliari			
<p>12. Applicazione di modalità proattive volte alla riduzione delle riacutizzazioni e dei ricoveri nelle persone con diagnosi di BPCO, diabete e disidratazione</p>	<p>Nell’ambito della medicina d’iniziativa rivolta a persone afferenti al D4, con ricoveri per BPCO, diabete e disidratazione</p> <p>1. Strutturazione di check list dedicata;</p> <p>2. Selezione di persone con ricoveri per BPCO, DM, disidratazione nel periodo 1.1.2017 – 31.12.2017</p> <p>3. Reclutamento di 90 persone, individuazione delle persone già note/prese in carico dai servizi distrettuali, analisi della documentazione sanitaria disponibile</p>	<p>S.S.C.A.D. Benazzi - Tulliani</p>	<p>90 persone reclutate e valutate come descritto entro il 31.12.2018</p> <p>Check list (come da azione) somministrata nel 100% dei valutati</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	ed eventuale raccordo e/o accesso congiunto con MMG per valutazione/modifica PAI o per presa in carico dai servizi distrettuali e/o aziendali 4. Somministrazione alla persona e/o caregiver di check list dedicata e successivo intervento di educazione sanitaria sulla patologia e sue complicanze		
Struttura Semplice Anziani e Residenze			
13. Miglioramento assistenza ospiti Strutture Protette. Riduzione accessi al PS persone > 75 anni con codice bianco e verde.	In collaborazione con il personale operante nelle Strutture Protette afferenti al Distretto: 1. Analisi bimensile degli invii in Pronto Soccorso (codice bianco o verde) delle persone ultra 75enni 2. Verifica della corretta applicazione dei percorsi in essere con il PS 3. Individuazione di eventuali criticità e promozione di azioni di miglioramento della qualità dell'assistenza.	Responsabile SS Anziani e Residenze Dott. Carlo De Vuono Coordinatore Strutture SS Anziani e Residenze, Monica Bello	Realizzazione di incontri bimensili di analisi degli invii in PS a partire da maggio 2018 (almeno 4 incontri). Individuazione di eventuali azioni di miglioramento o di proposte di soluzioni di criticità rilevate.  Al 31/12/18 presenza di verbale degli incontri effettuati e analisi dei risultati delle azioni correttive e report conclusivo
14. Sviluppo di modelli di presa in carico proattivi per la riduzione delle riacutizzazioni e dei ricoveri nelle persone con diagnosi di scompenso cardiaco, BPCO Diabete e disidratazione Raccordo obiettivo	1. Predisposizione degli strumenti e del percorso da attuare nel follow up, anche in collaborazione con CCV e riabilitazione. 2. Valutazione dei casi segnalati da	S.S. cure ambulatoriali e domiciliari S.S. anziani e residenze SSD Infermieristica Distrettuale PO D4	1. Presenza degli strumenti concordati con CCV e riabilitazione entro 30/5/2018; 2. Presa in carico persone segnalate: 100% dal 1/6/2018;

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>direzionale 2.2</p>	<p>protocollo della continuità assistenziale con invio esclusivo al MMG (tutte le strutture eccetto DAI medicina);</p> <p>3. Successivi follow up conseguenti alla prima valutazione (accessi diretti o telefonici): accesso entro 15 giorni dalla dimissione. Ulteriori 4 follow up in sei mesi con trasmissione di informazioni al MMG;</p> <p>4. Valutazione e selezione delle schede prisma7 (score: ≥3) inviate dal DAI MEDICINA, RSA o PID (attivazione sperimentale di un servizio di follow up post dimissione) Segnalazione a Televita spa le persone per le quali avviare il FU</p> <p>5. Valutare le informazioni raccolte attraverso il FU ed eventualmente contattare le persone assistite</p>		<p>3. Evidenza e registro dei follow up;</p> <p>4,5. Evidenza schede valutate e inviate a Televita</p> <p>Registro attività e report conclusivo entro 31/12</p>
SSD Riabilitazione			
<p>15. Azioni di programmazione territorio/ospedale/territorio nell'ottica della costruzione di un sistema di salute PAL 3.3.4 Riabilitazione</p> <p>Evitare sovrapposizioni di interventi o drop out in pazienti con Sclerosi Multipla</p>	<p>1. Revisionare ed uniformare l'elenco territoriale ed ospedaliero Sclerosi Multipla</p> <p>2. Implementazione dell'elenco con casi segnalati da S.C. Medicina Riabilitativa o MMG</p>	<p>1. Responsabile SSD Riabilitazione</p> <p>2. Dirigenza SSD Riabilitazione</p>	<p>1. Elenco uniformato entro 31.05.18</p> <p>2. Implementazione dell'elenco dal 01.06.2018 e presa in carico del 100% dei casi idonei segnalati da S.C. Medicina Riabilitativa o MMG</p> <p>Fonte: elenco pazienti interno S.S.D. Riabilitazione</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Obiettivo in comune con SC di Riabilitazione			
<p>16. Riduzione dei ricoveri per patologie croniche e continuità assistenziale</p> <p>Raccordo obiettivo 2.2</p>	<p>1.a Raccordo con il personale del CCV per uniformare la valutazione riabilitativa a livello ambulatoriale e domiciliare, verificare recepimento delle schede di valutazione da applicare.</p> <p>1.b Raccordo con al continuità assistenziale infermieristica per la definizione dei criteri di segnalazione degli utenti con BPCO e diabete; predisposizione delle schede</p> <p>1.c Formazione del personale di struttura rispetto al modello di presa in carico</p> <p>2. Presa in carico dei casi segnalati da protocollo della continuità assistenziale e/o dimessi da RSA con accesso domiciliare e/o ambulatoriale entro 15 giorni dalla dimissione in base a scheda definita e coinvolgimento MMG.</p> <p>3. Successivi follow up conseguenti alla prima valutazione (accessi diretti o telefonici) fino a sei mesi dalla dimissione</p>	<p>Personale di Area Riabilitativa assegnato alle strutture distrettuali</p>	<p>1 Condivisione con CCV di schede di segnalazione e strumenti di valutazione entro 31/5/2018 Formazione del personale afferente alla struttura entro 30/6/2018</p> <p>2,3. Valutazione e/o presa in carico entro 15 gg del 100% dei casi idonei. 01/07/2018</p> <p>Report dell'attività al 31/12/2018</p>
<p>17. Pal 2018 Promozione dell'attività fisica</p>	<p>1. Valutazione delle persone segnalate da MMG, strutture distrettuali, continuità</p>	<p>Personale di Area Riabilitativa assegnato alle strutture distrettuali</p>	<p>Valutazione del 100% delle persone segnalate Attivazione di almeno un gruppo di</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	assistenziali 2. Inserimento in un gruppo cammino condotto dai fisioterapisti del distretto (al primo incontro sarà presente anche il referente di microarea) 3. Inserimento successivo nei gruppi di cammino gestiti da volontari già esistenti nelle microaree 4. Formazione dei volontari 5. Monitoraggi dei gruppi		cammino condotto dal fisioterapista (previste 4 uscite con educazione sanitaria) con successiva proposta ai partecipanti di inserimento nei gruppi di cammino già esistenti nelle microaree Almeno un corso di formazione di Walking leader rivolto ai volontari Monitoraggio una volta al mese dei gruppi condotti dai volontari Report dell'attività fisica svolta al 2018
SC Bambini, Adolescenti, Donne e Fam.			
18. PAL 3.2.1. Tutela della salute della donna Implementazione dell'offerta della visita domiciliare ostetrica in puerperio in tutte le aziende	Offerta attiva in Accoglienza Mamma-bambino della visita domiciliare ostetrica in puerperio a donne consenzienti: - in dimissione protetta dall'Ospedale - in situazione di rischio psicosociale - con problematiche legate all'allattamento - con altre problematiche di salute	Tutto il personale della S.S. Consultorio Familiare	Le donne individuate riferite alle caratteristiche descritte in azione e consenzienti hanno avuto la visita domiciliare in puerperio  Fonte dati: registro Accoglienza Mamma-Bambino 31.12.2018
19. PAL 2018 3.5.3 Minori Contrasto all'istituzionalizzazione dei minori . Individuazione delle situazioni a rischio di istituzionalizzazione. Prevenzione della istituzionalizzazione. (target situazioni complesse).	1. Esame delle situazioni complesse (= quelle che si presentano attraverso nuovi decreti dell'Autorità Giudiziaria e/o nuove schede di segnalazione da e per il comune) dal 1/1/18 per individuare fra di esse quelle a rischio di allontanamento del minore dalla	Dott.ssa Cosetta Ceschia Dott.ssa Maria Alessandra Carraro	Tutte le situazioni complesse a rischio di istituzionalizzazione del minore individuate fra quelle che si presentano dal 1/1/2018 hanno un progetto personalizzato, un responsabile di progetto e vengono monitorate.



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>famiglia. (Strumenti : “Procedure Comuni per i rapporti tra i Servizi Sociali dei Comuni e le Strutture Complesse BADOF per l’attività socio sanitaria integrata per bambini/e e ragazzi/e”)</p> <p>2. Predisposizione di un progetto personalizzato e individuazione del responsabile del progetto per le situazioni a rischio di istituzionalizzazione</p> <p>3. Monitoraggio delle situazioni a rischio di istituzionalizzazione</p>		<p>Fonte Registro casi</p> <p>Fonte cartelle cliniche della struttura</p>
<p>20. PAL 2018 3.5.3 Minori Contrasto all’istituzionalizzazione dei minori . Individuazione delle situazioni a rischio di istituzionalizzazione. Prevenzione della istituzionalizzazione. <u>(target minori con Budget di Salute psicoeducativi in atto)</u></p>	<p>1. Esame dei Budget di Salute in atto con interventi psicoeducativi alla luce dei fattori di rischio e di protezione individuati nel Protocollo (“Procedure Comuni per i rapporti tra i Servizi Sociali dei Comuni e le Strutture Complesse BADOF per l’attività socio sanitaria integrata per bambini/e e ragazzi/e”).</p> <p>2. Individuazione delle situazioni a rischio di istituzionalizzazione.</p> <p>3. Esame dei bisogni , delle risorse attivate, degli obiettivi e verifica della loro congruità ai fini della prevenzione della istituzionalizzazione del minore</p>	<p>Dott.ssa Sara Frisari Dott.ssa Cristiana Melon Dott.ssa Linda Puzzer Dott.ssa Stefania Zoia</p>	<p>Tutti i progetti personalizzati a favore di minori con attivazione di Budget di salute psicoeducativo vengono rivisti e aggiornati e le situazioni che presentano rischio di istituzionalizzazione del minore vengono monitorate.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>4. Individuazione dei fattori che maggiormente contribuiscono al rischio di istituzionalizzazione del minore nelle situazioni considerate</p> <p>5. Monitoraggio delle situazioni a rischio di istituzionalizzazione del minore.</p>		
<p>21. PAL 2018 3.5.3 Minori</p> <p>Contrasto all'istituzionalizzazione dei minori .</p> <p>Rivalutazione dei progetti a favore dei <u>minori già istituzionalizzati</u></p>	<p>Rivalutazione dei progetti personalizzati a favore dei minori in carico alla SCBADoF inseriti in comunità (educative, psicoeducative e terapeutiche) , rilievo dei fattori di protezione esistenti e monitoraggio dei tempi di dimissione previsti.</p> <p>Fonte cartelle cliniche della struttura</p>	<p>Tutto il personale della SSTSBA e della SS Consultorio Familiare</p>	<p>Tutti i progetti personalizzati a favore di minori inseriti in comunità vengono rivalutati e monitorati.</p>
<p>22. PAL 2018 3.5.4 Salute Mentale</p> <p>Sperimentare la fattibilità e l'avvio di attività di gruppo per giovani donne di età 18-25 anni con problemi di relazione e socializzazione</p>	<p>1. Studio di fattibilità e organizzazione di almeno un gruppo ( maggiore di 5 persone) di donne 18-25 anni in carico alla struttura con problemi relazionali e di socializzazione che hanno già beneficiato di un percorso individuale.</p> <p>2. Avvio del gruppo.</p> <p>3. Conclusione del percorso.</p>	<p>Dott.ssa Clara Minisini</p>	<p>Avvio di almeno un gruppo donne e report del lavoro svolto entro il 31.12.2018</p>
<p>23. Miglioramento della presa in carico sociosanitaria delle persone dializzate che accedono, per la prima volta, alla terapia sostitutiva dialitica attraverso azioni volte ad implementare l'attività</p>	<p>1. Definizione di un percorso strutturato finalizzato a stabilire la presenza mensile dell'assistente sociale all'interno della S.C. Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale Maggiore</p>	<p>Servizio di Assistenza Dializzati e Trapiantati assistente sociale</p>	<p>N. assistiti presi in carico/totale dei segnalati = 100%</p> <p>Garantire la presenza dell'assistente sociale - per 9 mattinate nell'arco dell'anno 2018 - all'interno della S.C. Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
sinergica tra Servizio Assistenza Dializzati e Trapiantati e S.C. Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale Maggiore	2 Accoglienza e primo colloquio con persone, segnalate dalla S.C. Nefrologia e Dialisi, che hanno iniziato una terapia sostitutiva dialitica nel corso dell'anno 2018		Maggiore per favorire e facilitare la comunicazione sia con le persone nefropatiche che con i loro familiari e lo scambio di informazioni, valutazioni, criticità con il personale. Report finale entro il 31/12/2018
24. Potenziamento del supporto ed accompagnamento nel percorso di riconoscimento dell'invalidità civile di persone trapiantate	Attivazione di un percorso finalizzato all'accompagnamento ed al supporto delle persone trapiantate in carico, durante il corso dell'anno, nel caso di richiesta di riconoscimento dell'invalidità civile, della Legge 104 e della Legge 68 con predisposizione di un database per il monitoraggio e il trattamento di tali dati.	Servizio di Assistenza Dializzati e Trapiantati assistente sociale	Preparazione e avvio del database entro il 31/12/2018
25. Rispetto della correttezza degli atti clinici	Garantire che la documentazione clinica sia firmata digitalmente	Direttore	Presenza della firma digitale in almeno il 90% dei referti specialistici
26. Migliorare lo stato di salute della popolazione attraverso il controllo dell'aderenza terapeutica	Predisporre un progetto di comunità attivando le risorse disponibili per migliorare l'aderenza terapeutica delle persone fragili in particolare sui farmaci per la BPCO e le statine	SSD servizio infermieristico Referente microarea	1. Presenza progetto al 31.07.2018 2. valutazione analitica attività al 31.12.2018
27. Gestione delle RSA	Analisi delle durate delle degenze nelle 4 RSA, tenendo conto anche dell'età, patologie, situazione sociale	Direttore di Distretto Obiettivo in comune con direttore DAT e Distretti	Report analitico per singola RSA. Eventuali proposte di lavoro per contrarre i tempi di degenza



\*

**Sintesi dati ed indicatori di funzionalità  
Distretto 4 - Att e ris comuni (CdC)**

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Attività ambulatoriale (fonte CUP)**

Numero di prestazioni per esterni	58.819	44.369	-14.450	-24,6
di cui visite per esterni	1.310	1.169	-141	-10,8
di cui controlli per esterni	662	478	-184	-27,8
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	66,4	71,0	4,6	
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	1,0	0,6	-0,4	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	===	1,5	===	
<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	2,2	2,1	-0,1	

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017 e sarà integrata la scheda con ulteriori attività erogate

**Budget 2018 - Risorse correnti  
DISTRETTO 4**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	1.973.951,64
Farmaci senza AIC	10.678,62
Dispositivi medici	439.830,12
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	125.347,76
Prodotti dietetici	92.151,51
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	1.172,71
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	7.733,16
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>2.650.865,51</b>

Obiettivo generale	Azione	S.S o C./Personale	Indicatore / Risultato atteso/ Tempo
1. Razionalizzazione dei costi.	1. Analisi delle voci di costo e individuazione del piano dei conti del DSM 2. Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto di eventuali azioni correttive.	Direttore di SO Mezzina R. CSM Barcola Stanic S. CSM Maddalena Impagnatiello M. CSM Domio Ridente P. CSM Via Gambini Pascolo Fabrici E. SPDC Oretti A.	1. Individuazione del piano di costi del DSM. 2. Evidenza dei monitoraggi costanti della spesa e della messa in atto di eventuali azioni correttive.
2. Miglioramento dell'integrazione tra cure primarie e specialistiche in riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali comuni con particolare attenzione ai disturbi depressivi.	1. Percorso formativo rivolto ai MMG secondo il programma mhGAP-IG con particolare attenzione all'utilizzo dei farmaci antidepressivi (AD). 2. Evidenza di percorsi integrati tra cure primarie e DSM. 3. Interventi informativi e psicoeducazionali con finalità preventiva sullo sviluppo di disturbi depressivi nelle donne.	Coordinamento DSM Zolli P. Stanic S. Carmignani M. Di Gennaro L. Botter V. Medici prescrittori del DSM <i>In collaborazione con la SC Assistenza farmaceutica Palcich S.</i> Coordinamento DSM Botter V., Accardo R. SARR Barnabà M. Stavro A. CSM Barcola Luchetta C., Bocchi L., Petrinich M. CSM Maddalena Bertossi F., Buzzurro G., Orbanich G. CSM Domio Ridente P., Carmignani M., Pecar J., Samar D. CSM Gambini Brandolin C., Mazzoni A. Simbula M. SPDC Oretti A., Gardini A.	1. Evidenza degli interventi formativi. 2. Aumento del numero delle persone inviate dai MMG e PLS Aumento del numero delle persone gestite in collaborazione 2017 = 344 persone in carico gestite in collaborazione con i MMG e PLS 31/12/2018 3. Almeno 3 incontri a carattere psicoeducazionali sul tema della prevenzione dei disturbi depressivi.  2017 = 454 donne (21%) con diagnosi F3 vs. 253 uomini (15%)  31/12/2018

Obiettivo generale	Azione	S.S o C./Personale	Indicatore / Risultato atteso/ Tempo
3. Definizione di un percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la fase di transizione delle cure dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta	Attualizzazione del protocollo DSM - DDD - Distretti sull'esordio psicotico, ampliato alle condizioni che richiedano continuità di presa in carico ed alla fase di transizione dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta.	Coordinamento DSM Colucci M. CSM Barcola Mastroberti C. CSM Maddalena Berna G., Dionis O., CSM Domio, Calligaris D. CSM Via Gambini, Ripa A. SARR, Marin I., Norbedo A. SPDC Oretti A. <i>In collaborazione con le S.C. Bambini Adolescenti Donne e Famiglie distrettuali</i>	Protocollo tra NPIA, DD, DSM, PLS e MMG per la fase di transizione delle cure.  31/12/2018
4. Messa a regime degli ambulatori DCA con la disponibilità di equipe funzionale (DGR 668/2017).	1 Costituzione dell'equipe funzionale prevista con risorse aggiuntive. 2. Eventuale attivazione della funzione di Centro Diurno per i DCA in presenza di risorse destinate.	Coordinamento DSM Monticolo S. Ferrari L.	Mantenimento dei volumi di attività dell'anno precedente. 2017 N. visite = 805 N. pazienti in contatto = 71 31/12/2018
5. Proseguo dell'attività del Gruppo funzionale denominato Supporto e Trattamento Intensivo Domiciliare (STID) ed evoluzione dell'area crisi del DSM (SPDC - CSM)	1. Gruppo funzionale STID continua a svolgere attività domiciliare per il superamento della crisi. 2. Sviluppo della valutazione congiunta con il 118. 3. Integrazione con il SPDC. 4. Uso flessibile del personale del SPDC in area crisi. 5. Attività formative rivolta al personale del DSM coinvolto nello STID ed aperta al DD, ai Distretti, al Servizio	Coordinamento DSM Oretti A., Goljevscek S., Babich D, CSM Barcola Bronzin L., Rossi M., Santoro F. CSM Maddalena Botter V., Berna G. Barnafi S., Bradassi S., Norbedo P. CSM Domio Carmignani M., Bonavigo T., de Beden G., Lusina A., Prelazzi G. CSM Via Gambini Donati D., SARR Frattini L. SPDC Tutto il personale	1. Report d'attività STID. 2. Almeno 10 persone valutate in collaborazione con il Pronto Soccorso – 118. 3. Numero casi gestiti in comune con il SPDC, almeno uno alla settimana. 4. Evidenza della turnistica relativa all'integrazione. 5. Evidenza dei percorsi formativi.

Obiettivo generale	Azione	S.S o C./Personale	Indicatore / Risultato atteso/ Tempo
	sperimentale di Salute Mentale per i Giovani ed al Dipartimento ad attività integrata di Emergenza, Urgenza Accettazione, 118. 6. Sperimentare l'approccio di genere per l'accoglienza alternativa alla permanenza in SPDC / CSM.		6. Almeno 3 donne accolte sulle 24 ore in Via Settefontane. Almeno 4 donne accolte sulle 24 ore in Via Genova. Report annuale delle attività del DSM secondo un'ottica di genere. 31/12/2018
6. Miglioramento della qualità dell'accoglienza sulle 24 ore	1. Precisione gruppo dedicato in ogni CSM / SPDC. 2. Definizione delle funzioni e delle attività.	Coordinamento DSM D'Ambrosi G. CSM Barcola Stanic S., Marrazzo L. CSM Maddalena Impagnatiello M., Ceppi P. CSM Domio Ridente P., Lo Nigro G. CSM Via Gambini Pascolo Fabrici E. Colucci M., Brandolin C. SPDC Oretti A., Babich D. Personale dei CSM	1. Evidenza del personale assegnato all'accoglienza. 2. Procedura su funzioni ed attività core, assegnazione 1:1, piano condiviso con l'utente. 31/12/2018
7. Manuale sul CSM 24 ore in funzione del Canadian Accreditation	1. Raccolta ed editing dei materiali relativi alle procedure in atto. 2. Attività del gruppo di lavoro definito. Almeno una riunione mensile Evidenza dei verbali degli incontri.	Coordinamento DSM Mezzina R., D'Ambrosi G., CSM Barcola Corso M. CSM Maddalena Berna G., Muggia I. CSM Domio Bonavigo T., Lo Nigro G. CSM Via Gambini Landucci S., Battiston C. SARR Frattini L., SPDC Oretti A. Direzione DSM Bracco R., Speh D.	1., 2. Stesura della bozza del manuale sul CSM 24 ore.
8. Consolidamento della capacità di presa in carico e personalizzazione dei percorsi abilitativi attraverso la stesura dei PTRI con attivazione del BIS e suo monitoraggio	1. I PTRI sono aggiornati con UVM interna al servizio. 2. E' definito sempre il CM, gli operatori ed il dirigente di riferimento.	Coordinamento DSM Ripa A. CSM Barcola Stanic S., Marrazzo L., Cella L., Petrincich M. CSM Maddalena Impagnatiello M., Ceppi P., Battaino G. CSM Domio Ridente P., Lo Nigro G.	1,2. Report trimestrale di presentazione dell'andamento dei BIS. N. UVM interne al CSM per l'avvio del BIS Verifica della completezza delle



Obiettivo generale	Azione	S.S o C./Personale	Indicatore / Risultato atteso/ Tempo
	3. Gruppo operativo funzionale organizzato da SARR sui casi a rischio di deriva sociale e giudiziaria.	Pasquazzo G., Samar D. CSM Via Gambini Pascolo Fabrici E. Colucci M., Brandolin C., Padoan M. SARR Marin I., Norbedo A. Personale del SARR	informazioni relative al CM, agli operatori ed al dirigente di riferimento 3. Report sull'attività svolta per le persone individuate. Almeno due casi per CSM. 31/12/2018
9. Programma "Mens sana" Promozione di corretti stili di vita (attività fisica e corretta alimentazione) per la riduzione del carico prevenibile ed evitabile delle malattie croniche non trasmissibili e la prevenzione dell'obesità.	1. Programma standardizzato per soggetti all'esordio / già in carico per psicosi con: - Informazione e formazione agli stili di vita - Compilazione della scheda anamnestica con rilevazione dei parametri e degli esami di Medicina preventivo indicati, Rilevazione parametri. - Coinvolgimento del MMG - Coinvolgimento nelle attività del CDD. 2. Presentazione di un report sull'attività svolta.	Coordinamento DSM Impagnatiello M., Zolli P. CSM Barcola Melis M., Grassi E. CSM Maddalena Impagnatiello M. Zolli P., Bonin S., De Pretis E., Domenighini S., Ferone F., Iosip E., Magliacca G., Moretto T., CSM Domio Pecar J., Baglivo V., Brovedani A., Martinuzzi L., Steli D. CSM Gambini – CPU Di Gennaro L. Dobranovic K., Prem C. SARR Canova C., Frattini L.	1.1 2 incontri dipartimentali con la partecipazione delle persone coinvolte nel programma (under 45 in contatto con il CSM e che assumono terapia antipsicotica), di peer, volontari, familiari, associazioni e operatori. 2 incontri per singolo CSM rivolto alle persone under 45 in contatto con il CSM e che assumono terapia antipsicotica. 1.2 Almeno il 70% degli esordi e il 30% delle persone under 45 in contatto con il CSM che assumono terapia antipsicotica. 31/12/2018 2. Relazione, per singola SC, sull'attività svolta e sulle adesioni agli incontri. 31/12/2018
10. Migliorare la personalizzazione e l'efficacia dei programmi integrati rivolti ad utenti in carico al DDD e al DSM, sviluppando gli interventi di tipo	1. Promuovere un percorso di confronto fra professionisti dei due dipartimenti sulle pratiche e le evidenze scientifiche in tema di comorbilità.	1. Coordinamento DSM Colucci M. CSM Barcola Luchetta C. CSM Maddalena Mastrovito G: CSM Domio Baglivo V.	1. Formalizzazione del documento relativo alla conferenza di consenso.  31/12/18

Obiettivo generale	Azione	S.S o C./Personale	Indicatore / Risultato atteso/ Tempo
<p>territoriale, domiciliare e di residenzialità innovativa.</p> <p><b>Piano regionale salute mentale infanzia, adolescenza ed età adulta.</b>  <b>Anni 2018-2020</b>  <i>7.7. Comorbidità tra disturbi psichici, utilizzo di sostanze psicotrope e patologia da dipendenza. Miglioramento del trattamento dei disturbi psichici in comorbidità con l'uso di sostanze psicotrope e la patologia da dipendenza.</i></p>	<p>2.  Per i programmi terapeutico-riabilitativi ad alta intensità sperimentare modalità condivise di gestione integrata delle risorse di budget:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuare gli strumenti attivati nella presa in carico integrata.</li> <li>- Definire l'impegno economico complessivo e quello ripartito tra SC.</li> <li>- Individuare le modalità di compensazione economica.</li> </ul>	<p>CSM Via Gambini Zupin D.  SPDC Oretti A.</p> <p>2.  Coordinamento DSM  CSM Barcola Cella L., Petrincich M., Strain R.  CSM Maddalena  Battaino G., Cernecca E.,  CSM Domio Lusina A., Pasquazzo G.  Samar D.  CSM Via Gambini Battiston C., Chiarandà C., Padoan M.  SARR Canova C., Marin I.<i>In collaborazione con la SO Dipartimento delle Dipendenze Balestra R.</i></p>	<p>2.  Produzione di due report semestrali per SC CSM sulla gestione integrata delle risorse impegnate nei programmi terapeutico-riabilitativi ad alta intensità.</p> <p>Indicatore previsto dal Piano regionale salute mentale infanzia, adolescenza ed età adulta.  Anni 2018-2020</p> <p>30/06/2018  31/12/2018</p>
<p>11.  Implementazione del gestionale Point attraverso la sua adozione come sistema informativo del DSM dell'ASUI di Trieste.</p>	<p>Avvio del percorso formativo Point. Partecipazione alla formazione specifica promossa.</p>	<p>Coordinamento DSM  Bracco R.  Personale del DSM</p>	<p>Ai percorsi formativi partecipa almeno l'80% del personale del DSM.  31/12/2018</p>
<p>12.  Migliorare la personalizzazione e l'efficacia dei programmi integrati rivolti ad utenti in carico al DDD e al DSM, sviluppando gli interventi di tipo territoriale, domiciliare e di residenzialità innovativa</p>	<p>1.  Promuovere un percorso di confronto fra professionisti dei due dipartimenti sulle pratiche e le evidenze scientifiche relativamente alla comorbidità</p> <p>2.  Per i programmi terapeutico-riabilitativi ad alta intensità sperimentare modalità condivise di gestione integrata delle risorse di budget:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- individuare gli strumenti</li> </ul>	<p>Responsabili di SO, S.C. S.S.D., SS e coordinatori infermieristici e ass. soc. del DSM</p> <p><i>in comune con Dipartimento delle Dipendenze</i></p>	<p>1.  Formalizzazione del documento relativo alla conferenza di consenso entro il 31/12/2018</p> <p>2.  Produzione di due report semestrali sulla gestione integrata delle risorse impegnate nei programmi terapeutico-riabilitativi ad alta intensità</p> <p><i>entro il 30/06/2018</i>  <i>entro il 31/12/2018</i></p>

Obiettivo generale	Azione	S.S o C./Personale	Indicatore / Risultato atteso/ Tempo
	attivati nella presa in carico integrata, - definire l'impegno economico complessivo e quello ripartito tra SO, - individuare le modalità di compensazione economica		

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017 e sarà compilata una scheda con le attività erogate

**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	396.128,87
Farmaci senza AIC	157,54
Dispositivi medici	6.341,17
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	294,63
Prodotti dietetici	-
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	284,21
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	463,44
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>403.669,86</b>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore/ risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. Analisi delle voci di costo e individuazione del piano dei conti del DDD 2. Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto di eventuali azioni correttive.	Direttore di SO	1. Individuazione del piano di costi del DDD; 2. Evidenza dei monitoraggi costanti della spesa e della messa in atto di eventuali azioni correttive.
2. Migliorare le informazioni del profilo sociosanitario contenuto nelle cartelle degli utenti in carico al DDD che presentano problematiche di dipendenza patologica	1. Completare la sezione <i>anagrafica</i> della cartella MFP 5 relativamente alla scolarità, professione e situazione abitativa 2 Completare la sezione <i>anamnesi tossicologica e comportamenti d'abuso</i> della cartella MFP 5	1. Tutto il personale del comparto del DDD 2. Tutto il personale dirigente del DDD	Almeno il 90% degli utenti in carico al DDD che presentano problematiche di dipendenza patologica hanno completate le sezioni anagrafiche (relativamente alla scolarità, professione e situazione abitativa) e anamnesi tossicologica e comportamenti d'abuso nella cartella MFP5 (reportistica specifica della piattaforma informatica) <i>entro il 31/12/2018</i>
3. Migliorare la personalizzazione e l'efficacia dei programmi integrati rivolti ad utenti in carico al DDD e al DSM, sviluppando gli interventi di tipo territoriale, domiciliare e di residenzialità innovativa	1. Promuovere un percorso di confronto fra professionisti dei due dipartimenti sulle pratiche e le evidenze scientifiche relativamente alla comorbidità 2. Per i programmi terapeutico-riabilitativi ad alta intensità sperimentare modalità condivise di gestione integrata delle risorse di budget:	Responsabili di SO, S.C. S.S.D., SS e coordinatori infermieristici e ass. soc. del DDD  in collaborazione con Dipartimento di Salute Mentale	1. Formalizzazione del documento relativo alla conferenza di consenso entro il 31/12/2018 2. Produzione di due report semestrali sulla gestione integrata delle risorse impegnate nei programmi terapeutico-riabilitativi ad alta intensità  <i>entro il 30/06/2018</i>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore/ risultato atteso/tempo
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- individuare gli strumenti attivati nella presa in carico integrata,</li> <li>- definire l'impegno economico complessivo e quello ripartito tra SO,</li> <li>- individuare le modalità di compensazione economica</li> </ul>		<p><i>entro il 31/12/2018</i></p>
<p>4. Migliorare la qualità dei percorsi specialistici rivolti alle vittime della tratta ed alle donne che si prostituiscono</p>	<p>1. Applicare alle vittime della tratta, in collaborazione con le realtà del territorio operanti nel settore, la procedura condivisa <i>Il percorso sanitario nel Progetto "Il FVG in rete contro la tratta"</i> (vedi Sito intranet aziendale, procedure sanitarie).</p> <p>2. Assicurare gli interventi di valutazione del rischio e di eventuale presa in carico a tutte le donne che si prostituiscono e che accedono al centro MST attraverso canali non previsti dal percorso di cui al punto 1)</p>	<p>Centro MST:  Claudia Colli (dirig. medico)  Sonia Zanetti (infermiere)  Chiara Ferneti (infermiere)  Cinzia Persichella (OSS)</p> <p><i>in collaborazione con la S.C. Igiene Sanità Pubblica</i></p>	<p>1. Il 100% delle persone segnalate dalle realtà del territorio che operano a favore delle vittime della tratta viene preso in carico secondo la procedura condivisa  <i>entro il 31/12/2018</i></p> <p>2. Il 100% delle donne che si prostituiscono che accedono al centro MST attraverso canali non previsti dal percorso di cui al punto 1) viene preso in carico per valutazione clinica e esecuzione dei test di sicurezza personale  <i>entro il 31/12/2018</i></p>
<p>5. Implementare un percorso vaccinale per epatite A rivolto ad utenti ad alto rischio del Centro MST</p>	<p>1. Predisposizione e adozione di una procedura per la vaccinazione per epatite A rivolta ad utenti ad alto rischio presi in carico dal centro MST in collaborazione con il DIP, da inserire nel Manuale delle procedure SCISP.</p> <p>2. Attivare il percorso vaccinale secondo</p>	<p>Centro MST:  Claudia Colli (dirig. medico)  Sonia Zanetti (infermiere)  Chiara Ferneti (infermiere)  Cinzia Persichella (OSS)</p> <p><i>in collaborazione con la S.C. igiene sanità pubblica e prevenzione ambientale - prevenzione delle</i></p>	<p>1. Formalizzazione della procedura  <i>entro il 30/06/2018</i></p> <p>2. Dal 1/7/2018 il 100% dei soggetti eleggibili in carico al centro MST che hanno dato il consenso viene garantito il percorso vaccinale per epatite A secondo protocollo</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore/ risultato atteso/tempo
	la procedura a tutti gli utenti eleggibili in carico al centro MST che hanno dato il consenso	malattie infettive	<i>entro il 30/06/2018</i>
6. Miglioramento dell'offerta e ottimizzazione delle risorse dedicate alle attività di tipo educativo, di prevenzione e di promozione della salute, di reinserimento sociale e lavorativo e riabilitativo a livello territoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale	1. Attuare una revisione delle attività specifiche e la formulazione di un piano di intervento triennale per le attività di tipo educativo, di prevenzione e di promozione della salute, di reinserimento sociale e lavorativo e riabilitativo a livello territoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale del DDD 2. Predisporre la documentazione tecnica specifica per le procedure di esternalizzazione delle attività educative e di riabilitazione del DDD (attuale capitolato in scadenza al 31/08/2018)	1. Responsabili di SS, SSD e SC dipartimentali Coordinatori infermieristici e coordinatore assistente sociale Dirigente infermiere 2. Direttore DDD Dirigente infermiere PO Amministrativa	1. Formalizzazione del documento di revisione al Direttore del DDD <i>entro il 30/06/2018</i> 2. Predisposizione ed inoltro della documentazione tecnica alla S.C. Logistica e Servizi Economici <i>entro il 30/09/2018</i>
7. Miglioramento dei percorsi di continuità assistenziale dedicati agli utenti target del "Protocollo per la presa in carico integrata di ragazzi con età 12-17 anni con problematiche socio sanitarie complesse" che presentano problematiche di dipendenza o consumo a rischio	1. Assicurare percorsi di continuità terapeutica per il gruppo target identificato secondo protocollo 2. Identificare eventuali azioni migliorative del Protocollo da proporre all'interno del gruppo tecnico interaziendale	Personale incardinato nella SSD Consumi a rischio e dipendenze giovanili  in collaborazione con S.C. Bambini e Adolescenti del Distretti	1 Il 100% degli utenti appartenenti al gruppo target viene preso in carico secondo il percorso operativo definito dal protocollo <i>entro il 31/12/2018</i> 2. Raccolta a cadenza semestrale dei dati relativi all'utenza valutata congiuntamente. <i>entro il 30/06/2018</i> <i>entro il 31/12/2018</i>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore/ risultato atteso/tempo
			Presentazione di un report annuale sull'attività di continuità assistenziale e di gestione del Protocollo, con eventuali proposte migliorative <i>entro il 31/12/2018</i>
8. Migliorare la gestione del monitoraggio amministrativo ed economico dei percorsi di tipo residenziale presso le Comunità Terapeutiche (CT) regionali ed extraregionali	1. Definire una procedura per la gestione degli invii in CT e del budget dedicato che dettagli: - Caratteristiche dell'utenza - Caratteristiche CT - Strumenti di lavoro - Modalità di monitoraggio della spesa  2. Assicurare un monitoraggio su base quadrimestrale della spesa relativa alle CT	Tutto il personale amministrativo del DDD Direttore del DDD Dirigente infermiere del DDD	1. Approvazione da parte del Direttore del DDD della procedura <i>entro 30/6/2018</i> 2. Produzione di 3 report quadrimestrali di monitoraggio della spesa da presentare in riunione dedicate con tutti i professionisti coinvolti nei percorsi <i>entro 15/5/2018</i> <i>entro 15/9/2018</i> <i>entro il 31/12/2018</i>
9. Migliorare la gestione dei percorsi di prevenzione, diagnosi precoce, presa in carico e continuità assistenziale per le patologie correlate alla dipendenza	1. Assicurare il testing per malattie infettive correlate alla dipendenza secondo il protocollo regionale 2. Attuazione di percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio per interventi di screening, diagnosi precoce e di presa in carico dell'utenza con dipendenza patologica con problematiche cardiologiche come da protocollo approvato nel 2016	Tutto il personale infermieristico e di supporto del DDD Coordinatori infermieristici	1. Testare per HIV, HCV, HBV: - Almeno il 90 % degli utenti con diagnosi di tossicodipendenza - Almeno il 20% degli utenti con alcol dipendenza <i>entro il 31/12/2018</i> 2. - Ad almeno il 90% degli utenti identificati dal protocollo viene garantito lo screening elettrocardiografico on site di primo livello - Al 100% dei soggetti positivi allo



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore/ risultato atteso/tempo
			screening di primo livello viene assicurata la valutazione specialistica e l'eventuale presa in carico territoriale con il CCV - Al 100% degli utenti del DDD presi in carico dai reparti dell'Area Cardiologica dell'ASUITS vengono assicurati percorsi di continuità clinico terapeutica <i>entro il 31/12/2018</i>
10. Migliorare i percorsi di cura degli utenti in misura alternativa alla detenzione, secondo i criteri del progetto regionale previsto dalla DRG 368/2017	1. Definire una procedura per la presa in carico degli utenti in misura alternativa alla detenzione 2. Implementare un database relativamente agli utenti in misura alternativa alla detenzione	Tutti gli psicologi del DDD Assistente sociale coordinatore	1. Formalizzazione della procedura <i>entro il 31/12/2018</i> 2. Predisposizione di due report semestrali <i>entro il 30/06/2018</i> <i>entro 31/12/2018</i>
11. Attuazione di percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio per gli utenti del DDD con epatite cronica da HCV in trattamento con farmaci di nuova generazione (DAA)	Assicurare percorsi clinico assistenziali integrati rivolti agli utenti del DDD con epatite cronica da HCV per la gestione dei protocolli farmacologici con DAA	Tutti i medici del DDD  in collaborazione con la SC Malattie Infettive di AO/US e Centro Studi Fegato	Il 100% degli utenti con epatite cronica da HCV inseriti dal DDD nei protocolli di terapia farmacologica con DAA ,viene preso in carico congiuntamente con le strutture di riferimento (SCMI e/o Centro Studi Fegato) <i>entro 31/12/2018</i>
12. Potenziare e migliorare i percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione per gli utenti che presentano problematiche correlate al gioco d'azzardo patologico	1. Strutturare percorsi integrati di presa in carico per il gruppo target definendo: - target e criteri di inclusione - obiettivi - offerta - strumenti di lavoro e aree di	Rosanna Ciarfeo Purich Alessandra Pizzolato Giulia Generoso Quartarone	1. Formalizzazione un istruzione operativa per la gestione integrata dei percorsi specifici dedicati al gruppo target <i>entro il 30/06/2018</i> 2. Dal 01/07/2018 il 100% degli utenti

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore/ risultato atteso/tempo
	integrazione - monitoraggio e continuità terapeutica 2. Garantire percorsi di presa in carico specialistica dedicati al gruppo target secondo le modalità operativa previste dall'istruzione operativa		viene preso in carico secondo istruzione operativa <i>entro 31/12/2018</i>
13. Implementazione di una metodologia sperimentale per valutare l'efficacia dei percorsi di formazione e reinserimento sociale e lavorativo degli utenti del DDD come previsto dalle <i>"Linee guida per l'attivazione di tirocini di orientamento, formazione e inserimento o reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia e alla riabilitazione in favore di persone prese in carico dai servizi sanitari competenti"</i> , di prossima approvazione regionale	1. Sperimentare la scheda di valutazione (ex ante, in itinere, ex post), allegata alla bozza delle Linee Guida Regionali di futura approvazione, nei programmi che prevedono l'attivazione di tirocini di orientamento, formazione e inserimento o reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia e alla riabilitazione (attuali borse formazione lavoro) 2. Valutare punti di forza e di miglioramento dello strumento proposto dalle Linee guida regionali relativamente a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- personale coinvolto</li> <li>- utenza</li> <li>- luoghi di formazione ospitanti</li> </ul>	Assistenti sociali del DDD	1. Il 100% degli utenti a cui viene attivato nel corso del 2018 un tirocinio di orientamento, formazione e inserimento o reinserimento (borsa di formazione lavoro) presenta la valutazione con lo strumento identificato <i>entro 31/12/2018</i> 2. Report sulla valutazione circa l'utilizzo dello strumento  <i>entro 31/12/2018</i>



\* dove il campo è vuoto, si vedano i dati forniti in precedenza

## Sintesi dati ed indicatori di funzionalità DIP delle Dipendenze (CdC)

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

### DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

#### Attività ambulatoriale (fonte CUP)

Numero di prestazioni per esterni	1.127	1.022	-105	-9,3
di cui visite per esterni	40	40	0	0,0
di cui controlli per esterni	140	117	-23	-16,4
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	22,2	25,5	3,3	
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	2,5	1,3	-1,2	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	===	3,5	===	
<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	10,0	2,5	-7,5	

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017 e sarà integrata la scheda con ulteriori attività erogate.

**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	240.044,22
Farmaci senza AIC	47,74
Dispositivi medici	29.629,46
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	950,15
Prodotti dietetici	-
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	269,07
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	19.760,12
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>290.700,76</b>

## DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

### Dipartimento di Assistenza Ospedaliera (DAO)

Obiettivo generale	Azione	S.S o C./Personale	Indicatore / Risultato atteso/ Tempo
1. Continuità territorio – ospedale - territorio	1. Analisi della epidemiologia dei ricoveri medici per Distretto, età e patologie , tenendo conto anche delle specializzazioni di alcune Strutture Ospedaliere del DAI di Medicina 2. Produzione di un progetto esecutivo di distrettualizzazione dei ricoveri nei reparti del DAI di Medicina per garantire una migliore continuità di presa in carico tra le Strutture Ospedaliere e i Distretti (articolazioni dei MMG e RSA comprese) 3. Stesura di linee guida per la continuità diagnostico terapeutica assistenziale in base al nuovo modello organizzativo	DAT/DAO  In collaborazione con: Programmazione Distretti DAI Medicina SC Pronto Soccorso	1. Presenza del progetto esecutivo di distrettualizzazione dei ricoveri nei reparti del DAI di Medicina Entro il 30 settembre 2018 2. Applicazione del modello, valutazione e analisi dell'attività e progettazione eventuali azioni correttive Entro il 31.12.2018 3. Analisi dei ricoveri ripetuti per area territoriale e MDC: confronto con il 2017 Entro il 31.12.2018
2. Linea 3.3.6 Diabete Diabete in Ospedale (DGR 1572/2017):	Programmazione delle attività diabetologiche in ospedale in particolare con l'organizzazione del team ospedaliero, alla luce di quanto previsto dalla DGR 1572/2017 definendone obiettivi, ruoli e responsabilità	In collaborazione con la Farmacia Ospedaliera, la Sig.ra Michela Schiraldi, la dr.ssa Ariella de Monte, e la dott.ssa Debora Picerno e le articolazioni specialistiche ospedaliere di volta in volta coinvolte	Riorganizzazione del team ospedaliero, alla luce di quanto previsto dalla DGR 1572/2017 e definizione di obiettivi, ruoli e responsabilità

Obiettivo generale	Azione	S.S o C./Personale	Indicatore / Risultato atteso/ Tempo
<p>3. Linea 3.3.6 Diabete Diabete in Ospedale (DGR 1572/2017): a-Implementazione del programma regionale per la formazione del personale ospedaliero sul diabete e l'iperglicemia del paziente ricoverato</p>	<p>1. Partecipazione al corso Formatori previsto a livello Regionale sul tema. 2. Organizzazione ed attuazione livello aziendale dei corsi di formazione rivolti al personale ospedaliero.</p>	<p>Formatori e Partecipanti al corso Formatori regionale. Formatori e partecipanti al corso/i di formazione aziendale conseguente al corso regionale.</p>	<p>Partecipazione ad una delle 2 edizioni del corso Formatori previsto a livello Regionale sul tema. Effettuazione dei corsi di formazione rivolti al personale sulle linee di indirizzo Regionali per la gestione dell'iperglicemia e del diabete in Ospedale come previste. Fonte dati: Report finale su eventi intrapresi)</p>
<p>4. Organizzazione delle unità multidisciplinari e/o multiprofessionali per le patologie oncologiche</p>	<p>Definizione formale di almeno 4 "team" tra i quali Prostate Unit, Skin Cancer Unit, Breast Unit già operativi con individuazione delle modalità di lavoro, competenze, responsabilità</p>	<p>In collaborazione con le Strutture Coinvolte</p>	<p>Proposta di decreto di formalizzazione con allegati documenti di programmazione dell'attività</p>
<p>5. Uso ricetta dematerializzata</p>	<p>Monitoraggio dell'uso del sistema nelle strutture e servizi, correzione delle inefficienze.</p>	<p>DAT DAO  In collaborazione con SCIT</p>	<p>Monitoraggio dell'uso del sistema entro giugno 2018. Evidenza delle azioni correttive. Almeno il 70% delle strutture prescrittrici usa la ricetta dematerializzata al 31.12.2018</p>
<p>6. Gestione della tempistica di dimissione dall'ospedale</p>	<p>Analisi dei tempi di dimissione dai reparti ospedalieri e valutazione delle eventuali cause di ritardo a carico dell'organizzazione ospedale territorio e/o delle recettività RSA, dell'attivazione SID o di altre alternative territoriali</p>	<p>DAT DAO Direzione infermieristica</p>	<p>Presentazione report di analisi. Proposte di miglioramento. 31 luglio 2018</p>

Direzione Medica di Presidio

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	Analisi e revisione della dotazione di posti letto aziendale come previsto dalla programmazione regionale	Direttore di SC Direzione Medica di Presidio – Dott.ssa Lucia Pelusi	Entro 30.09.18 produzione di un documento di analisi
2. Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	Analisi e monitoraggio delle esigenze di psicologia clinica nelle SSCC ospedaliere	Direttore di SC Direzione Medica di Presidio – Dott.ssa Lucia Pelusi	Entro 31.12.18 produzione di un documento di analisi
3. Linea 3.4 ASSISTENZA FARMACEUTICA In continuità con quanto previsto dagli atti di programmazione regionale 2017, l'Azienda dovrà assicurare ogni utile misura per il rispetto dei vincoli fissati. Per la componente ospedaliera vanno attivate specifiche azioni per assicurare l'appropriatezza delle prescrizioni.	Audit con le strutture che utilizzano farmaci a maggior impatto di spesa e rischio di inapproprietezza	Dir medica di Presidio – personale dirigente medico - Dr.ssa Barbara Gregoretti  SC Farmacia – personale dirigente farmacista	Effettuazione di Audit quadrimestrali con i reparti individuati e predisposizione dei verbali
4. Linea 4. I Flussi Informativi e le Valutazioni	Elaborazione e predisposizione di report a supporto della Direzione Aziendale relativamente alle anomalie ai fini della corretta compilazione della SDO (ricoveri in elezione)	Dir medica di Presidio – personale dirigente medico - Dr.ssa Barbara Gregoretti Dir medica di Presidio – personale di comparto - Uff. Analisi Attività Sanitaria e Accettazione Amministrativa Segreteria Direzione medica	- Rilevazione dell'errore "data di prenotazione = data di accettazione" e invio alle SSCC per la correzione; - Evidenza dei report prodotti e invio alle strutture Almeno 3 report/anno su anomalie SDO <i>Obiettivo fortemente legato alla corretta compilazione da parte delle SSCC</i>
5. Razionalizzazione dei costi dei	Audit con le strutture che consumano le maggiori risorse in relazione ai DM	Dir medica di Presidio – personale dirigente medico - Dr.ssa Rosanna	Effettuazione di Audit quadrimestrali con i reparti individuati e

dispositivi medici (DM),verranno attivate specifiche azioni di verifica in collaborazione con la SC Approvvigionamenti e Servizi		Piani SC Approvvigionamenti e Servizi – personale dirigente amm.vo. <i>Obiettivo in collaborazione con la SC Approvvigionamenti e Servizi</i>	predisposizione dei verbali
6. Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	Revisione dei piani di attività delle singole SS.CC. Analisi dei piani di attività e verifica delle effettive necessità tenendo conto delle indicazioni delle normative aziendali	Dir medica di Presidio – personale dirigente medico - Dott.ssa Erika Mesesnel Dir medica di Presidio – personale di comparto - Uff. Analisi Attività Sanitaria e Accettazione Amministrativa	Produzione dei piani di attività, rivisti e aggiornati
7. Rischio clinico - Prevenzione delle infezioni ospedaliere	1. Monitoraggio bisettimanale della presenza di germi sentinella nei reparti 2. Formazione sul campo relativa alla prevenzione delle infezioni ospedaliere e educazione sanitaria nei reparti dove è stata segnalata la presenza di germi MDR	Dir medica di Presidio – personale di comparto - Servizio Vigilanza Sanitaria	Verbali degli incontri presso le Strutture coinvolte
8. Prevenzione e sorveglianza Rischio infettivo	In riferimento alle linee guida ministeriali, aggiornamento delle procedure di sterilizzazione e riprocessazione in relazione all'introduzione di nuove tecnologie (Robot da Vinci) - Analisi tramite focus group delle nuove linee guida ministeriali, aggiornamento delle procedure - Aggiornamento della modulistica relativa alle procedure di vigilanza igienico sanitaria - Formazione del personale responsabile della sterilizzazione e alta disinfezione	Dir medica di Presidio – personale dirigente medico - Dr.ssa Rosanna Piani Dir medica di Presidio – personale di comparto - Dr.ssa Maryluz Luna Cordova - Servizio Vigilanza Sanitaria	Produzione dei documenti relativi alle nuove tecnologie (termo disinfettore e lavaendoscopi per il Robot) Due corsi di formazione



9. Miglioramento del percorso del paziente	Predisposizione opuscolo con indicazioni nutrizionali da fornire al paziente portatore di enterostomia di nuova diagnosi	Dir medica di Presidio – personale di comparto - Servizio di Dietetica	Predisposizione dell’opuscolo e diffusione presso le SSCC coinvolte entro il 31.12.2018
10 Linea 3.7.1 TEMPI ATTESA	Monitoraggio dell’andamento dei tempi di attesa chirurgici sugli interventi indice	Dir medica di Presidio – personale dirigente medico - Dr. Roberto Cerchi Dir medica di Presidio – personale di comparto - Uff. Analisi Attività Sanitaria e Accettazione Amministrativa	Evidenza dei report prodotti e invio alle strutture - almeno 3 report/anno; Predisposizione di un documento di analisi sulla base delle criticità emerse.
11. Miglioramento dell’organizzazione e dell’efficienza gestionale LIBERA PROFESSIONE ATTIVITA CHIRURGICA	Controlli a campione libera professione attività chirurgica: - Monitoraggio volume attività libero professionale ed istituzionale - Rispetto da parte del professionista del regolamento/normativa	Dir medica di Presidio – personale dirigente medico - Dr. Roberto Cerchi	Entro 31.12.18, predisposizione di un report sull’attività svolta
12. Ristrutturazione ospedale di Cattinara	Partecipazione alle riunioni di coordinamento dei lavori e monitoraggio dei cantieri ai fini dell’applicazione dell’ICRA (documento Prevenzione delle Infezioni da Lavori Edili in Ospedale)	Dir medica di Presidio – personale dirigente medico - Dr. Roberto Cerchi Dir medica di Presidio – personale di comparto - SVSP	Ad ogni cantiere viene applicata ICRA
13. Qualità delle Cure: La prevenzione delle Infezioni correlate all’assistenza pazienti/operatori e care giver OC OM	1. Effettuazione di 2 survey sull’igiene mani presso i reparti 2. Revisione degli opuscoli, depliant, posters, brochure sui comportamenti corretti per la prevenzione delle Infezioni correlate all’assistenza.	Dir medica di Presidio – personale di comparto – Servizio di Vigilanza Sanitaria e Prevenzione	1. Predisposizione di due report semestrali da trasmettere ai reparti 2. Diffusione/presentazione documenti ai reparti. Evidenza nel sito intranet
14. 3.1.5 Sangue ed Emocomponenti	Implementazione Decreto Ministeriale 2 novembre 2015- Trasporto intraospedaliero sangue	Dir medica di Presidio – personale dirigente medico - Dr.ssa Barbara Gregoretti	Due report annuali sul monitoraggio dei tempi di trasporto intraospedaliero delle sacche di

		Dir medica di Presidio – personale di comparto – Anna Acampora, Laura Policastro	sangue e invio al COBUS
15. Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	Mantenimento flusso trasporti campioni biologici interospedalieri a fronte della riduzione del turno pomeridiano e notturno del servizio immunotrasfusionale dell'ospedale maggiore e del Burlo	Dir medica di Presidio – personale di comparto – Centro Servizi Interni	Evidenza dei trasporti effettuati tramite reportistica dedicata con garanzia di mantenimento della tempistica attuale
16. Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	Miglioramento della tracciabilità percorso campione per anatomia patologica attraverso la creazione e compilazione di una modulistica dedicata	Dir medica di Presidio – personale di comparto – Centro Servizi Interni	Evidenza della modulistica

## SS Qualità e Accreditamento

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Attività di coordinamento. Linea 3.3.2 – Partecipazione al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti.	L'organismo tecnicamente accreditante (OTA), con il coordinamento dei referenti dell'accREDITamento di ASUITS, AAS 2 e EGAS che hanno partecipato al corso di formazione organizzato dall'AGENAS, predispone la documentazione di competenza necessaria per conseguire l'accREDITamento nazionale.	SS Qualità e AccREDITamento	Produzione dei documenti integrativi necessari per conseguire l'accREDITamento nazionale dell'Organismo Tecnicamente AccREDITante del FVG. I documenti citati dovranno essere prodotti entro la data della visita di accREDITamento. I documenti verranno elaborati dai referenti dell'accREDITamento di ASUITS AAS 2 e EGAS e presentati per approvazione all'OTA FVG
2. Gestione della Qualità – AccREDITamento volontario	I report trimestrali riporteranno dati aziendali inerenti la sicurezza dei pazienti e indicatori ritenuti rilevanti in	SS Qualità e AccREDITamento (Dirigenza medica) Daniela Monteverdi	Produzione di 4 report trimestrali da inviare alla Direzione strategica (gennaio 2018, aprile 2018, luglio

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Accreditation Canada – POO su relazioni trimestrali sulla sicurezza dei pazienti	rapporto ai flussi regionali e ai flussi di Incident reporting e le proposte migliorative	(Comparto)	2018, ottobre 2018, gennaio 2019) I report saranno inviati alle scadenze previste alla Direzione Generale

### SS Controllo Servizi in Outsourcing

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale	Mantenimento dei controlli sui servizi in Outsourcing mediante controlli delle attività svolte dalle ditte in Outsourcing, in particolare di quelle coinvolte nel global economale e nella ristorazione	Dr.ssa Rosanna Piani Servizio Vigilanza sanitaria Servizio di dietetica della DMP Economato	Pulizie: 125 controlli all'Ospedale di Cattinara e 80 all'Ospedale Maggiore Rifiuti: 50 controlli igienico sanitari a Cattinara e 30 al Maggiore Ristorazione: 4 controlli al terminale della cucina di Cattinara 6 controlli alle mense Farneto e Cattinara 6 controlli al Bar 10 controlli sui carrelli del vitto di reparto Lavanolo/sterilizzazione: 2 controlli ai guardaroba di presidio e 2 controlli nella centrale di sterilizzazione. Predisposizione di un report annuale e programmazione azioni conseguenti

Referente aziendale area riabilitativa ospedaliera

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. 3.6.2 Emergenza urgenza</p> <p>Revisione del protocollo di continuità riabilitativa per pazienti con esiti di ictus e frattura di femore</p>	<p>Il protocollo di continuità riabilitativa è in essere dal 2006 , recentemente l’offerta riabilitativa post dimissione è stata modificata, vedi l’applicazione delle LLGG sulle RSA , pertanto è necessario rivedere lo strumento che determina il setting più appropriato. Revisione della scheda di continuità riabilitativa e del protocollo che coinvolge la S.C. Cl. Neurologica, la S.C. CL.Ortopedia e Traumatologia, la S.C. Medicina Riabilitativa, le Strutture Riabilitative Territoriali</p>	<p>Obiettivo in collaborazione con SC Medicina riabilitativa, Clinica Neurologica, Clinica Ortopedica e Traumatologica, Referente per l’area riabilitativa territoriale</p>	<p>1. Produzione del documento relativo al nuovo protocollo di continuità entro il 30/11/2018</p> <p>2. Implementazione del nuovo protocollo entro 01.12.2018</p> <p>Fonte: data entry continuità riabilitativa</p>
<p>2. Governo clinico Conduzione di due processi di Audit: 1.Valutare l’appropriatezza delle richieste per presa in carico riabilitativa nei reparti per acuti 2. Valutare l’aderenza alle linee guida sul progetto riabilitativo individuale</p>	<p>Il team riabilitativo prende in carico ogni anno circa 1500 persone ricoverate nei reparti per acuti e nonostante siano definiti i pre-requisiti che permettono una proficua attività riabilitativa, si assiste ad una scarsa attenzione al rispetto degli stessi .</p> <p>1. Si intende monitorare il fenomeno attraverso una check list predisposta ad hoc.</p> <p>2. La stesura del progetto riabilitativo individuale prevista dalle LL GG per la riabilitazione del 1998 e dal Piano di Indirizzo relativo del 2011, rappresenta un momento molto</p>	<p>DAO referente aziendale area riabilitativa ospedaliera</p>	<p>1. Definizione della check list entro aprile 2018 Implementazione di un data entry entro novembre 2018 Analisi, risultati e produzione del report entro dicembre 2018</p> <p>Fonte: server condiviso</p> <p>2. Definizione della check list entro aprile 2018 Implementazione di un data entry entro novembre 2018 Analisi, risultati e produzione del</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>delicato in cui aspetti come la valutazione, la prognosi riabilitativa ed i programmi terapeutici vengono condivisi all'interno dell'equipe e successivamente con il paziente ed i suoi familiari.</p> <p>Per tali ragioni risulta importante verificare periodicamente la congruenza dell'attività rispetto alle dichiarazioni di intenti.</p>		<p>report entro dicembre 2018</p> <p>Fonte: server condiviso</p>

## SC Medicina legale

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Formare il personale relativamente alla corretta compilazione e tenuta delle cartelle in adesione alle procedure ASUITS	Audit di reparto Corsi FSC	Coordinatore	il 100% dei coordinatori sono formati. Relazione a fine anno di ogni incontro con i nuovi coordinatori.
2. Audit sulle cartelle cliniche chiuse.	Utilizzo sistema di misurazione corretta compilazione	Dirigente Comparto	Report Data base Rispettare gli standard regionali
3. Monitoraggio delle cartelle aperte (100) come metodo proattivo per evitare possibili errori	Controllo cartelle nelle SSCC	Dirigente Comparto	Riduzione criticità nelle cartelle chiuse rispetto al 2017
4. Mantenimento del sistema di segnalazione relativo alle parti documentali mancanti o non conformi rilevate durante l'Audit Cartelle Cliniche Chiuse	Mantenimento della modalità di segnalazione secondo le modalità previste dalle Istruzioni Operative	Direttore Dirigente Coordinatore	Evidenza delle segnalazioni inviate e delle risposte positive giunte: mantenimento standard 2017
5. Stesura di una check list chiusura cartella	Stesura della procedura	Direttore Dirigente Comparto	Stesura e avvio della procedura
6. Formazione dei dirigenti medici su consensi e tematiche medico legali.	Audit dipartimentali	Direttore/Dirigente	Adesione completezza consensi sulla base dell'attività di audit su cartelle. Redazione di un documento che include dubbi e possibili soluzioni.
7. Attività di consulenza resa su richiesta delle strutture aziendali su aspetti bioetici, medico-legali e procedurali.	Consulenza	Direttore Dirigente Coordinatore	100% delle presenze. Protocollo informatizzato
8. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni



## DAI EMERGENZA URGENZA E ACCETTAZIONE

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Riorganizzazione servizi dipartimentali	Trasferimento di tre posti letto della S.C. Anestesia e Rianimazione presso la Recovery Room dell'ospedale di Cattinara che assume le caratteristiche di TIPO. Contemporanea attivazione di una postazione di rianimazione avanzata h/24 presso l'ospedale Maggiore. Verifica e coordinamento dei piani attuativi, protocolli clinici, gestionali dei pazienti e del personale del comparto e della dirigenza del dipartimento.	Direttore DAI	Apertura TIPO entro fine 2018
2. Co- progettazione di un Centro Unico moduli preoperatori	Supportare la progettazione di un Centro Unico moduli preoperatori in cui raccogliere le preparazioni di tutti i cittadini operandi, attraverso l'analisi e la definizione dei processi, dei percorsi specialistici e dei volumi di attività delle strutture di afferenza.	Responsabile Infermieristico Dipartimentale.  In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica	Presentazione di un report: <ul style="list-style-type: none"> <li>- casistica e volumi di attività</li> <li>- Identificazione dei casi clinici che rientrano in percorsi dedicati</li> <li>- Definizione dei profili diagnostici di base e specialistici</li> </ul>



## SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	Budget annuale rispettato <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2. Accessi in PS delle persone anziane dalla residenzialità	Prosecuzione e rafforzamento del percorso intrapreso al fine di stabilire rapporti di collaborazione con le strutture sanitarie territoriali. Verranno organizzati incontri con i Medici delle strutture e verifiche sul progetto e sulle azioni già intraprese Incontri con tutte le RSA e Strutture protette dei 4 Distretti. Nel Distretto 3 la sperimentazione riguarda tutta la residenzialità.	Direttore Coordinatori	Ridurre del 10% gli accessi in PS degli ultra75enni con codice bianco e verde da RSA e Strutture Protette rispetto al 2017
3 Armonizzazione delle attività clinico/organizzative delle due Strutture unificate	1. Incontri settimanali congiunti fra il personale medico dell'attuale SOC di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza finalizzati alla formazione (condivisione e presa conoscenza delle linee guida internazionali, formazione sulla "point-of-care ultrasound", ecc...) e condivisione di protocolli operativi 2. Definire procedure unitarie per tutta la SC almeno in tre settori di lavoro: 1.Preparazione e somministrazione di farmaci (diluizioni, modalità di	Direttore Dirigenti medici Coordinatore Comparto	1. Produzione di almeno 4 protocolli clinico/organizzativi unitari di tutta la SC  2. Produzione di almeno 3 procedure unitarie di tutta la SC

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	somministrazione ecc...). 2.Gestione protocollata delle indagini sui materiali biologici (colture, esami chimico-fisico ecc...). 3.Uniformazione delle procedure e dei devices impiegati (toracentesi, paracentesi, drenaggio toracico, pericardiocentesi ecc...)		
4. Formazione del personale medico	1. Percorso formativo per i dirigenti medici tendente ad acquisire maggiore autonomia in alcune aree cliniche 2. Corso di ventilazione non invasiva per tutti i medici che operavano in PS. Verrà tenuto dalla dr.ssa Molino	1. Direttore Dirigenti medici  2. Direttore Dott.ssa Molino	1. riduzione del numero delle consulenze cardiologiche e anestesologiche rispetto le richieste nel 2017 2. Tutti i dirigenti medici sono formati nella ventilazione non invasiva
5. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Direttore Dirigenti medici	Calo del n DDD complessive del 5% Calo dei Carbapenemi del 5% Calo dei Macrolidi del 10%
6. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni



**Sintesi dati ed indicatori di funzionalità  
SC Pronto soccorso e Medicina d'urgenza**

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Ricovero ordinario**

Entrati	2.289	2.186	-103	-4,5
di cui accettati	1.869	1.812	-57	-3,0
di cui trasferiti	420	374	-46	-11,0
Usciti	2.286	2.187	-99	-4,3
Dimessi	1.101	892	-209	-19,0
di cui deceduti	182	187	5	2,7
Trasferiti	1.185	1.295	110	9,3
Casi trattati	2.248	2.153	-95	-4,2
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	10.093	9.855	-238	-2,4
Entrati usciti lo stesso giorno	158	157	-1	-0,6
Posti letto medi	32,0	32,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	87,5	85,7	-1,8	
<i>% DRG Chirurgici</i>	3,6	4,3	0,7	
<i>% DRG Medici</i>	96,4	95,7	-0,7	
Peso DRG (dei dimessi)	1.066,2	904,5	-161,7	-15,2

**Accessi al Pronto Soccorso (escluso CPC)**

Accessi complessivi	48.518	48.287	-231	-0,5
di cui trattati in ambulatorio	42.417	41.015	-1.402	-3,3
di cui ricoverati	13.118	12.071	-1.047	-8,0
di cui trattati in OT	6.101	7.272	1.171	19,2
di cui ricoverati	1.432	2.104	672	46,9
di cui deceduti	57	84	27	47,4

### Triage degli accessi

Codici rossi	1.303	1.336	33	2,5
<i>tempi medi di attesa (minuti)</i>	5,6	5,9	0,4	6,5
Codici gialli	13.475	13.883	408	3,0
<i>tempi medi di attesa (minuti)</i>	25,6	30,6	4,9	19,2
Codici verdi	23.069	23.791	722	3,1
<i>tempi medi di attesa (minuti)</i>	111,2	123,9	12,6	11,4
Codici bianchi	9.557	7.149	-2.408	-25,2
<i>tempi medi di attesa (minuti)</i>	102,9	111,1	8,3	8,0
Percorsi brevi	1.109	2.126	1.017	91,7
<i>tempi medi di attesa (minuti)</i>	4,0	11,3	7,3	181,3
Accessi codici neri	5	2	-3	-60,0

### Attività ambulatoriale (fonte CUP)

Numero di prestazioni per interni	200.188	157.161	-43.027	-21,5
Numero di prestazioni per esterni	3	===	===	===
di cui visite per esterni	3	===	===	===
di cui controlli per esterni	0	===	===	===
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	100,0	===	===	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	0,0	===	===	
<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	0,0	===	===	

**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.C. PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	247.892,19
Farmaci senza AIC	12.968,56
Dispositivi medici	374.913,66
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	14.774,98
Prodotti dietetici	2.893,70
Materiale per la profilassi	7.716,43
Prodotti chimici	457,73
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	3.283,04
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>664.900,29</b>

## SSD Pronto Soccorso Ospedale Maggiore e Gestione delle Urgenze Territoriali

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. 3.1.3. Emergenza urgenza Riorganizzazione della Centrale Operativa Farneto secondo i contenuti dell'Accordo Stato Regioni e del PEU FVG	1. Progettare, accreditare ed effettuare incontri di FSC degli infermieri di CO in materia di gestione dei processi ed utilizzo del software dedicato	1. Resp. Inf. P.O. Barbara Brajnik Resp. Inf. Mauro Milos Resp. Inf. Alessandro Moratto	Nel corso del 2018 verranno organizzati ed effettuati incontri di Formazione sul Campo destinati agli Infermieri afferenti alla struttura. Al 31/12/2018 100% infermieri formati
2. 3.1.3. Emergenza urgenza Governare clinico e sicurezza delle cure Revisione, implementazione e condivisione con SORES delle Istruzioni Operative e Procedure	1. Identificazione delle tematiche che necessitano di revisione e/o implementazione, suddivisione delle stesse per competenza professionale. 2. Analisi e revisione delle IO e Procedure assegnate e presentazione delle stesse al Responsabile Medico per approvazione. 3. Condivisione con SORES	1.-3. Responsabile Medico Alberto Peratoner 2. Personale tecnico, amministrativo, e medici afferenti alla struttura	Almeno il 95% delle tematiche che necessitano di revisione e/o implementazione devono essere revisionate e condivise con SORES entro il 31/12/2018
3. PAL ASUITs 2018 4. I FLUSSI INFORMATIVI E LE VALUTAZIONI <i>Flussi ministeriali</i> <i>Obblighi informativi e qualità dei dati ai fini amministrativi, epidemiologici e gestionali</i> Obiettivo aziendale 2018 garantire il rispetto delle tempistiche e delle scadenze da normativa ministeriale.	1. Inserimento dei dati della scheda medica nei casi in cui la missione non è stata annullata.	1. Infermieri, medici, personale tecnico e amministrativo afferenti alla struttura	Al 31 dicembre 2018, inserimento dei dati della scheda medica nel 100% dei casi in cui la missione non è stata annullata.  Fonte dati: Sistema informatico CUS 118 FVG
4. 3.1.3. Emergenza urgenza Miglioramento/implementazione del percorso con OBG dell'Ospedale	1. Individuazione sulla scena di pazienti geriatrici con multiple patologie croniche a basso rischio clinico e con previsto ricovero breve secondo	1. Infermieri, medici e Responsabile Medico Alberto Peratoner	Numero pazienti ospedalizzati con attivazione OBG tramite PS Ospedale Maggiore/Numero di pazienti identificati sulla scena.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Maggiore al fine di limitare l'accesso alle strutture ospedaliere per acuti, in particolar modo del Pronto Soccorso, di pazienti ultrasettantacinquenni con patologie croniche multiple	protocollo e contatto con medico astante PS OM per accesso ricovero diretto		Incremento del 40% rispetto al 2017
5. 3.6.2. Emergenza urgenza Migliorare l'evidenza della tempistica relativa all'insorgenza dei sintomi e arrivo in PS al fine della corretta applicazione del PDTA Ictus.	1. Rilevazione e trascrizione sulla scheda medica dei tempi relativi all'insorgenza dei sintomi e arrivo in PS al fine di procedere alla corretta stadiazione nel percorso ictus e nella relativa rete di intervento in pz con problematiche neurologiche acute	1. Infermieri e medici, afferenti alla struttura	Al 31 dicembre 2018 almeno l'80% delle schede mediche riportanti sintomatologia riconducibile all'ICTUS presentano i tempi relativi all'insorgenza dei sintomi e arrivo in PS
6. Collaborazione con Distretti e PS	Ridurre gli accessi in PS degli ultra75enni con codice bianco e verde da RSA e Strutture Protette	Infermieri e medici, afferenti alla struttura	Riduzione almeno del 10% rispetto al 2017 per quanto di competenza.
7. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni



\*

**Sintesi dati ed indicatori di funzionalità**  
**SSD Pronto Soccorso Ospedale Maggiore e Gestione delle urgenze territoriali**

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Accessi al Pronto Soccorso (escluso CPC)**

Accessi complessivi	21.145	19.761	-1.384	-6,5
di cui trattati in ambulatorio	20.742	19.440	-1.302	-6,3
di cui ricoverati	769	886	117	15,2
di cui trattati in OT	403	321	-82	-20,3
di cui ricoverati	68	70	2	2,9
di cui deceduti	1	1	0	0,0

**Accessi al CPC**

Accessi complessivi	4.511	4.388	-123	-2,7
di cui trattati in ambulatorio	4.389	4.296	-93	-2,1
di cui ricoverati	92	97	5	5,4
di cui trattati in OT	122	92	-30	-24,6
di cui ricoverati	19	16	-3	-15,8

**Triage degli accessi**

Codici rossi	15	10	-5	-33,3
--------------	----	----	----	-------



<i>tempi medi di attesa (minuti)</i>	5,2	6,2	1,0	19,2
Codici gialli	722	798	76	10,5
<i>tempi medi di attesa (minuti)</i>	12,9	14,4	1,5	11,6
Codici verdi	6.921	6.481	-440	-6,4
<i>tempi medi di attesa (minuti)</i>	80,7	93,4	12,7	15,7
Codici bianchi	6.215	5.672	-543	-8,7
<i>tempi medi di attesa (minuti)</i>	117,8	122,9	5,1	4,3
Percorsi brevi	7.272	6.799	-473	-6,5
<i>tempi medi di attesa (minuti)</i>	3,0	===	===	===
Accessi codici neri	===	1	===	===

**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.S.D. PRONTO SOCCORSO OSPEDALE MAGGIORE E**  
**GESTIONE DELLE URGENZE TERRITORIALI**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	18.876,96
Farmaci senza AIC	1.398,92
Dispositivi medici	32.495,98
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	480,08
Prodotti dietetici	-
Materiale per la profilassi	3.246,75
Prodotti chimici	71,74
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	231,46
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>56.801,89</b>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Revisione dei protocolli di formazione del personale Infermieristico e Socio Sanitario (OSS) neo-assunto/ neo-inserito.	Controllo del protocollo esistente Analisi della letteratura Redazione del nuovo protocollo Illustrazione al gruppo del risultato atteso	Personale Infermieristico OSS	Applicazione del Protocollo nel 100% dei casi.
2. Inserimento di Cateteri Venosi Centrali ad Inserimento Periferico Ecoguidato (PICC) nel Perioperatorio in Recovery Room.	Analisi della letteratura Creazione di un Protocollo Formazione del Personale Infermieristico	Personale Infermieristico	Applicazione del Protocollo in almeno 25 casi.
3. EFFICIENZA Percorso di programmazione in sala operatoria	Creazione di un gruppo infermieristico specialistico di Sala Operatoria (almeno 4) e Medici Anestesisti (almeno 3) con incontro mensile per Briefing e debriefing dei casi neurochirurgici, creazione di Checklist di programmazione strumentazione e approccio in sala operatoria. Audit mensili.	Dirigenza medica neurochirurgia e Comparto Infermieristico Dirigenza medica Anestesia e Rianimazione e Comparto infermieristico Complesso operatorio	Analisi congiunta (pre-post) di almeno 1/3 dei casi operati

**Budget 2018 - Risorse correnti  
COMPLESSO OPERATORIO HC**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	381.605,89
Farmaci senza AIC	45.469,55
Dispositivi medici	1.044.901,25
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	10.481,96
Prodotti dietetici	139,49
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	130,85
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	8.892,77
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>1.491.621,76</b>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1 Mantenere /migliorare l'offerta chirurgica ai pazienti fuori regione fuori provincia</p>	<p>1. Programmare la preparazione preoperatoria e l'intervento chirurgico con solo 2 accessi ospedalieri concordati con l'utente 2. Disponibilità di due giornate consecutive concordate con l'utente 3. Concordare con l'utente la data dell'intervento</p>	<p>COMPARTO</p>	<p>80% dei pazienti preparati e operati nella tempistica data/concordata con l'utenza Produzione di report entro dicembre 2018</p>
<p>2 Miglioramento dell'efficienza gestionale</p>	<p>1. Ampliamento dell'offerta chirurgica con l'inclusione dei pazienti ASA 3/4 2. Selezionati in base alla previsione di un rapido recupero post-operatorio</p>	<p>Dirigenza/Comparto</p>	<p>Operato il 30% del totale dei pazienti ASA 3 – 4, reputati inizialmente non idonei all'intervento chirurgico in Day Surgery entro 31/12/2018</p>

**Budget 2018 - Risorse correnti  
DAY SURGERY HM**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	28.675,85
Farmaci senza AIC	1.444,70
Dispositivi medici	117.043,48
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	898,70
Prodotti dietetici	-
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	43,59
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	557,62
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>148.663,94</b>

## SSD Anestesia e Rianimazione in ambito cardiovascolare

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Ottimizzazione della documentazione clinica anestesiologicala perioperatoria	Registro dei tempi anestesiologicali intraoperatori sul G2 Registro delle visite anestesiologicalhe preoperatoria sul G2 Registro delle consulenze rianimatorie nel polo cardiologico sul G2	Dirigenti medici della SSD	Compilazione del 100% delle prestazioni /anno
2. Sviluppo dell'attività	Elaborazione del protocollo DCD e avvio del percorso formativo alle figure professionali coinvolte	Dirigente SSD	Presenza protocollo Avvio formale percorso formativo
3. Donazioni d'organo	Avvio processo di accertamenti di morte cerebrale e donazione d'organo in pazienti in ECMO (Categoria Maastrich IV)	Dirigente SSD	Inizio attività entro il 2018
4. Ottimizzazione del percorso di PBM (Patient Blood Management) in Cardiochirurgia: Monitoraggio del consumo di emocomponenti	1. Condivisione delle Linee Guida del Patient Blood Management per i pazienti cardiochirurgici 2. Condivisione della nuova versione delle Linee Guida sul Buon Uso del Sangue 3. Analisi dei dati riguardanti i pazienti valvolari, sulla trasfusione di emocomponenti ed emoderivati 4. Monitoraggio del consumo di emocomponenti 2018 vs. 2017	SSD Anestesia e Rianimazione in ambito cardiovascolare  Obiettivo In comune SC CCH Dipartimento di Medicina Trasfusionale	1. Dati di monitoraggio consumo emocomponenti 2. Presenza linee guida condivise con definizione eventuale obiettivo diminuzione 2018 vs 2017
5. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.S.D. ANESTESIA E RIANIMAZIONE IN AMBITO CARDIOVASCOLARE**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

Categoria beni	Importo
Farmaci con AIC	-
Farmaci senza AIC	-
Dispositivi medici	197.099,07
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	-
Prodotti dietetici	-
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	-
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	30.324,32
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>227.423,39</b>



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Razionalizzazione dei costi</p>	<p>1. Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.</p>	<p>Direttore SC</p>	<p>Budget annuale rispettato</p> <p><i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i></p>
<p>2. Agevolare la preparazione preoperatoria di pazienti dermatologici non collaboranti organizzando un unico accesso preoperatorio, in cui vengono effettuati prelievi ematici ed esami strumentali anche in sedazione con monitoraggio in terapia intensiva. Si evitano accessi multipli , minimo disagio per il paziente ed il care –giver.</p>	<p>1 Trasferimento in Rianimazione O.M da SC Clinica dermatologica. 2. Esecuzione degli esami anche in sedazione 3. Ritrasferimento in Dermatologia e dimissione in giornata.</p>	<p>Dirigenti medici e Personale del Comparto S.C. Anestesia Rianimazione</p> <p>In collaborazione con Dirigenti Medici e Personale del Comparto S.C. Dermatologia</p>	<p>Evasione 100% delle richieste con report del numero dei casi trattati.</p>
<p>3. Posizionamento tempestivo di cateteri venosi periferici e CVC ad inserzione periferica , in ecoguida , adatti a trattamenti prolungati (antiblastici, palliativi, nutrizionali, controllo del dolore). Gestione ambulatoriale del paziente con riduzione della degenza e delle complicanze ad essa correlate. Agevolazione del carico di lavoro infermieristico .</p>	<p>1 Organizzazione ambulatorio PICC Team Ospedale Maggiore, presso Medicheria Rianimazione e Ambulatorio Reparto di Ematologia 2 Costituire il team multiprofessionale e multidisciplinare 3 Garantire il posizionamento tempestivo dei cateteri sia per pazienti ricoverati che ambulatoriali</p>	<p>1. Dirigenti Medici: S.C. Anestesia e Rianimazione Ospedale Maggiore e S.C. Ematologia 2,3. Personale del Comparto: S.C. Anestesia e Rianimazione Ospedale Maggiore e S.C. Ematologia</p>	<p>Posizionamento dei cateteri venosi nel 100% delle richieste con report del numero dei casi trattati.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Riadatta di beneficio per il paziente (inizio precoce della terapia, riduzione della necessità di multiple venipunture, riduzione di flebiti e stravasi di farmaci).			
<p>4.</p> <p>Soddisfare le richieste dell'utenza diminuendo i tempi di attesa per accedere all'Ambulatorio del Dolore . Integrazione dell'Ospedale Maggiore nella rete regionale per la Terapia del Dolore nello spirito della legge 38.2010.</p> <p>Riduzione delle liste di attesa c/o ambulatorio del dolore di Cattinara.</p>	<p>1.</p> <p>Organizzazione di un Ambulatorio di Terapia del Dolore c/o l'Ospedale Maggiore con frequenza 1 pomeriggio alla settimana</p> <p>2 prime visite di pazienti programmabili previo prenotazione CUP</p> <p>Consulenza dei pazienti ricoverati c/o i reparti dell'Ospedale Maggiore</p> <p>2.</p> <p>Monitoraggio delle terapie impostate. Terapie mini-invasive quali: posizionamento di catetere peridurale per infusione di sostanze antalgiche, blocchi nervosi, infiltrazioni di punti trigger, infiltrazione forami sacrali, mesoterapia.</p>	<p>Dirigente medico e Personale del Comparto della S.C. Anestesia Rianimazione O.M.</p>	<p>Espletamento del 100% delle visite programmate e delle consulenze con report del numero dei casi trattati.</p>
<p>5.</p> <p>Attività scientifica di ricerca</p>	<p>Produzione attività scientifica di ricerca</p>	<p>Tutta la Struttura</p>	<p>Almeno due pubblicazioni</p>



\*

## Sintesi dati ed indicatori di funzionalità SC Anestesia e rianimazione HM

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

### DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

#### Ricovero ordinario

Entrati	167	203	36	21,6
di cui accettati	13	14	1	7,7
di cui trasferiti	154	189	35	22,7
Usciti	166	201	35	21,1
Dimessi	29	25	-4	-13,8
di cui deceduti	24	19	-5	-20,8
Trasferiti	137	176	39	28,5
Casi trattati	149	183	34	22,8
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	698	647	-51	-7,3
Entrati usciti lo stesso giorno	101	109	8	7,9
Posti letto medi	3,0	3,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	72,8	69,0	-3,8	
<i>% DRG Chirurgici</i>	20,7	32,0	11,3	
<i>% DRG Medici</i>	79,3	68,0	-11,3	
Peso DRG (dei dimessi)	99,0	91,6	-7,4	-7,4

**Ricoveri in DH**

Accolti	0	0	0	===
Dimessi	0	0	0	===
Accessi	0	0	0	===
Posti letto medi	0,0	0,0	0,0	===

**Attività chirurgica**

Interventi chirurgici in regime ambulatoriale	0	===	===	===
Interventi chirurgici in regime di ricovero	1	===	===	===
<i>% di interventi urgenti</i>	<i>100,0</i>	===	===	

**Attività ambulatoriale (fonte CUP)**

Numero di prestazioni per interni	4.692	2.712	-1.980	-42,2
Numero di prestazioni per esterni	238	277	39	16,4
di cui visite per esterni	235	243	8	3,4
di cui controlli per esterni	2	2	0	0,0
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	<i>99,2</i>	<i>99,2</i>	<i>0,0</i>	
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>===</i>	<i>5,1</i>	<i>===</i>	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>0,8</i>	<i>0,0</i>	<i>-0,8</i>	
<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	<i>6,0</i>	<i>5,3</i>	<i>-0,7</i>	

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017

**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	48.716,36
Farmaci senza AIC	20.182,86
Dispositivi medici	111.183,32
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	12.421,40
Prodotti dietetici	3.233,27
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	75,57
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	636,43
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>196.449,21</b>

SC (UCO)Anestesia e Rianimazione e Terapia Antalgica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	Budget annuale rispettato <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2. Evidenziare i ricoveri "impropri" in Terapia Intensiva	1. Monitorare i giorni di degenza non giustificati dei pazienti dimissibili dalla terapia intensiva (per carenza posti letto nei reparti di destinazione) attraverso l'attivazione di un sistema di registrazione del dato nel diario clinico.	Direttore ARTA	Presenza del monitoraggio analitico
3. Epidemiologia e tempistica di intervento sui pazienti in ACR intraospedaliero	Monitoraggio del timing negli interventi di urgenza/emergenza con particolare attenzione al livello di performance durante i lavori di ristrutturazione dell'Ospedale di Cattinara.	Dirigenza/Comparto	1. Produzione di un report di monitoraggio e analisi critica dei dati raccolti. 2. Proposta di un piano di miglioramento
4. Migliorare la gestione del malato portatore di catetere peridurale in assistenza territoriale.	1. Realizzare un gruppo di lavoro tra i referenti medici e infermieristici della SC ARTA e dei Distretti per definire una procedura condivisa finalizzata alla corretta gestione della persona portatrice di catetere peridurale. 2. Trasferire le competenze al personale territoriale di riferimento, mediante simulazione e periodo di tutoraggio.	Dirigenza/Comparto	1. Presentazione della procedura H-T 2. Almeno 2 infermieri formati per ogni Distretto
5.	Assicurare sempre l'accesso ai care	Dirigenza/Comparto	1. Produzione di un report di verifica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
(obiettivo PAL 2018 – 3.7.3 Apertura dei reparti di terapia intensiva e semintensiva ai care giver	giver e ai volontari dell'Albo dei Volontari art. 13 in terapia intensiva		
6. Monitoraggio della tempistica del percorso trauma.	Monitoraggio del timing negli interventi di gestione dell'evento "Trauma".	Dirigenza/Comparto	Presentazione di un report di monitoraggio della tempistica nel processo clinico assistenziale del trauma e consolidamento del piano di miglioramento attuato negli anni precedenti.
7. EFFICIENZA Percorso di programmazione in sala operatoria	Creazione di un gruppo infermieristico specialistico di Sala Operatoria (almeno 4) e Medici Anestesisti (almeno 3) con incontro mensile per Briefing e debriefing dei casi neurochirurgici, creazione di Checklist di programmazione strumentazione e approccio in sala operatoria. Audit mensili.	Dirigenza medica neurochirurgia e Comparto Infermieristico Dirigenza medica Anestesia e Rianimazione e Comparto infermieristico Complesso operatorio	Analisi congiunta (pre-post) di almeno 1/3 dei casi operati
8. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Direttore Dirigenti medici	Calo del 5% sulle dosi totali di antibiotici Calo delle cefalosporine III e IV del 10%
9. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni



\*

## Sintesi dati ed indicatori di funzionalità SC Anestesia rianimazione e terapia antalgica (UCO)

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

### DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

#### Ricovero ordinario

Entrati	1.062	1.144	82	7,7
di cui accettati	269	304	35	13,0
di cui trasferiti	793	840	47	5,9
Usciti	1.060	1.141	81	7,6
Dimessi	165	181	16	9,7
di cui deceduti	130	135	5	3,8
Trasferiti	895	960	65	7,3
Casi trattati	835	885	50	6,0
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	3.425	3.420	-5	-0,1
Entrati usciti lo stesso giorno	197	213	16	8,1
Posti letto medi	13,0	13,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	76,1	76,6	0,5	
<i>% DRG Chirurgici</i>	34,3	34,8	0,5	
<i>% DRG Medici</i>	65,7	65,2	-0,5	
Peso DRG (dei dimessi)	469,2	436,2	-33,0	-7,0



**Attività ambulatoriale (fonte CUP)**

Numero di prestazioni per interni	2.951	1.757	-1.194	-40,5
Numero di prestazioni per esterni	12.357	11.599	-758	-6,1
di cui visite per esterni	914	851	-63	-6,9
di cui controlli per esterni	616	699	83	13,5
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	<i>59,7</i>	<i>54,9</i>	<i>-4,8</i>	
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>===</i>	<i>12,4</i>	<i>===</i>	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>0,8</i>	<i>1,2</i>	<i>0,4</i>	
<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	<i>9,1</i>	<i>8,0</i>	<i>-1,1</i>	

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017

**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.C. (UCO) ANESTESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA**  
**ANTALGICA**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	541.221,20
Farmaci senza AIC	22.953,77
Dispositivi medici	839.328,50
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	29.238,81
Prodotti dietetici	11.908,84
Materiale per la profilassi	1.024,48
Prodotti chimici	969,70
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	18.518,88
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>1.465.164,18</b>

## DAI CARDIO TORACO VASCOLARE

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Linea 3.6 Progetti Clinico-Assistenziali Promuovere e realizzare un percorso uniforme relativo alla Consulenza Cardiologica per i Pazienti ricoverati o candidati ad intervento chirurgico o broncoscopico programmato	1 Aggiornamento ed integrazione del Protocollo 2009 2 Implementazione delle componenti relative alla gestione della terapia antiaggregante ed anticoagulante gestione dei Pz portatori di device elettrici di cardiostimolazione	Direttore DAI	1. Disponibilità del documento condiviso con tutte le componenti chirurgiche, diagnostiche endoscopiche, anestesilogiche del DAI Cardioracovascolare 2. Avvio dell'impiego operativo
2. Modello organizzativo che risponda in modo appropriato all'organizzazione dipartimentale con integrazioni delle competenze clinico/assistenziali nel Dipartimento integrato	1. Riunione plenaria e presentazione obiettivo e organizzazione dipartimentale 2. Incontri formativi con integrazione/condivisone dei PDTA, e percorsi di continuità assistenziali delle strutture DAI almeno due incontri per garantire la massima presenza 3. Pianificazione degli interscambi fra gli operatori in modo mirato fra le varie strutture DAI 4. Valutazione delle competenze professionali acquisite	Responsabile Infermieristico Dipartimentale. In collaborazione con i Coordinatori infermieristici	1. 50% del personale del comparto partecipi al percorso informativo teorico 2. 30 % del personale di assistenza abbia direttamente partecipato ad almeno un interscambio
3. Co- progettazione di un Centro Unico moduli preoperatori	Supportare la progettazione di un Centro Unico moduli preoperatori in cui raccogliere le preparazioni di tutti i cittadini operandi, attraverso l'analisi e	Responsabile Infermieristico Dipartimentale. In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica	Presentazione di un report: - casistica e volumi di attività - Identificazione dei casi clinici che rientrano in percorsi dedicati

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	la definizione dei processi, dei percorsi specialistici e dei volumi di attività delle strutture di afferenza.		Definizione dei profili diagnostici di base e specialistici
<p>4. Linea 3.7 Rapporti con i cittadini Educazione sanitaria personalizzata e gestione patologia cardiovascolare con attenzione ai fattori di rischio</p>	<p>1 Prosecuzione processo di educazione sanitaria a degenti e familiari che si concluda con consegna lettera di dimissione dettagliata ed estenda il follow-up educativo al CCV</p> <p>2 Descrizione della prestazione su scheda che permetta di evidenziare i contenuti educativi, le modalità di intervento, i fruitori, il grado di comprensione dimostrata ed il follow-up, alla dimissione dalla S.C. di Cardiologia</p> <p>3. Distribuzione di materiale informativo elaborato dagli operatori della struttura e selezionato in base ai contenuti educativi personalizzati per ogni degente abitante a Trieste seguito nel post ricovero dalle strutture ambulatoriali del Dipartimento Cardiotoracovascolare. Riscontro alla prima visita di controllo del grado di comprensione dei consigli educativi ed eventuale chiarimento e/o integrazione degli stessi (uso di una scheda di controllo confrontata con la copia della scheda di educazione relativa alla dimissione da ricovero)</p>	<p>Tutto il personale del comparto afferente al Dipartimento Cardiotoracovascolare- SSCC Cardiologia e SC Cardiovascolare e Medicina dello Sport</p>	<p>Per tutti i dimessi ,con le caratteristiche di follow-up descritte nell'azione, verrà compilata la nuova scheda e per il 90% verrà confrontata nel follow-up dei pazienti presi in carico entro 90 gg dalla SC Centro Cardiovascolare (&gt;90% dei segnalati).</p> <p>Reportistica semestrale dell'attività svolta attraverso l'analisi dei dati alla dimissione ed al primo controllo, con eventuali interventi educativi supplementari</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Allegata modulistica.		

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1 Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	Budget annuale rispettato  <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2. Linea 3.6.2 Emergenze Cardiologiche	Promuovere l'organizzazione di un ciclo di eventi educazionali nelle scuole di II e III grado finalizzato all'educazione di comunità alla rianimazione cardiopolmonare nell'arresto cardiaco	Direttore SC	Realizzazione di almeno 4 eventi
3. Linea 3.6 Progetti Clinico-Assistenziali 1 - Uniformare i percorsi relativi alla Consulenza Cardiologica per i Pazienti ricoverati in ASUITS nei 2 presidi o candidati ad intervento chirurgico o endoscopico programmato	1. Aggiornamento ed integrazione del Protocollo 2009 2. Implementazione delle componenti relative alla gestione della terapia antiaggregante ed anticoagulante alla luce dei recenti Statement e Linee Guida 3. Implementazione delle componenti relative alla gestione del Pz portatore di device elettrici di cardiostimolazione 4. Monitoraggio compliance e conformità	Tutti i Dirigenti Medici della SC Cardiologia, Tecnici di Fisiopatologia e Personale Infermieristico Ambulatori Cardiologici	1. Elaborazione di un documento condiviso con tutte le componenti chirurgiche, diagnostiche endoscopiche, anestesologiche e cliniche ASUITS 2. Conformità e Compliance valutata nel 4° trimestre 2018, >75%
4.	1.	Tutti i Dirigenti Medici SC Cardiologia	1.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Linea 3.6 Progetti Clinico-Assistenziali 2 - Istituzione di una Funzione Ambulatoriale dedicata alla pre-selezione clinica e follow up dei Pazienti ad alta complessità candidati a procedure interventistiche di emodinamica (TAVI, Mitraclip, PFO, Ablazione transcateretere aritmie endo-epicardiche, procedure in assistenza ECMO)</p>	<p>Stesura documento operativo condiviso con Comparto con definizione delle tempistiche assegnate alle varie fasi 2. Integrazione della funzione con le attività dell'Heart Team</p>		<p>Riduzione del 30% dei tempi di completamento del percorso pre-condizione Heart Team rispetto al confronto storico (riferimento attuale 50 gg); 2. Riduzione del 20% dei tempi di latenza fra completamento del percorso diagnostico e programmazione della data della procedura (riferimento attuale 30 gg); 3. Riduzione della degenza media in occasione della procedura (riferimento attuale 13 gg); 4. Sistematica presa in carico post dimissione nel primo trimestre postdimissione; con riaffidamento successivo (&gt;90%) alle strutture referenti o del territorio .</p>
<p>5. Linea 4 Flussi Informativi Strutturare un sistema informatizzato di raccolta interna dati di attività, complicanze ed esiti in Terapia Intensiva Cardiologica</p>	<p>1. Implementazione e costruzione del database 2. Elaborazione di un sistema di reportistica semestrale</p>	<p>Dirigenza Medica Personale Infermieristico UTIC</p>	<p>Completamento e verifica struttura Primo report relativo al II° semestre 2018</p>
<p>6. Linea 4 Flussi Informativi Riorganizzare l'attività di Magazzino uniformando la gestione fra le sezioni di emodinamica ed elettrofisiologia</p>	<p>1. Dotarsi di un nuovo software per Elettrofisiologia condiviso con SC Informatica 2. Avviarne l'impiego</p>	<p>Dirigenza Medica Sezione Elettrofisiologia Infermieri Sala Elettrofisiologia Tecnici di Fisiopatologia di Sala Elettrofisiologia</p>	<p>Avvenuta riorganizzazione Produzione report analitico dell'attività</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	3. Reportistiche periodiche		
7. Linea 3.6 Progetti Clinico-Assistenziali Ottimizzazione ed implementazione percorsi procedure complesse di cardiologia invasiva	1. istituzione di ambulatorio dedicato a pazienti candidati a procedure interventistiche con agenda elettronica per angiotac, ecocardiogramma tee, ecocardiogramma, visite anestesilogiche, visite cardiologiche, ecodoppler vasi del collo 2. training formativo presso le sale di emodinamica ed elettrofisiologia per infermieri di reparto e utic al fine di migliorare la conoscenza delle procedure e la gestione in team di eventi critici in emergenza 3. revisione e integrazione protocolli procedure interventistiche (tavi, mitraclip, pfo, ablazione)	Coordinatrici, Infermieri, Tecnici, Oss	1.formalizzazione agende elettroniche e programmazione e gestione ambulatorio dedicato 2. formazione di almeno 80% del personale infermieristico utic e 50% del personale infermieristico della degenza 3. presenza di protocolli condivisi 4. tempi di attesa pre discussione in heart team <4 settimane e tempo di attesa globale alla procedura < 3 mesi
8. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni





Sintesi dati ed indicatori di funzionalità  
SC Cardiologia

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

**Ricovero ordinario**

Entrati	2.515	2.568	53	2,1
di cui accettati	2.279	2.319	40	1,8
di cui trasferiti	236	249	13	5,5
Usciti	2.517	2.569	52	2,1
Dimessi	2.151	2.153	2	0,1
di cui deceduti	20	29	9	45,0
Trasferiti	366	416	50	13,7
Casi trattati	2.512	2.543	31	1,2
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	12.419	12.246	-173	-1,4
Entrati usciti lo stesso giorno	76	86	10	13,2
Posti letto medi	39,0	39,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	87,5	86,6	-0,9	
<i>% DRG Chirurgici</i>	46,6	47,2	0,6	
<i>% DRG Medici</i>	53,4	52,8	-0,6	
Peso DRG (dei dimessi)	3.573,2	3.676,8	103,7	2,9

**Ricoveri in DH**

Accolti	145	105	-40	-27,6
Dimessi	145	105	-40	-27,6
Accessi	396	274	-122	-30,8
Posti letto medi	2,0	2,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>63,10</i>	<i>44,20</i>	<i>-18,90</i>	
<i>Accessi medi per caso</i>	<i>2,7</i>	<i>2,6</i>	<i>-0,1</i>	<i>-4,4</i>
<i>% DRG Chirurgici</i>	<i>48,30</i>	<i>59,60</i>	<i>11,30</i>	
<i>% DRG medici</i>	<i>51,70</i>	<i>40,40</i>	<i>-11,30</i>	
<i>% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici</i>	<i>60,00</i>	<i>33,33</i>	<i>-26,67</i>	
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	45	14	-31	-68,9
Peso DRG (dei dimessi)	177,1	127,7	-49,4	-27,9
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	<i>1,220</i>	<i>1,230</i>	<i>0,010</i>	<i>0,8</i>

**Attività chirurgica**

Interventi chirurgici in regime ambulatoriale	16	5	-11	-68,8
Interventi chirurgici in regime di ricovero	2.353	2.413	60	2,5
<i>% di interventi urgenti</i>	<i>60,1</i>	<i>62,3</i>	<i>2,2</i>	
<i>% di attrazione Extra Regionale</i>	<i>7,0</i>	<i>7,6</i>	<i>0,6</i>	

**Attività ambulatoriale (fonte CUP)**

Numero di prestazioni per interni	34.886	28.359	-6.527	-18,7
Numero di prestazioni per esterni	32.887	32.075	-812	-2,5
di cui visite per esterni	1.810	1.704	-106	-5,9
di cui controlli per esterni	9.310	9.380	70	0,8
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	<i>16,3</i>	<i>15,4</i>	<i>-0,9</i>	
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>===</i>	<i>12,0</i>	<i>===</i>	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>8,4</i>	<i>8,4</i>	<i>0,0</i>	
<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	<i>31,4</i>	<i>31,2</i>	<i>-0,2</i>	

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017

**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.C. CARDIOLOGIA**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	344.209,79
Farmaci senza AIC	7.206,36
Dispositivi medici	3.011.643,78
Dispositivi medici impiantabili attivi	2.043.072,58
Dispositivi medico diagnostici in vitro	17.650,53
Prodotti dietetici	1.000,03
Materiale per la profilassi	765,89
Prodotti chimici	366,34
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	11.788,17
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>5.437.703,47</b>

## SC Cardiochirurgia

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1 Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	Budget annuale rispettato  <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2. 3.6.6. Progetti Clinico /assistenziali erogazione dei livelli di assistenza	Creazione di uno strumento informatico/clinico per la sorveglianza della lunghezza dei ricoveri post chirurgici Riduzione delle degenza media	Direttore SC e Cardiologi della degenza Cardiochirurgica	1. Registrazione dei dati del 90% dei pazienti di cui al "gruppo 2" della relazione allegata. Relazione intermedia a 6-8 mesi 2018. Analisi complessiva degli eventi relazione finale e avvio dei correttivi per 11/2018. 2. riduzione della degenza media rispetto al 2017
3. 3.6.1 "Insufficienze d'organo e trapianti" – Rene. 3.6.5 "Sangue ed emoderivati" Al fine di migliorare la gestione dei pazienti sottoposti a trattamento sostitutivo renale presso la Cardiochirurgia, verrà introdotta la tecnica di scoagulazione con citrato, con il risultato atteso di diminuzione delle complicazioni emorragiche	Formazione teorico/pratica e addestramento del personale con corsi dedicati	SC Cardiochirurgia (dirigenti e comparto)  <i>In comune con S.C. Nefrologia (dirigenti e comparto)</i>	Esecuzione entro l'anno di almeno una procedura
4.	1.	SC Cardiochirurgia: dirigenti e	Avvio della sperimentazione e

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
3.2.15 “Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive”. Nell’ambito del programma continuo di sorveglianza e riduzione delle infezioni della ferita chirurgica, verrà sperimentato un nuovo presidio per medicazioni a pressione negativa	Stesura di un protocollo di sperimentazione 2. Avvio della sperimentazione 3. Monitoraggio dell’incidenza di infezioni della ferita sternale	comparto	produzione di report a fine anno sull’incidenza delle infezioni della ferita sternale
5. 3.2.15 “Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive”. A integrazione delle linee guida aziendali e al fine di minimizzare le infezioni catetere-correlate verrà prodotto un protocollo di gestione delle linee venose mirato alle peculiarità del paziente cardiocirurgico.	1) Stesura del protocollo entro 30/6/2018 2) Applicazione del protocollo dal 17/7/2018 3) Monitoraggio delle infezioni catetere- correlate	SC Cardiocirurgia (dirigenti e comparto)	Produzione del protocollo entro 30/6/18 e inizio applicazione operativa Report incidenza infezioni catetere-correlate a fine 2018
6. 5 “Sistema informativo: razionalizzazione dei data center aziendali” La refertazione degli ecocardiogrammi eseguiti in Cardiocirurgia (dai cardiologi della S.C.) verrà allineata allo standard del Dipartimento	1) Formazione del personale entro 30/6/18 2) Stesura di un protocollo operativo che permetta un puntuale link del referto all’imaging entro 30/6/18 3) Avvio del progetto dal 1/7/2018	SC Cardiocirurgia (dirigenti specialisti in Cardiologia, tecnici di fisiopatologia)	Allineamento di almeno il 50% degli ecocardiogrammi eseguiti dai Cardiologi della S.C. dal 1/7/2018
7. Progetti attinenti le attività clinico-assistenziali	Revisione della scheda di trasferimento del malato ricoverato in TIPO ad altri reparti (Arta, Pneumologia, Unità Coronarica, Cardiologia).  L’esigenza nasce dal cambiamento della	Comparto della TIPO	Al 30.06.2018 creazione della scheda Dal 01.07.2018 a l 31.12.2018 uso della stessa nel 100% delle dimissioni dei pazienti dalla Tipo in altre unità operative

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>complessità assistenziale del malato cardiocirurgico legata all'aumento dell'età media e alla presenza di più fattori di rischio. L'utilizzo di questo strumento permette di trasmettere una "fotografia" completa dell'assistito nel momento in cui viene trasferito in reparti ad alta complessità assistenziale, fornendo informazioni indispensabili ai colleghi che lo prenderanno in carico, individuandone le priorità assistenziali.</p>		
<p>8. Rapporto con i cittadini Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico (recall)</p>	<p>1. Contatto telefonico entro 5 giorni dalla dimissione per tutti i pazienti in ricovero ordinario(fascia A,B,C,D); 2. Utilizzo di scheda dedicata ed elementi da monitorare; 3. Scheda informativa da consegnare alla dimissione all'utente.</p>	<p>Comparto Degenza e Ambulatori</p>	<p>100% dei dimessi a domicilio secondo le azioni descritte</p>
<p>9. Progetti attinenti alle attività clinico-assistenziali Gestione rischio clinico. Empowerment dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio diabete</p>	<p>1. Presenza in carico dell'assistito con diagnosi di diabete; 2. Monitoraggio dell'Hb glicata; 3. Monitoraggio della ferita chirurgica su data base; 4. Educazione sanitaria, attivazione di percorsi dedicati, segnalazione al centro diabetologico di riferimento per la presa in carico</p>	<p>Comparto Degenza e Ambulatori</p>	<p>100% dei ricoveri ordinari 80% dei trasferimenti urgenti</p>
<p>10. Ottimizzazione del percorso di PBM</p>	<p>1) Condivisione delle Linee Guida del Patient Blood Management per i</p>	<p><b>Obiettivo In comune</b> SC CCH</p>	<p>1. Dati di monitoraggio consumo emocomponenti</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
(Patient Blood Management) in <b>Cardiochirurgia</b> : Monitoraggio del consumo di emocomponenti	pazienti cardiocirurgici 2) Condivisione della nuova versione delle Linee Guida sul Buon Uso del Sangue 3) Analisi dei dati riguardanti i pazienti valvolari, sulla trasfusione di emocomponenti ed emoderivati 4) Monitoraggio del consumo di emocomponenti 2018 vs. 2017	SSD Cardioanestesia Dipartimento di Medicina Trasfusionale	2. Presenza linee guida condivise con definizione eventuale obiettivo diminuzione 2018 vs 2017
11. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni



Sintesi dati ed indicatori di funzionalità  
SC Cardiochirurgia

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

**Ricovero ordinario**

Entrati	582	650	68	11,7
di cui accettati	351	366	15	4,3
di cui trasferiti	231	284	53	22,9
Usciti	588	648	60	10,2
Dimessi	556	602	46	8,3
di cui deceduti	17	14	-3	-17,6
Trasferiti	32	46	14	43,8
Casi trattati	601	649	48	8,0
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	9.197	9.776	579	6,3
Entrati usciti lo stesso giorno	9	28	19	211,1
Posti letto medi	34,0	34,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>74,0</i>	<i>79,0</i>	<i>5,0</i>	
<i>% DRG Chirurgici</i>	<i>84,7</i>	<i>83,6</i>	<i>-1,1</i>	
<i>% DRG Medici</i>	<i>15,3</i>	<i>16,4</i>	<i>1,1</i>	
Peso DRG (dei dimessi)	2.275,9	2.396,4	120,5	5,3



**Ricoveri in DH**

Accolti	0	0	0	===
Dimessi	0	0	0	===
Accessi	0	0	0	===
Posti letto medi	0,0	0,0	0,0	===

**Attività chirurgica**

Interventi chirurgici in regime ambulatoriale	0	0	0	===
Interventi chirurgici in regime di ricovero	578	549	-29	-5,0
<i>% di interventi urgenti</i>	42,6	55,6	13,0	
<i>Tasso operatorio (ric. ord. + dh)</i>	100,5	87,1	-13,4	
<i>% DRG chirurgici (ric. ord. + dh)</i>	84,7	83,6	-1,1	
<i>% Day surgery</i>	0,2	0,2	0,0	

**Attività ambulatoriale (fonte CUP)**

Numero di prestazioni per interni	1.809	1.189	-620	-34,3
Numero di prestazioni per esterni	592	463	-129	-21,8
di cui visite per esterni	176	181	5	2,8
di cui controlli per esterni	15	30	15	100,0
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	92,1	85,8	-6,3	
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	===	52,9	===	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	6,8	3,5	-3,3	
<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	64,2	63,0	-1,2	

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017. Ridurre la degenza media.

**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.C. CARDIOCHIRURGIA**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	288.408,27
Farmaci senza AIC	87.573,13
Dispositivi medici	2.611.063,51
Dispositivi medici impiantabili attivi	2.308,80
Dispositivi medico diagnostici in vitro	56.969,94
Prodotti dietetici	9.002,12
Materiale per la profilassi	492,80
Prodotti chimici	980,59
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	62.342,82
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>3.119.141,97</b>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1 Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	Budget annuale rispettato <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2. Formulazione di un protocollo per il trattamento fibrinolitico loco regionale (Urokinasi) nel paziente con trombosi acuta arteriosa	1 Analisi degli aspetti clinici in corso di trattamento 2 Analisi farmacodinamica 3 Analisi degli effetti collaterali del farmaco 4 Analisi delle possibili criticità e dei meccanismi risolutivi ideali	Personale medico e del comparto Chirurgia Vascolare	Produzione protocollo operativo nel trattamento della trombosi arteriosa acuta con terapia fibrinolitica loco regionale
3. Creazione di un Registro interno in comune sui pazienti sottoposti a trombectomia meccanica nell'ottica di avere un aggiornamento costante e preciso sui risultati immediati e sugli outcome per evidenziare eventuali limiti e possibilità di miglioramento	Presenza di radiologo interventista e chirurgo vascolare in sala angiografica per una decisione condivisa nelle angiografie di controllo dei pazienti sottoposti a terapia fibrinolitica loco-regionale	Personale medico della SSD di Radiologia Interventistica e personale medico della SC di Chirurgia Vascolare	Inserimento del nominativo del chirurgo vascolare nel referto radiologico. Obiettivo raggiunto: inserimento di tale nominativo nel 90% delle procedure di terapia fibrinolitica locoregionale eseguite nel periodo
4. Ottimizzazione della presa in carico dei pazienti candidati a procedure di	1. Presa in carico del paziente, suo inserimento in lista G2 e richiesta della	Dirigenza medica e comparto Chirurgia Vascolare	Tempi di esecuzione della procedura nel rispetto della classe di priorità inserito al momento della presa in

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
angioplastica periferica, stenting carotideo, PTA venosa, posizionamento di filtro cavale.	procedura in oggetto. 2. Preparazione pre procedura se necessario 3. Verifica disponibilità della struttura erogante la prestazione. 4. Avviso e ricovero del paziente		carico (almeno 90% dei casi).
5. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni



Sintesi dati ed indicatori di funzionalità  
SC Clinica di Chirurgia Vascolare (UCO)

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	--------------------------------------	-------------------------------------

DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

Ricovero ordinario

Entrati	582	642	60	10,3
di cui accettati	442	505	63	14,3
di cui trasferiti	140	137	-3	-2,1
Usciti	585	641	56	9,6
Dimessi	450	509	59	13,1
di cui deceduti	6	6	0	0,0
Trasferiti	135	132	-3	-2,2
Casi trattati	516	569	53	10,3
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	3.387	3.741	354	10,5
Entrati usciti lo stesso giorno	60	48	-12	-20,0
Posti letto medi	13,5	13,0	-0,5	-3,7
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>69,8</i>	<i>79,9</i>	<i>10,1</i>	
<i>% DRG Chirurgici</i>	<i>86,2</i>	<i>80,7</i>	<i>-5,5</i>	
<i>% DRG Medici</i>	<i>13,8</i>	<i>19,3</i>	<i>5,5</i>	
Peso DRG (dei dimessi)	751,8	852,5	100,7	13,4

Ricoveri in DH

Accolti	90	72	-18	-20,0
Dimessi	90	72	-18	-20,0
Accessi	92	74	-18	-19,6
Posti letto medi	2,0	2,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	14,60	11,90	-2,70	
<i>Accessi medi per caso</i>	1,0	1,0	0,0	1,0
<i>% DRG Chirurgici</i>	91,10	91,70	0,60	
<i>% DRG medici</i>	8,90	8,30	-0,60	
<i>% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici</i>	62,50	33,33	-29,17	
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	5	2	-3	-60,0
Peso DRG (dei dimessi)	70,2	56,2	-14,0	-19,9
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	0,780	0,780	0,000	0,0
<b>Attività chirurgica</b>				
Interventi chirurgici in regime ambulatoriale	4	12	8	200,0
Interventi chirurgici in regime di ricovero	518	506	-12	-2,3
<i>% di interventi urgenti</i>	33,4	35,4	2,0	
<i>Tasso operatorio (ric. ord. + dh)</i>	86,3	79,2	-7,1	
<i>% DRG chirurgici (ric. ord. + dh)</i>	87,0	82,1	-4,9	
<i>% Day surgery</i>	31,5	28,2	-3,3	
<b>Attività ambulatoriale (fonte CUP)</b>				
Numero di prestazioni per interni	2.471	1.943	-528	-21,4
Numero di prestazioni per esterni	2.759	2.833	74	2,7
di cui visite per esterni	1.393	1.366	-27	-1,9
di cui controlli per esterni	25	155	130	520,0
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	98,2	89,8	-8,4	
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	===	14,7	===	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	1,6	1,3	-0,3	
<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	15,2	19,7	4,5	

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017

## Budget 2018 - Risorse correnti

## S.C. (UCO) CLINICA DI CHIRURGIA VASCOLARE

### Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018

Categoria beni	Importo
Farmaci con AIC	75.729,51
Farmaci senza AIC	1.168,74
Dispositivi medici	1.534.959,52
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	957,93
Prodotti dietetici	976,42
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	171,90
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	408,97
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>1.614.372,99</b>

SC Cardiovascolare e Medicina dello Sport

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1 Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	Budget annuale rispettato  <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2. PAL 3.2.2. Migliorare la salute nei soggetti a rischio MCNT e malati cronici (Programma I PRP)	Presenza in carico assistiti in base: - classificazione del rischio cardiovascolare calcolato dal MMG ed inserito nella piattaforma regionale - al PDTA più appropriato secondo le indicazioni presenti sul "Manuale di Prevenzione Cardio Vascolare"	Tutto il personale medico infermieristico, oss e amministrativo della SC Cardiovascolare	<i>Il PAL richiede una valutazione di almeno il 10% dei pazienti valutati dai MMG che aderiscono al programma inserendo il rischio CV in piattaforma regionale.</i>  Presenza in carico almeno il 90% dei soggetti segnalati e disponibili al 31-12-2018
3. PAL 3.2.7. Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)	1. Realizzazione di percorsi urbani ad indirizzo turistico, culturale, storico, letterario (ad es. ispirati ai tre scrittori molto importanti per Trieste Umberto Saba, James Joyce e Italo Svevo). Il progetto si chiamerà "Trieste in cammino, 10.000 passi per star bene". 2. Comunicazione del progetto 3. Inaugurazione dei percorsi	Andrea Di Lenarda Antonella Cherubini Claudio Pandullo Donatella Radini  In collaborazione con il Comune di Trieste e la Direzione Centrale Salute	1. Progettazione e realizzazione dei percorsi cittadini entro 31/12/2018 2. Comunicazione e diffusione del progetto attraverso stampa, social, convegni ed inserimento nel sito "invecchiamentoattivo.fvg" durante tutto l'arco dell'anno 3. Inaugurazione dei percorsi entro 31-12-2018
4. PAL 3.2.7. Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)	1. Attività fisica adattata: avvio di due progetti di attività fisica adattata per adulti sia in palestra sia in piscina. Le due attività sono rivolte a: a) soggetti "borderline" in prevenzione	Andrea Di Lenarda Donatella Radini Maria Rosaria Macchiarella  Tutto il personale infermieristico della SC Cardiovascolare	1. Inizio attività entro 31/3/2018 2. Organizzazione di almeno 2 incontri educativi sui corretti stili di vita. 3.



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>primaria: portatori di fattori di rischio cardiometabolici e neoplastici, legati allo stile di vita;</p> <p>b) soggetti con patologie cardiovascolari o metaboliche stabilizzati in terapia farmacologica o non farmacologica.</p> <p>Per i partecipanti verranno organizzati:</p> <p>2. Incontri educativi sui corretti stili di vita</p> <p>3. Distribuzione questionario di gradimento di tutte le attività proposte.</p>		<p>Distribuzione, raccolta ed analisi dei questionari di gradimento entro il 31/12/2018</p>
<p>5. PAL 3.3.7. Cronicità</p>	<p>Implementare i PDTA sullo scompenso cardiaco attraverso:</p> <p>1. Prosecuzione dell'attività di follow-up telefonico infermieristico entro 7-10 gg dalla segnalazione della dimissione e presa in carico cardiologica entro 30 giorni dalla dimissione per verifica stabilità clinica degli assistiti, completamento diagnostico, titolazione farmaci e verifica aderenza ai programmi farmacologici e non farmacologici presenti nella lettera di dimissione</p> <p>2. Uniformità della Valutazione infermieristica a livello ambulatoriale/domiciliare/distrettuale e tipologia di intervento negli assistiti</p>	<p>Tutto il personale medico infermieristico, oss e amministrativo della SC Cardiovascolare</p> <p>Collaborazione con CA – Distretti</p>	<p>1. Applicazione del follow up previsto dal PDTA SCC alla dimissione in almeno il 25% dei soggetti dimessi con 1° diagnosi di SCC (Criteri MeS)</p> <p>2. Formazione personale dei 4 Distretti, su utilizzo degli strumenti di valutazione infermieristici</p> <p>3. Presa in carico &lt;72 ore di almeno 20 pazienti con SCC a basso rischio dimessi dal Pronto Soccorso.</p> <p>4. Analisi e report indicatori di processo e risultato al 31/12/2018</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>con scopenso cardiaco in base alle indicazioni inserite nell'aggiornamento del PDTA 2017</p> <p>3. Preso in carico entro 72 ore dei soggetti con scopenso cardiaco a basso rischio dimessi dal Pronto Soccorso.</p> <p>4. Inserimento nella valutazione annuale degli indicatori di processo e risultato aggiunti nella revisione del PDTA del 2017</p>		
<p>6. 5.1 PAL 3.7.1 Tempi d'attesa Rispetto dei tempi di attesa previsti per l'erogazione, in base ai criteri di priorità clinica condivisi con MMG, delle visite/controlli cardiologici</p>	<p>1. Riorganizzazione dell'offerta sulla base dei dati del 2017</p> <p>2. Incontri con MMG sui criteri di appropriatezza e prioritarizzazione delle richieste di visite/controlli cardiologici</p> <p>3. Monitoraggio tempi di attesa per priorità B-D-P ed appropriatezza della domanda</p>	<p>Tutto il personale medico infermieristico, oss e amministrativo della SC Cardiovascolare</p>	<p>1. Rivalutazione dell'offerta di visite/controlli (numero, suddivisione per priorità cliniche, sede di erogazione (CCV vs Distretti))</p> <p>2. Almeno 2 incontri con MMG su appropriatezza e prioritarizzazione delle richieste di visite/controlli cardiologici</p> <p>3. Report di monitoraggio dei tempi di attesa ed appropriatezza delle richieste al 30/6, 30/9 ed al 31/12</p>
<p>7. PAL 3.7.2 Innovazione nella gestione delle terapie Rivalutazione delle indicazioni e prescrizione dei DOAC nella FA e TVP/EP</p>	<p>1. Applicazione delle indicazioni delle indicazioni proposte sulla popolazione dei pazienti con FA e TVP/EP.</p> <p>2. Mmonitoraggio indicatori di</p>	<p>Tutto il personale medico infermieristico, oss e amministrativo della SC Cardiovascolare</p>	<p>1. Applicazione della revisione delle indicazioni proposte sulla popolazione dei pazienti con FA e TVP/EP con incremento di almeno il 10% della prescrizione dei DOAC</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	prescrizione ed appropriatezza.		2. 1° report su indicatori di processo e risultato al 30/06/2018 e 31/12/2018
8. Educazione sanitaria personalizzata e gestione patologia cardiovascolare con attenzione ai fattori di rischio	<p>1. Partecipazione al processo di educazione sanitaria a degenti e familiari, della SC Cardiologia, che si concluda con consegna lettera di dimissione dettagliata ed estenda il follow-up educativo alla SC Cardiovascolare</p> <p>2. Descrizione della prestazione su scheda che permetta di evidenziare i contenuti educativi, le modalità di intervento, i fruitori, il grado di comprensione dimostrata ed il follow-up, alla dimissione dalla S.C. di Cardiologia</p> <p>3. Distribuzione di materiale informativo elaborato dagli operatori della struttura e selezionato in base ai contenuti educativi personalizzati per ogni degente abitante a Trieste seguito nel post ricovero dalle strutture ambulatoriali del Dipartimento Cardioracovascolare. Riscontro alla prima visita di controllo del grado di comprensione dei consigli educativi ed eventuale chiarimento e/o integrazione degli stessi (uso di una scheda di controllo confrontata con la</p>	Tutto il personale del comparto afferente al Dipartimento Cardioracovascolare - SSCC Cardiologia e Cardiovascolare	<p>1,2. Per tutti i dimessi, con le caratteristiche di follow-up descritte nell'azione, sarà compilata la nuova scheda e sarà confrontata nel follow-up nei pazienti segnalati per presa in carico entro 90 giorni presso la SC Cardiovascolare (&gt;90% dei segnalati).</p> <p>3. Reportistica semestrale dell'attività svolta attraverso l'analisi dei dati alla dimissione ed al primo controllo (entro 3 mesi), con eventuali interventi educativi supplementari.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	copia della scheda di educazione relativa alla dimissione da ricovero) Allegata modulistica.		
9. Rispetto della correttezza degli atti clinici	Garantire che la documentazione clinica sia firmata digitalmente	Direttore	Presenza della firma digitale in almeno il 90% dei referti specialistici
10. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni



\*

## Sintesi dati ed indicatori di funzionalità SC Cardiovascolare e Medicina dello Sport

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

### DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

#### Attività ambulatoriale (fonte CUP)

Numero di prestazioni per interni	===	1	===	===
Numero di prestazioni per esterni	56.719	46.794	-9.925	-17,5
di cui visite per esterni	5.277	4.223	-1.054	-20,0
di cui controlli per esterni	10.054	8.900	-1.154	-11,5
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	34,4	32,2	-2,2	
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	1,8	1,5	-0,3	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	1,3	1,1	-0,2	
<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	3,0	3,1	0,1	

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017 e sarà integrata la scheda con ulteriori attività erogate.

**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.C. CARDIOVASCOLARE E MEDICINA DELLO SPORT**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	7.324,76
Farmaci senza AIC	1.571,72
Dispositivi medici	18.810,54
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	15.699,75
Prodotti dietetici	-
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	2,27
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	2.136,42
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>45.545,46</b>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1 Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	Budget annuale rispettato <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2. Sicurezza del paziente	Riunioni periodiche con tecnica Sprint sulla sicurezza del percorso clinico del paziente operato con evidenze in Letteratura.	Direttore di SC	Vengono definite almeno 4 azioni di miglioramento dal gruppo di lavoro. Report risultati di miglioramento ottenuti.
3. Miglioramento documentazione infermieristica (Sicurezza e appropriatezza)	Creazione di una cartella infermieristica personalizzata sulle caratteristiche del paziente chirurgico toracico.	Coordinatore Infermieristico	Dal 1 Luglio sostituisce la vecchia cartella infermieristica (100%)
4. Informatizzazione documentazione sanitaria (Sicurezza e appropriatezza)	1. Compilazione del FUT in formato elettronico. 2. Valutazione medica in formato elettronico	Medici di Reparto	1. Almeno l'80% dei FUT nel secondo semestre vengono compilati in formato elettronico 2. Almeno l'80% delle valutazioni mediche iniziali vengono compilati in formato elettronico
5. Garantire un percorso di Wellness postoperatorio nella presa in carico integrata tra la SC ed i Servizi Territoriali (Distretti) 3.2.7. Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)	1. Coinvolgimento pazienti operati in percorsi di benessere (attività motoria , yoga, meditazione etc.) 2. Creazione di un nuovo registro per le telefonate a 3,6 e 12 mesi per i pazienti inclusi nel percorso Wellness	Medici di reparto e personale del comparto	1. Entro il 31.12.2018 sono reclutati almeno 30 pazienti (15+15 caso controllo) 2. Entro il 31.12.2018 sono reclutati nel percorso di accompagnamento infermieri ed OSS del reparto. Tutti i

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	3. Follow up telefonico chirurgico a 5 giorni fino ad 1 mese per tutti gli operati. Recall a 3,6 e 12 mesi per le resezioni maggiori		pazienti coinvolti sono contattati secondo il programma dell'azione 2 3. I dati del recall vengono raccolti in un file dedicato (almeno 80% dei pazienti)
6. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni





Sintesi dati ed indicatori di funzionalità

SC Chirurgia toracica

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	---

DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

**Ricovero ordinario**

Entrati	377	375	-2	-0,5
di cui accettati	315	325	10	3,2
di cui trasferiti	62	50	-12	-19,4
Usciti	377	377	0	0,0
Dimessi	338	336	-2	-0,6
di cui deceduti	2	0	-2	-100,0
Trasferiti	39	41	2	5,1
Casi trattati	356	349	-7	-2,0
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	1.610	1.522	-88	-5,5
Entrati usciti lo stesso giorno	11	7	-4	-36,4
Posti letto medi	7,0	7,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	63,3	59,8	-3,5	
<i>% DRG Chirurgici</i>	74,9	69,3	-5,6	
<i>% DRG Medici</i>	25,1	30,7	5,6	
Peso DRG (dei dimessi)	631,6	627,8	-3,8	-0,6

**Ricoveri in DH**

Accolti	43	79	36	83,7
Dimessi	43	79	36	83,7
Accessi	44	84	40	90,9
Posti letto medi	1,0	1,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>14,00</i>	<i>27,10</i>	<i>13,10</i>	
<i>Accessi medi per caso</i>	<i>1,0</i>	<i>1,1</i>	<i>0,0</i>	<i>3,9</i>
<i>% DRG Chirurgici</i>	<i>7,00</i>	<i>1,30</i>	<i>-5,70</i>	
<i>% DRG medici</i>	<i>93,00</i>	<i>98,70</i>	<i>5,70</i>	
<i>% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici</i>	<i>87,50</i>	<i>89,74</i>	<i>2,24</i>	
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	35	70	35	100,0
Peso DRG (dei dimessi)	50,9	92,2	41,3	81,1
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	<i>1,180</i>	<i>1,170</i>	<i>-0,010</i>	<i>-0,8</i>
<b>Attività chirurgica</b>				
Interventi chirurgici in regime ambulatoriale	0	0	0	===
Interventi chirurgici in regime di ricovero	267	251	-16	-6,0
<i>% di interventi urgenti</i>	<i>3,0</i>	<i>3,2</i>	<i>0,2</i>	
<i>Tasso operatorio (ric. ord. + dh)</i>	<i>67,4</i>	<i>59,1</i>	<i>-8,3</i>	
<i>% DRG chirurgici (ric. ord. + dh)</i>	<i>67,2</i>	<i>56,4</i>	<i>-10,8</i>	
<i>% Day surgery</i>	<i>3,5</i>	<i>2,1</i>	<i>-1,4</i>	
<b>Attività ambulatoriale (fonte CUP)</b>				
Numero di prestazioni per interni	1.744	1.353	-391	-22,4
Numero di prestazioni per esterni	385	441	56	14,5
di cui visite per esterni	327	359	32	9,8
di cui controlli per esterni	56	65	9	16,1
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	<i>85,4</i>	<i>84,7</i>	<i>-0,7</i>	

	<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	===	27,0	===
	<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	3,6	2,5	-1,1
	<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	35,8	32,6	-3,2

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017

**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.C. CHIRURGIA TORACICA**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	40.543,69
Farmaci senza AIC	496,94
Dispositivi medici	351.803,26
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	573,10
Prodotti dietetici	901,41
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	31,10
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	239,90
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>394.589,40</b>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	Budget annuale rispettato <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2. 2 3.6.3 Reti di Patologia. Malattie rare: rete Polmone	1.1 Produrre entro il 31 dicembre 2018 almeno 1 percorso assistenziale, oltre a quello previsto per il 2017; 1.2 Alimentare il Registro Regionale di cui al DM 279/2001 2. Partecipazione a Rete Europea Polmone 3. Produrre materiale educativo per pazienti affetti da malattie rare	Dirigenti medici comparto	1.1 Produzione di PDTA su fibrosi polmonare idiopatica per la rete Regionale mm rare polmonari 1.2 Inserimento 100% pazienti mm rare in G2 3. Produzione report ERN-LUNG da divulgare a Rete Regionale FVG 4. Produzione libretto educativo per pazienti affetti da Fibrosi Polmonare Idiopatica
3. 3.7.2. Innovazione nella gestione delle terapie	Aumentare l'utilizzo dei nuovi anticoagulanti orali (NAO) rispetto alla terapia tradizionale del 10% nel 2018	Dirigenti medici	Inserire nel 2018 in terapia con NAO almeno 20 pazienti con indicazione a terapia anticoagulante con TVP o embolia polmonare (piano terapeutico)
4. 3.3.4 Riabilitazione. Attivazione a livello aziendale della rete per le malattie neuro-muscolari e la sclerosi laterale amiotrofica	Attivazione gruppo integrato neuro-muscolare (GIN) con la finalità della presa in carico della persona con malattia neuro-muscolare nell'ambito territoriale: partecipazione della Pneumologia (ospedale e territorio) al GIN di Trieste	Dirigenti medici, comparto  In comune con SC clinica neurologica Distretti	Presenza in carico di almeno 20 pazienti per cure domiciliari dall'attivazione del GIN

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
5. 3.7.3. Apertura dei reparti di terapia intensiva e semi-intensiva ai caregivers	Apertura governata della UTIR (Unità di Terapia Intensiva Respiratoria) ai care-givers	Coordinatrice infermieristica comparto	Segnalazione in cartella infermieristica dell'interazione con il caregiver in caso di pazienti ricoverati in UTIR
6. Rispetto della correttezza degli atti clinici	Garantire che la documentazione clinica sia firmata digitalmente	Direttore	Presenza della firma digitale in almeno il 90% delle lettere di dimissione e dei referti specialistici
7. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni



Sintesi dati ed indicatori di funzionalità  
SC Pneumologia

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

**Ricovero ordinario**

Entrati	692	753	61	8,8
di cui accettati	600	639	39	6,5
di cui trasferiti	92	114	22	23,9
Usciti	691	751	60	8,7
Dimessi	613	674	61	10,0
di cui deceduti	33	33	0	0,0
Trasferiti	78	77	-1	-1,3
Casi trattati	689	751	62	9,0
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	5.963	5.974	11	0,2
Entrati usciti lo stesso giorno	12	16	4	33,3
Posti letto medi	17,0	17,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	96,0	96,5	0,5	
<i>% DRG Chirurgici</i>	10,3	11,3	1,0	
<i>% DRG Medici</i>	89,7	88,7	-1,0	
Peso DRG (dei dimessi)	1.095,3	1.246,8	151,5	13,8

**Ricoveri in DH**

Accolti	316	324	8	2,5
Dimessi	316	324	8	2,5
Accessi	2.559	2.376	-183	-7,2
Posti letto medi	1,0	1,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>815,00</i>	<i>766,50</i>	<i>-48,50</i>	
<i>Accessi medi per caso</i>	<i>8,1</i>	<i>7,3</i>	<i>-0,8</i>	<i>-9,5</i>
<i>% DRG Chirurgici</i>	<i>22,20</i>	<i>13,30</i>	<i>-8,90</i>	
<i>% DRG medici</i>	<i>77,80</i>	<i>86,70</i>	<i>8,90</i>	
<i>% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici</i>	<i>14,58</i>	<i>35,77</i>	<i>21,19</i>	
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	35	98	63	180,0
Peso DRG (dei dimessi)	419,5	396,2	-23,3	-5,5
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	<i>1,330</i>	<i>1,230</i>	<i>-0,100</i>	<i>-7,5</i>

**Attività chirurgica**

Interventi chirurgici in regime ambulatoriale	0	1	1	===
Interventi chirurgici in regime di ricovero	6	4	-2	-33,3
<i>% di interventi urgenti</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>0,0</i>	

**Attività ambulatoriale (fonte CUP)**

Numero di prestazioni per interni	19.886	15.018	-4.868	-24,5
Numero di prestazioni per esterni	26.578	28.740	2.162	8,1
di cui visite per esterni	2.404	2.335	-69	-2,9
di cui controlli per esterni	3.506	4.019	513	14,6
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	<i>40,7</i>	<i>36,7</i>	<i>-4,0</i>	
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>===</i>	<i>5,8</i>	<i>===</i>	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>2,7</i>	<i>3,1</i>	<i>0,4</i>	
<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	<i>7,2</i>	<i>6,9</i>	<i>-0,3</i>	

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017



**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.C. PNEUMOLOGIA**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	636.824,51
Farmaci senza AIC	2.678,14
Dispositivi medici	186.090,16
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	36.291,79
Prodotti dietetici	3.860,48
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	294,53
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	10.888,42
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>876.928,03</b>

## DAI MEDICINA

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Revisione Appropriatezza Codifica Dimissione SDO	Corsi Obbligatorie per il personale Medico del DAI	Docenti: Direzione Sanitaria di Presidio Discenti: Medici del DAI	Miglioramento della appropriatezza di codifica specie per alcuni codici (BPCO, Scompenso , Diabete)
2. Registrazione corretta della attività di tutoraggio per Studenti e Specializzandi come richiesto dalla Università	1. Definizione di un sistema di registrazione della attività che consenta un facile recupero dei dati	-Rappresentanti Universitari del Corso di Laurea e delle Specialità interessate	1. Concordare la modalità di registrazione entro giugno
	2. Sua applicazione nell' anno su base sperimentale	-Direttori di SC del DAI Medico	2. applicarla da luglio a dicembre in via sperimentale
3. Continuità territorio – ospedale - territorio	1. Analisi della epidemiologia dei ricoveri medici per Distretto, età e patologie , tenendo conto anche delle specializzazioni di alcune Strutture Ospedaliere del DAI di Medicina 2. Produzione di un progetto esecutivo di distrettualizzazione dei ricoveri nei reparti del DAI di Medicina per garantire una migliore continuità di presa in carico tra le Strutture Ospedaliere e i Distretti (articolazioni dei MMG e RSA comprese) 3. Stesura di linee guida per la continuità diagnostico terapeutica assistenziale in base al nuovo modello organizzativo	DAT/DAO  In collaborazione con: Programmazione Distretti DAI Medicina SC Pronto Soccorso	1. Presenza del progetto esecutivo di distrettualizzazione dei ricoveri nei reparti del DAI di Medicina Entro il 30 settembre 2018 2. Applicazione del modello, valutazione e analisi dell'attività e progettazione eventuali azioni correttive Entro il 31.12.2018 3. Analisi dei ricoveri ripetuti per area territoriale e MDC: confronto con il 2017 Entro il 31.12.2018
4.	Attivazione di interventi formativi sul	Responsabile Infermieristico	- produzione ed attivazione ,

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>Promuovere l'integrazione del personale del comparto in ambito dipartimentale per favorire l'uniformità e la qualità dell'assistenza. Favorire la mobilità fra gli operatori nel contesto dipartimentale . Sostenere la distribuzione flessibile ed uniforme delle risorse in ambito Dipartimentale</p>	<p>campo attraverso incontri di audit fra operatori delle diverse strutture .</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pianificare ed attuare mobilità fra le strutture con scambi/integrazioni pianificate fra gli operatori delle diverse strutture.</li> <li>- Definire strumenti, metodi e criteri ( procedura) per attivare ed attuare compensazioni programmate/urgenza fra le strutture del DAI.</li> <li>- Riunione plenaria dipartimentale e condivisione dei risultati dell'esperienza.</li> </ul>	<p>Dipartimentale.</p> <p>In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica</p>	<p>attraverso la stesura comune dei piani /orari di lavoro di un programma di scambio/esperienza degli operatori fra le strutture del DAI : almeno il 30% di operatori coinvolti nel 2018</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	Budget annuale rispettato  <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2. Azioni di programmazione territorio/ospedale/territorio nell'ottica della costruzione di un sistema di salute	1. Prosecuzione dei 4 tavoli di lavoro 2017: a. Polifarmacoterapia b. Nutrizione artificiale c. BPCO insufficienza respiratoria d. Gestione della persona fragile 2. Attivazione formale di almeno 3 ulteriori tavoli di lavoro con sottoscrizione dei relativi percorsi di lavoro condivisi tra i quali: a. la salute degli ultra75enni b. l'assistenza sanitaria nella residenzialità territoriale c. rete cure palliative (Collaborazione all'attuazione del percorso delle cure palliative) 3. Formalizzazione tavolo di lavoro di monitoraggio e verifica dei percorsi e di programmazione attività sinergiche	Responsabili di Distretto Dirigenti Infermieristici di Distretto Dirigenti e Coordinatore di SC Medicina Interna, Geriatria, Pronto Soccorso, Centro Cardiovascolare RID Dirigente e Coordinatore SC Pneumologia (punto c.)	1. Evidenza di indicatori di miglioramento nei 4 campi di lavoro 2. Attivazione formale di almeno 3 tavoli di lavoro, presenza di documento condiviso da tutte le strutture coinvolte ed evidenza delle prime azioni sinergiche messe in atto. 3. Verbali riunioni almeno bimestrali del tavolo di lavoro con evidenza dello stato dell'arte di applicazione dei percorsi e delle eventuali nuove proposte

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	(segreteria a cura del Coordinamento Distretti)		
3. Conoscere e attuare le strategie di prevenzione delle LdP; approfondire il livello di conoscenza del nuovo protocollo sull'utilizzo razionale delle medicazioni avanzate nel trattamento LdP	Incrementare livello di conoscenza del comparto I Medica sulla prevenzione e modalità di medicazione delle Ldp.	Comparto: Sc. I Medica, Postacuzie	1. Presentazione in aula nuovo protocollo per l'utilizzo razionale delle medicazioni avanzate, dibattito e analisi casi critici, formazione e affiancamento sul campo. 2. Percorso formativo di un infermiere referente monitoraggio delle LdP (Link Professional) 4. Aumento rispetto al 2017 dei piani di assistenza volti valutare almeno una volta al giorno l'integrità cutanea e intensificare mobilitazioni attiva/passiva 3. Riduzione della spesa per presidi chirurgici rispetto al 2017 Monitoraggio giugno-Dicembre 2018
4. Per la sicurezza della persona assistita, garantire un accurato passaggio di consegne.	Comunicazione sicura ed efficace, riduzione del tempo dedicato alle consegne infermieristiche	Comparto: Sc. I Medica. Postacuzie/ Corso di Laurea Infermieristica	Realizzazione di un format comunicativo condiviso, strutturato ed aggiornato garantendo una comunicazione scritta e orale diretta
5. Integrare alla lettera di dimissione informatizzata già presente in G2 il format della lettera di trasferimento	Sicurezza nella trasmissione delle notizie cliniche infermieristiche, tracciabilità dei trasferimenti SC. I Medica e Post Acuti	Comparto: Sc. I Medica, Post Acuti	Realizzazione di un nuovo format in G2 per il paziente trasferito da una struttura all'altra

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
infermieristico	Monitoraggio interno Giugno – Dicembre 2018		
6. Percorso formativo sul campo del personale DAI in Nefrologia /dialisi per la dialisi peritoneale	Monitoraggio ore di formazione el personale del DAI Giugno-dicembre 2018	S.C. I Medica, BIC	Assicurate alle figure coinvolte Infermieri ed OSS la presenza di 3 ore presso la S.C. di Nefrologia/dialisi
7. Stratificazione utente cardiopatico mediante valutazione della “risposta al diuretico” nello scompenso cardiaco	1 misurazione del peso 2 misurazione delle dosi equivalenti di diuretico (1 dose equivalente = 40mg di furosemide IV che corrisponde, per convenzione a 80mg di furosemide per os) 3 calcolo della risposta al diuretico = peso alla dimissione- peso all’ ingresso/ dosi equivalenti di diuretico 4 classificazione dei pazienti in 4 classi di rischio aggiungendo al parametro “ risposta al diuretico”, la presenza o assenza di congestione periferica all’ ingresso (PVC ed edemi declivi)  (BUONA RISPOSTA AL DIURETICO = calo di 1/2Kg per ogni dose equivalente di diuretico)	S.C. Prima Medica, BIC, postacuzie: personale medico, infermieristico e OSS	1. Misurazione del peso durante la degenza ospedaliera, indicato su FUT. 2. Esplicitazione nella lettera di dimissione della “risposta al diuretico” 3. Segnalazione dei pazienti al Centro Cardiovascolare come da PDTA secondo classi di rischio Monitoraggio: giugno-dicembre 2018
8. Migliore presa in carico del paziente fragile ospedalizzato: diagnosi e terapia del “delirium”	1 Valorizzazione e condivisione scheda CAM (Confusion Assessment Method) che fa parte della cartella infermieristica 2 Messa in atto di provvedimenti non farmacologici, ricorrendo, solo quando	S.C. Prima Medica, BIC, postacuzie: personale medico, infermieristico e OSS	Aumento numero diagnosi di “Delirium” nel paziente ospedalizzato  Aumento N° pazienti trattati con farmaci appropriati sul totale delle diagnosi

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	indispensabile, ai trattamenti farmacologici appropriati		Monitoraggio:giugno-dicembre 2018
<p>9. Presa in carico con cure palliative e globali del malato oncologico ricoverato presso la SC IMedica e dei suoi familiari. Inclusione nel lungo periodo nella Rete delle Cure Palliative, anche utenti non oncologici affetti da patologie cronicodegenerative.</p>	<p>1effettuazione di visite ambulatoriali post-dimissione 2collaborazione con Distretti Sanitari (in particolare col Distretto 2)</p>	<p>Dott.ssa Loredana Macaluso con formazione specifica in cure palliative Infermiere della struttura, da individuare, che dedicherà una parte dell'orario di lavoro all'attività di ambulatorio previo breve percorso formativo.</p>	<p>Aumento del numero di utenti oncologici dimessi dalla Struttura con percorso di cure palliative definito. Riduzione del numero di ricoveri ripetuti per la stessa coorte di pazienti Monitoraggio: agosto-dicembre 2018</p>
<p>10. Sviluppo di modelli di presa in carico proattivi per la riduzione delle riacutizzazioni e dei ricoveri nelle persone fragili</p>	<p>1. Individuare le persone eleggibili 2. Somministrare la scheda prisma 7 a tutte le persone di età uguale o superiore a 65 anni oppure inferiore a 65 anni che per condizioni patologiche funzionali o sociali presentano caratteristiche di fragilità 3. Spiegare le finalità del progetto alla persona assistita e agli eventuali caregiver 4. raccogliere il consenso o il dissenso 5. in casi di consenso valutare il punteggio Barthel 6. 7. Compilare la scheda di segnalazione</p>	<p>Coordinatore e infermieri</p>	<p>1. 100% dei pazienti eleggibili sono valutati con la scheda prisma7 2. Invio la distretto di riferimento del 100% della documentazione richiesta come da azione</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	consegnare la scheda al distretto di riferimento		
11. Rispetto della correttezza degli atti clinici	Garantire che la documentazione clinica sia firmata digitalmente	Direttore	Presenza della firma digitale in almeno il 90% delle lettere di dimissione e dei referti specialistici
12. Riorganizzazione della gestione dei posti letto	1. Estendere al sabato la programmazione delle dimissioni  2. Programmare le dimissioni entro le ore 14.00 con lettera di dimissione firmata digitalmente e contestuale prenotazione del trasporto con ambulanza se necessario	Direttore Dirigenti medici	1. Il numero di dimissioni del sabato si allinea almeno al 70% della media dei primi cinque giorni della settimana 2. Almeno il 90% delle dimissioni rispetta l'azione
13. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Direttore Dirigenti medici	Ridurre il valore di DDD complessivo del 5%
13. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni





Sintesi dati ed indicatori di funzionalità  
SC I Medica

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	--

DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

**Ricovero ordinario**

Entrati	3.046	3.025	-21	-0,7
di cui accettati	1.982	1.956	-26	-1,3
di cui trasferiti	1.064	1.069	5	0,5
Usciti	3.039	3.032	-7	-0,2
Dimessi	2.660	2.646	-14	-0,5
di cui deceduti	283	224	-59	-20,8
Trasferiti	379	386	7	1,8
Casi trattati	3.079	3.055	-24	-0,8
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	20.475	19.419	-1.056	-5,2
Entrati usciti lo stesso giorno	103	108	5	4,9
Posti letto medi	56,3	55,7	-0,6	-1,1
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	99,9	96,0	-3,9	
% DRG Chirurgici	1,4	0,8	-0,6	
% DRG Medici	98,6	99,2	0,6	
Peso DRG (dei dimessi)	2.451,3	2.411,3	-40,0	-1,6

**Ricoveri in DH**

Accolti	2	1	-1	-50,0
Dimessi	2	1	-1	-50,0
Accessi	7	7	0	0,0
Posti letto medi	1,0	1,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>2,20</i>	<i>2,30</i>	<i>0,10</i>	
<i>Accessi medi per caso</i>	<i>1,5</i>	<i>1,0</i>	<i>-0,5</i>	<i>-33,3</i>
<i>% DRG Chirurgici</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>	
<i>% DRG medici</i>	<i>100,00</i>	<i>100,00</i>	<i>0,00</i>	
<i>% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici</i>	<i>100,00</i>	<i>100,00</i>	<i>0,00</i>	
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	2	1	-1	-50,0
Peso DRG (dei dimessi)	2,6	1,3	-1,3	-50,8
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	<i>1,310</i>	<i>1,290</i>	<i>-0,020</i>	<i>-1,5</i>

**Attività ambulatoriale (fonte CUP)**

Numero di prestazioni per interni	87	91	4	4,6
Numero di prestazioni per esterni	1.190	1.508	318	26,7
di cui visite per esterni	531	579	48	9,0
di cui controlli per esterni	384	410	26	6,8
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	<i>58,0</i>	<i>58,5</i>	<i>0,5</i>	
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>3,7</i>	<i>3,9</i>	<i>0,2</i>	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>1,4</i>	<i>2,1</i>	<i>0,7</i>	
<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	<i>5,8</i>	<i>5,2</i>	<i>-0,6</i>	

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017

**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.C. 1° MEDICA**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	346.070,52
Farmaci senza AIC	2.592,15
Dispositivi medici	90.935,36
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	4.144,00
Prodotti dietetici	4.512,15
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	1.217,85
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	7.312,86
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>456.784,89</b>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore	Budget annuale rispettato  <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2. Azioni di programmazione territorio/ospedale/territorio nell'ottica della costruzione di un sistema di salute	1. Prosecuzione dei 4 tavoli di lavoro 2017: a. Polifarmacoterapia b. Nutrizione artificiale c. BPCO insufficienza respiratoria d. Gestione della persona fragile 2. Attivazione formale di almeno 3 ulteriori tavoli di lavoro con sottoscrizione dei relativi percorsi di lavoro condivisi tra i quali: a. la salute degli ultra75enni b. l'assistenza sanitaria nella residenzialità territoriale c. rete cure palliative (Collaborazione all'attuazione del percorso delle cure palliative) 3. Formalizzazione tavolo di lavoro di monitoraggio e verifica dei percorsi	Responsabili di Distretto Dirigenti Infermieristici di Distretto Dirigenti e Coordinatore di SC Medicina Interna, Geriatria, Pronto Soccorso, Centro Cardiovascolare RID Dirigente e Coordinatore SC Pneumologia (punto c.)	1. Evidenza di indicatori di miglioramento nei 4 campi di lavoro 2. Attivazione formale di almeno 3 tavoli di lavoro, presenza di documento condiviso da tutte le strutture coinvolte ed evidenza delle prime azioni sinergiche messe in atto. 3. Verbalizzazioni riunioni almeno bimestrali del tavolo di lavoro con evidenza dello stato dell'arte di applicazione dei percorsi e delle eventuali nuove proposte

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	e di programmazione attività sinergiche (segreteria a cura del Coordinamento Distretti)		
3. Maggior uso dei DOAC per miglioramenti esiti terapia	1. Incremento nella prescrizione e nella compilazione dei piani terapeutici AIFA per l'uso dei DOAC 2. Monitoraggio ambulatoriale dei pazienti in terapia e consulto telefonico per i pazienti messi in terapia con DOAC	Dirigenti medici	1. Incremento del 5% nella prescrizione e nella compilazione dei piani terapeutici AIFA rispetto al 2017 2. Monitoraggio ambulatoriale dei pazienti in terapia e consulto telefonico per i pazienti messi in terapia con DOAC (almeno il 90% dei casi) 3. Report analitico dei risultati rispetto all'obiettivo di efficacia: Migliore "compliance" del paziente, Minori rischi di sovra o sottodosaggio rispetto alla TAO Ridotta interferenza con il cibo ed i farmaci, Riduzione delle complicanze emorragiche cerebrali
4. BPCO-definizione diagnostica	Avvio del progetto per il 2018: 1. Esecuzione prove spirometriche in post ricovero (entro 21 giorni) per il DRG BPCO in prima diagnosi non prima definiti con spirometria 2. Invio alla struttura di Pneumologia ambulatoriale della lettera di dimissione per il follow-up del paziente	Dirigenti medici	1. almeno nel 80% dei casi 2. nel 100% dei casi
5. Riduzione delle richieste al CIEU, alla radiologia, alla chirurgia vascolare di	Implementazione dell'impiego di Ecodoppler di reparto per la diagnosi di TVP arti inferiori	Dirigente Simon Giulia Dirigente Cavressi Monica	Riduzione del 50 % delle richieste di Ecodoppler venoso al CIEU, Chirurgia vascolare e Radiologia rispetto al 2017

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
eco-doppler venoso arti inferiori per diagnosi di TVP			
6. Riduzione delle richieste alla Pneumologia e Radiologia per toracentesi e paracentesi Ecoguidate	Implementazione dell'impiego di Ecodoppler di reparto per Toracentesi e Paracentesi ecoguidate	Dirigente Simon Giulia Dirigente Cavressi Monica	Riduzione del 50 % delle richieste di manovre come toracentesi e paracentesi Eco guidate alla Pneumologia e Radiologia rispetto al 2017
7. Miglioramento dell'attività assistenziale infermieristica, e di supporto nel Dipartimento delle Medicine, <i>(anche attraverso la collaborazione di un fisioterapista)</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Attivare tempestivamente la mobilitazione precoce ed un programma riabilitativo durante la degenza, deospedalizzando gli utenti con maggior grado di autonomia motoria dopo un ricovero acuto.</li> <li>2. Garantire una migliore presa in carico e continuazione del percorso riabilitativo post dimissione presso rsa</li> <li>3. Aumentare il grado di partecipazione dei care-givers al processo di cura dell'utente</li> <li>4. Impatto economico e di tempo sui familiari (caregivers) al rientro a domicilio.</li> <li>5. Aumentare la soddisfazione dell'utente, effettuando</li> </ol>	Comparto	Aumento del 10% nella scala di Barthel tra l'ingresso e la dimissione di tutti gli utenti che necessitano di un percorso riabilitativo presso altra struttura

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	informazione ed educazione		
8. Miglioramento della continuità delle cure e dell'assistenza al momento del trasferimento	Compilazione della scheda di dimissione infermieristica informatizzata visibile nel G2 per gli utenti trasferiti	Comparto	Aumento dell'80% nella compilazione della lettera di dimissione per gli utenti trasferiti
9. Sviluppo di modelli di presa in carico proattivi per la riduzione delle riacutizzazioni e dei ricoveri nelle persone fragili	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Individua e le persone eleggibili</li> <li>2. Somministrare la scheda prisma 7 a tutte le persone di età uguale o superiore a 65 anni oppure inferiore a 65 anni che per condizioni patologiche funzionali o sociali presentano caratteristiche di fragilità</li> <li>3. Spiegare le finalità del progetto alla persona assistita e agli eventuali care giver</li> <li>4. raccogliere il consenso o il dissenso</li> <li>5. In casi di consenso valutare il punteggio Barthel</li> <li>6. Compilare la scheda di segnalazione</li> <li>7. consegnare la scheda al distretto di riferimento</li> </ol>	Coordinatore e infermieri	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 100% dei pazienti eleggibili sono valutati con la scheda prisma7</li> <li>2. Invio la distretto di riferimento del 100% della documentazione richiesta come da azione</li> </ol>
10. Rispetto della correttezza degli atti clinici	Garantire che la documentazione clinica sia firmata digitalmente	Direttore	Presenza della firma digitale in almeno il 90% delle lettere di dimissione e dei referti specialistici
12.	1.	Direttore	1.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Riorganizzazione della gestione dei posti letto	Estendere al sabato la programmazione delle dimissioni 2. Programmare le dimissioni entro le ore 14.00 con lettera di dimissione firmata digitalmente e contestuale prenotazione del trasporto con ambulanza se necessario	Dirigenti medici	Il numero di dimissioni del sabato si allinea almeno al 70% della media dei primi cinque giorni della settimana 2. Almeno il 90% delle dimissioni rispetta l'azione
13. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Direttore Dirigenti medici	Ridurre le DDD totali del 7% Ridurre le DDD macrolidi fino ad un valore di 10 Mantenere il n DDD carbapenemi <=4
13. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni





Sintesi dati ed indicatori di funzionalità  
SC III Medica

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	--------------------------------------	-------------------------------------

DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

**Ricovero ordinario**

Entrati	2.315	2.285	-30	-1,3
di cui accettati	2.073	1.971	-102	-4,9
di cui trasferiti	242	314	72	29,8
Usciti	2.303	2.289	-14	-0,6
Dimessi	1.846	1.872	26	1,4
di cui deceduti	167	188	21	12,6
Trasferiti	457	417	-40	-8,8
Casi trattati	2.323	2.307	-16	-0,7
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	15.987	15.636	-351	-2,2
Entrati usciti lo stesso giorno	276	228	-48	-17,4
Posti letto medi	40,0	40,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>111,1</i>	<i>108,7</i>	<i>-2,4</i>	
% DRG Chirurgici	1,7	1,2	-0,5	
% DRG Medici	98,3	98,8	0,5	
Peso DRG (dei dimessi)	1.882,5	1.884,5	1,9	0,1

**Ricoveri in DH**

Accolti	24	27	3	12,5
Dimessi	24	27	3	12,5
Accessi	110	117	7	6,4
Posti letto medi	2,0	2,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>17,50</i>	<i>18,90</i>	<i>1,40</i>	
<i>Accessi medi per caso</i>	<i>3,8</i>	<i>4,1</i>	<i>0,4</i>	<i>9,6</i>
<i>% DRG Chirurgici</i>	<i>0,00</i>	<i>3,70</i>	<i>3,70</i>	
<i>% DRG medici</i>	<i>100,00</i>	<i>96,30</i>	<i>-3,70</i>	
<i>% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici</i>	<i>90,48</i>	<i>80,77</i>	<i>-9,71</i>	
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	19	21	2	10,5
Peso DRG (dei dimessi)	12,4	15,9	3,6	28,9
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	<i>0,590</i>	<i>0,590</i>	<i>0,000</i>	<i>0,0</i>

**Attività ambulatoriale (fonte CUP)**

Numero di prestazioni per interni	80	91	11	13,8
Numero di prestazioni per esterni	4.028	3.789	-239	-5,9
di cui visite per esterni	1.193	1.090	-103	-8,6
di cui controlli per esterni	2.835	2.698	-137	-4,8
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	<i>29,6</i>	<i>28,8</i>	<i>-0,8</i>	
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>4,8</i>	<i>4,8</i>	<i>0,0</i>	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>1,1</i>	<i>0,9</i>	<i>-0,2</i>	
<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	<i>6,2</i>	<i>8,2</i>	<i>2,0</i>	

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017

**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.C. 3° MEDICA**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	114.695,56
Farmaci senza AIC	4.258,53
Dispositivi medici	75.209,10
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	3.052,71
Prodotti dietetici	4.154,82
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	1.272,62
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	3.200,79
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>205.844,13</b>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Razionalizzazione dei costi</p>	<p>1. Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.</p>	<p>Direttore SC</p>	<p>Budget annuale rispettato</p> <p><i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i></p>
<p>2. Avvio di un programma di CRRT con anticoagulazione loco-regionale con Citrato in Cardio-Chirurgia a seguito di richiesto aggiornamento tecnologico del monitor in service</p>	<p>1 Fornitura delle basi teoriche della metodica e conoscenza del monitor 2 Addestramento sul campo alle principali manovre (reset allarmi; cambio sacca dialisato; cambio sacca citrato e calcio; stacco in emergenza) 3 Estensione di un protocollo di gestione (chi fa cosa) Cardiochirurghi, Comparto, Nefrologi.</p>	<p>Medici della Nefrologia Comparto della rianimazione Cardiochirurgica Cardiochirurghi</p>	<p>Protocollo disponibile entro giugno Avvio dell'attività della CRRT con Citrato entro dicembre</p>
<p>3. Addestramento pratico alla Dialisi Peritoneale Manuale e Automatizzata del personale medico Nefrologico</p>	<p>1 Saper fare uno scambio manuale con le due diverse metodiche in uso 2 Saper fare i prelievi necessari per l'avvio del protocollo peritoniti 3 Saper aggiornare il programma in uso nel Cyler con le due metodiche di riferimento</p>	<p>Medici Nefrologi Infermieri di DP come tutor</p>	<p>-I medici della Nefrologia sanno fare un cambio manuale di DP al bisogno -I medici della Nefrologia sanno variare personalmente il programma dialitico nel cyler per la dialisi automatizzata.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
4. Revisione ed ulteriore strutturazione del percorso di continuità terapeutica del paziente nefropatico, dializzato e trapiantato fragile insieme con i Distretti	1 Revisione della casistica trattata finora 2 Definizione del percorso differenziato a seconda dei problemi prevalenti (identificazione delle figure coinvolte e dei bisogni; chi fa cosa) 3 Progettazione di un format condiviso di verifica del percorso effettuato nel singolo paziente.	Medici di Nefrologia Coordinatore infermieristico e infermieri della Nefrologia  In collaborazione con Personale dei Distretti e Assistenti Sociali	-Realizzazione del format e suo utilizzo per almeno un paziente
5. Utilizzo di una Valutazione Infermieristica costruita sulle esigenze dell'utente nefropatico	1 Costruire una Valutazione Infermieristica che sia mirata alle problematiche specifiche nefrologiche che sarà integrata nella cartella 2 Includere nella scheda informazioni prettamente nefrologiche (tipo dialisi, trapianto..)	Comparto della Nefrologia	Il 100% degli utenti ricoverati in Nefrologia viene valutato attraverso una Valutazione Infermieristica Nefrologica
6. Opuscolo di orientamento al trattamento sostitutivo per il paziente che inizia il trattamento dialitico durante il ricovero senza aver potuto passare attraverso l'Ambulatorio di Orientamento	Produzione di un opuscolo che illustri e orienti l'utente che ha necessità di iniziare un trattamento sostitutivo	Medici e Comparto della Nefrologia /dietiste/uff. comunicazione	Viene distribuito all'utente che intraprende il trattamento sostitutivo l'opuscolo informativo. (100%) Ciò viene segnalato sulla scheda infermieristica
7. Programmazione percorso di rotazione con scopo conoscitivo degli operatori delle Distretto 2 con operatori nefrologia	Percorso conoscitivo per tutto il personale della Nefrologia, con la finalità di far prendere visione agli operatori della gestione dell'utente nefropatico e dializzato al di fuori della struttura ospedaliera.	Comparto della Nefrologia	70% del personale della Nefrologia ha visitato le varie strutture del Distretto 2 per un totale di 6 ore

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Nello specifico il percorso dell'utente in dialisi peritoneale gestito a livello territoriale (RSA; SID) nel Distretto 2		
8. Diffusione di competenze nella gestione della dialisi peritoneale nel personale della Struttura e del DAI	1 Creazione di un piano di formazione teorico-pratico 2 Formulazione di procedure condivise per la gestione delle diverse situazioni peritoneali	Responsabile: Coordinatore Dialisi Docenti: Infermieri Peritoneale Discenti: Comparto della Dialisi	70% del personale formato; -esecuzione di 1 scambio di dialisi peritoneale manuale sul paziente; 5 infermieri del DAI formati
9. Predisposizione di un ambulatorio infermieristico nefrologico di gestione post-orientamento alla terapia sostitutiva in attesa del suo inizio.	1 Costruzione di un percorso specifico in sinergia con i servizi territoriali per la presa in carico nel tempo del malato nefropatico fino all'inizio della terapia sostitutiva 2 Costruzione ed utilizzo di una check list ad hoc per la presa in carico del malato e la sua gestione nel tempo	Comparto della Dialisi	Preso in carico di 5 malati nel periodo; 2 accessi per malato/mese
10. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Direttore Dirigenti medici	Ridurre le DDD dei fluorochinolonicidel 10% Ridurre il n. DDD totali del 15% Mantenere il valore delle DDD carbapenemi al valore del 2017 Riportare il valore delle DDD al valore del 201
11. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni



Sintesi dati ed indicatori di funzionalità  
SC Nefrologia e Dialisi

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

**Ricovero ordinario**

Entrati	371	364	-7	-1,9
di cui accettati	242	212	-30	-12,4
di cui trasferiti	129	152	23	17,8
Usciti	367	363	-4	-1,1
Dimessi	328	322	-6	-1,8
di cui deceduti	26	18	-8	-30,8
Trasferiti	39	41	2	5,1
Casi trattati	362	356	-6	-1,7
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	3.985	3.934	-51	-1,3
Entrati usciti lo stesso giorno	8	12	4	50,0
Posti letto medi	12,0	12,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	90,9	90,1	-0,8	
<i>% DRG Chirurgici</i>	19,8	23,1	3,3	
<i>% DRG Medici</i>	80,2	76,9	-3,3	
Peso DRG (dei dimessi)	414,6	423,0	8,4	2,0

**Ricoveri in DH**

Accolti	80	83	3	3,8
Dimessi	80	83	3	3,8
Accessi	590	325	-265	-44,9
Posti letto medi	2,0	2,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>93,90</i>	<i>52,40</i>	<i>-41,50</i>	
<i>Accessi medi per caso</i>	<i>7,4</i>	<i>3,7</i>	<i>-3,7</i>	<i>-50,0</i>
<i>% DRG Chirurgici</i>	<i>45,00</i>	<i>48,80</i>	<i>3,80</i>	
<i>% DRG medici</i>	<i>55,00</i>	<i>51,20</i>	<i>-3,80</i>	
<i>% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici</i>	<i>61,36</i>	<i>36,59</i>	<i>-24,77</i>	
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	27	15	-12	-44,4
Peso DRG (dei dimessi)	112,5	123,8	11,3	10,0
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	<i>1,410</i>	<i>1,510</i>	<i>0,100</i>	<i>7,1</i>

**Attività chirurgica**

Interventi chirurgici in regime ambulatoriale	0	0	0	===
Interventi chirurgici in regime di ricovero	91	110	19	20,9
<i>% di interventi urgenti</i>	<i>9,9</i>	<i>3,6</i>	<i>-6,3</i>	

**Attività ambulatoriale (fonte CUP)**

Numero di prestazioni per interni	2.314	1.658	-656	-28,3
Numero di prestazioni per esterni	68.415	69.749	1.334	1,9
di cui visite per esterni	26.937	26.847	-90	-0,3
di cui controlli per esterni	3.562	3.473	-89	-2,5
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	<i>88,3</i>	<i>88,5</i>	<i>0,2</i>	
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>===</i>	<i>0,8</i>	<i>===</i>	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>0,5</i>	<i>0,4</i>	<i>-0,1</i>	
<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	<i>0,7</i>	<i>1,2</i>	<i>0,5</i>	

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017



**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.C. NEFROLOGIA E DIALISI**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	1.316.041,81
Farmaci senza AIC	233.351,73
Dispositivi medici	962.350,05
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	24.800,05
Prodotti dietetici	3.651,96
Materiale per la profilassi	1.174,14
Prodotti chimici	15.753,26
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	2.741,47
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>2.559.864,47</b>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2. Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	Budget annuale rispettato  <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2. Azioni di programmazione territorio/ospedale/territorio nell'ottica della costruzione di un sistema di salute	1. Prosecuzione dei 4 tavoli di lavoro 2017: a. Polifarmacoterapia b. Nutrizione artificiale c. BPCO insufficienza respiratoria d. Gestione della persona fragile 2. Attivazione formale di almeno 3 ulteriori tavoli di lavoro con sottoscrizione dei relativi percorsi di lavoro condivisi tra i quali: a. la salute degli ultra75enni b. l'assistenza sanitaria nella residenzialità territoriale c. rete cure palliative (Collaborazione all'attuazione del percorso delle cure palliative) 3. Formalizzazione tavolo di lavoro di monitoraggio e verifica dei percorsi e di programmazione attività sinergiche	Responsabili di Distretto Dirigenti Infermieristici di Distretto Dirigenti e Coordinatore di SC Medicina Interna, Geriatria, Pronto Soccorso, Centro Cardiovascolare RID Dirigente e Coordinatore SC Pneumologia (punto c.)	1. Evidenza di indicatori di miglioramento nei 4 campi di lavoro 2. Attivazione formale di almeno 3 tavoli di lavoro, presenza di documento condiviso da tutte le strutture coinvolte ed evidenza delle prime azioni sinergiche messe in atto. 3. Verbali riunioni almeno bimestrali del tavolo di lavoro con evidenza dello stato dell'arte di applicazione dei percorsi e delle eventuali nuove proposte

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	(segreteria a cura del Coordinamento Distretti)		
3. Ottimizzazione del percorso di cura dei pazienti affetti da patologie Reumatiche ed Endocrine, attraverso la creazione di Pacchetti Ambulatoriali Complessi (vedi allegati)	Definizione di due proposte di pacchetti ambulatoriali per le patologie Reumatiche ed Endocrine	Direttore SC Responsabili Strutture Semplici	Presentazione proposte complete
4. Ottimizzazione del percorso di cura per pazienti affetti da Reumo artropatie infiammatorie associate a malattie infiammatorie croniche intestinali	1. Definizione del protocollo con l'interazione tra la Direzione della SS di Reumatologia con le SC di I <sup>a</sup> Medica e di Gastroenterologia . Dead line 30 marzo 2018 Ottimizzazione della terapia, in quanto condivisa, semplificazione del percorso diagnostico del paziente, con riduzione del tempo di attesa 2. Creazione di una Agenda CUP Condivisa con per la prenotazione delle visite specialistiche	In collaborazione con SS Reumatologia (afferente alla SC Medicina Clinica) S.C I <sup>a</sup> Medica S.C Gastroenterologia  Dott. Fabio Fischetti (Direttore SS Reumatologia) Dr.ssa Paola Tomietto SC Medicina Clinica) Dott. Silvano Bettio (SC Medicina Clinica) Dr. Dario Bianchini (SC I <sup>a</sup> Medica) Dott. Fabio Monica (Direttore SC Gastroenterologia) Dott.ssa Cinzia Tonello (SC Gastroenterologia	1. Stesura del protocollo entro il 31 maggio 2018; 2. Inizio inserimento pazienti nella lista CUP condivisa appena disponibile
5. Ottimizzazione del percorso di cura in ambito "Reumatologico" nella fase di primo screening per Arterite Gigantocellulare delle Grandi Arterie (AGA). Percorso facilitato per l'esame: eco-Doppler dei Tronchi Sovraortici.	Presso il CIEU verrà fornito alla SS Reumatologia uno slot a settimana, prenotabile a scelta tra martedì o giovedì in codice Breve.  <i>Razionale: l'accesso per primo screening all'indagine eco-Doppler TSA di terzo livello con indicazione AGA deve prevedere una tempistica breve e certa, essendo propedeutica alla</i>	Erogatori: CIEU- Medicina Clinica (dott. Bardelli) CIEU-Clinica Neurologica (dott.ssa Sarra) Prescrittori autorizzati: SS Reumatologia (UCO Medicina Clinica): Dott. Fabio Fischetti	Attivazione dell'agenda dal mese di Aprile  Indicatore di attività: monitorato dalle agende G2 in termini di delta tra giorno della richiesta e il giorno di erogazione della prestazione <10gg

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<i>"intention to treat" con steroidi. La terapia steroidea, anche con valore ex-adjuvantibus, è approccio terapeutico da intraprendere tempestivamente, ma che potrebbe "cancellare" le evidenze diagnostiche ecografiche, laddove l'indagine non venga svolta tempestivamente e con percorso facilitato presso una struttura con elevata esperienza nel settore.</i>	Dott.ssa Paola Tomietto Dott. Silvano Bettio  In collaborazione con Direzione CUP per la ottimizzazione delle agende G2 dedicate.	(Volume previsto di prestazioni: 30-50/anno)  <i>Nota: sono escluse le richieste di follow-up dopo la prima diagnosi, che seguono la normale programmazione D-P.</i>
6. Ottimizzazione del percorso di cura per pazienti affetti da Noduli Tiroidei da sottoporre a trattamento chirurgico,	<b>1</b> Definizione del protocollo con l'interazione tra la Direzione della SS di Endocrinologia e la S C di Chirurgia Generale . (Dead line 30 marzo 2018) <b>2)</b> Creazione di una Agenda CUP Condivisa per la prenotazione delle visite specialistiche  <i>Ottimizzazione della terapia, in quanto condivisa, semplificazione del percorso diagnostico del paziente, con riduzione del tempo di attesa per intervento chirurgico e per impostare terapia post-intervento</i>	Strutture coinvolte: SS Endocrinologia (afferente alla SC Medicina Clinica) S C Chirurgia Generale  Prof. Bruno Fabris (Direttore SS Endocrinologia) Dott.ssa stella Bernardi (SC Medicina Clinica) Dott.ssa. Veronica Calabrò (SC Medicina Clinica) Dott.ssa Chiara Dobrinja (SC Clinica Chirurgica) Dott.ssa Rita Eramo (SC Clinica Chirurgica) Infer. Donatella Veri Infer. Cinzia Rob Infer Luigina Fragiaco	1. Stesura del protocollo entro il 31 maggio 2018; 2. Inizio inserimento pazienti nella lista CUP condivisa appena disponibile Risultato atteso
7. Ottimizzazione del percorso di cura per "incidentalomi della tiroide" (i.e. riscontro incidentale di noduli tiroidei, non noti e non già in valutazione endocrinologica), nel corso di esame eco-Doppler dei Tronchi Sovraortici.	Definizione del protocollo con l'interazione tra la Direzione della SSD CIEU e la SS Endocrinologia incardinata nella SC Medicina Clinica. (Dead line 30 marzo 2018)  Il Protocollo definirà i criteri di: - clinici-ecografici di inclusione;	Strutture coinvolte: SSD CIEU SS Endocrinologia (afferente alla SC Medicina Clinica)  Dott. Moreno Bardelli (Direttore SSD CIEU) Prof. Bruno Fabris (Direttore SS	1. Stesura del protocollo entro il 31 maggio 2018; 2. Attivazione del percorso dal 1 giugno 2018 con registrazione dei casi avviati al percorso tramite annotazione in apposito registro presso il CIEU e

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- di refertazione ecografici contestuali al referto per l'indagine primaria;</li> <li>- di consenso informato al paziente e di accettazione del successivo "work-up" diagnostico;</li> <li>- sulle indagini preliminari di laboratorio da prescrivere a cura dello stesso erogatore della prestazione ultrasonografica, propedeutici alla successiva visita endocrinologica;</li> </ul> <p>di prenotazione contestuale della successiva visita endocrinologica tramite il desk multidisciplinare ambulatoriale del DAI di Medicina.</p> <p><i>Risultato atteso:</i> evidenziazione e definizione clinico-diagnostica di una patologia che altrimenti rischierebbe di rimanere misconosciuta con rischio clinico implicito aumentato, senza incrementare impropriamente lo studio estensivo degli incidentalomi tiroidei.</p>	<p>Endocrinologia) Dott.ssa stella Bernardi (SC Medicina Clinica) Dott.ssa. Veronica Calabrò (SC Medicina Clinica) Dott.ssa Vittoria Sarra (SC Clinica Neurologica)</p>	<p>annotazione dell'attivazione del percorso nel referto ecografico.</p> <p><i>Casi attesi:</i> non ponderabili preventivamente se non tramite stima approssimativa (20 casi/anno).</p>
<p>8. Miglioramento dell'attività assistenziale infermieristica, e di supporto nel Dipartimento delle Medicine, (anche attraverso la collaborazione di un fisioterapista)</p>	<p>1. Attivare tempestivamente la mobilitazione precoce ed un programma riabilitativo durante la degenza, deospedalizzando gli utenti con maggior grado di autonomia motoria dopo un ricovero acuto.</p> <p>2. Garantire una migliore presa in carico e continuazione del percorso riabilitativo</p>	<p>Comparto</p>	<p>1. Aumento del 10% nella scala di Barthel tra l'ingresso e la dimissione di tutti gli utenti che necessitano di un percorso riabilitativo presso altra struttura</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	post dimissione presso rsa 3. Aumentare il grado di partecipazione dei care-givers al processo di cura dell'utente 4. Impatto economico e di tempo sui familiari (caregivers) al rientro a domicilio. 5. Aumentare la soddisfazione dell'utente, effettuando informazione ed educazione		
9. Miglioramento della continuità delle cure e dell'assistenza al momento del trasferimento	Compilazione della scheda di dimissione infermieristica informatizzata visibile nel G2 per gli utenti trasferiti	Comparto	Aumento dell'80% nella compilazione della lettera di dimissione per gli utenti trasferiti
10. Sviluppo di modelli di presa in carico proattivi per la riduzione delle riacutizzazioni e dei ricoveri nelle persone fragili	1 Individuare le persone eleggibili 2. Somministrare la scheda prisma 7 a tutte le persone di età uguale o superiore a 65 anni oppure inferiore a 65 anni che per condizioni patologiche funzionali o sociali presentano caratteristiche di fragilità 3. Spiegare le finalità del progetto alla persona assistita e agli eventuali care giver 4. raccogliere il consenso o il dissenso 5.	Coordinatore e infermieri	1. 100% dei pazienti eleggibili sono valutati con la scheda prisma7 2. Invio la distretto di riferimento del 100% della documentazione richiesta come da azione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>in casi di consenso valutare il punteggio Barthel</p> <p>6. Compilare la scheda di segnalazione</p> <p>7. consegnare la scheda al distretto di riferimento</p>		
11. Rispetto della correttezza degli atti clinici	Garantire che la documentazione clinica sia firmata digitalmente	Direttore	Presenza della firma digitale in almeno il 90% delle lettere di dimissione e dei referti specialistici
12. Riorganizzazione della gestione dei posti letto	<p>1. Estendere al sabato la programmazione delle dimissioni</p> <p>2. Programmare le dimissioni entro le ore 14.00 con lettera di dimissione firmata digitalmente e contestuale prenotazione del trasporto con ambulanza se necessario</p>	Direttore Dirigenti medici	<p>1. Il numero di dimissioni del sabato si allinea almeno al 70% della media dei primi cinque giorni della settimana</p> <p>2. Almeno il 90% delle dimissioni rispetta l'azione</p>
13. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Direttore Dirigenti medici	Mantenere il valore del 2017 in termini di DDD complessive
14. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni



Sintesi dati ed indicatori di funzionalità  
SC Medicina Clinica (UCO)

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

**Ricovero ordinario**

Entrati	2.190	2.157	-33	-1,5
di cui accettati	1.926	1.889	-37	-1,9
di cui trasferiti	264	268	4	1,5
Usciti	2.178	2.155	-23	-1,1
Dimessi	1.541	1.480	-61	-4,0
di cui deceduti	185	178	-7	-3,8
Trasferiti	637	675	38	6,0
Casi trattati	2.189	2.175	-14	-0,6
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	16.082	16.442	360	2,2
Entrati usciti lo stesso giorno	303	242	-61	-20,1
Posti letto medi	37,0	37,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	121,0	123,5	2,5	
<i>% DRG Chirurgici</i>	1,8	2,0	0,2	
<i>% DRG Medici</i>	98,2	98,0	-0,2	
Peso DRG (dei dimessi)	1.528,9	1.502,8	-26,1	-1,7



**Ricoveri in DH**

Accolti	180	159	-21	-11,7
Dimessi	180	159	-21	-11,7
Accessi	1.376	1.317	-59	-4,3
Posti letto medi	3,0	3,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>146,10</i>	<i>141,60</i>	<i>-4,50</i>	
<i>Accessi medi per caso</i>	<i>7,4</i>	<i>8,1</i>	<i>0,7</i>	<i>9,6</i>
<i>% DRG Chirurgici</i>	<i>13,90</i>	<i>7,60</i>	<i>-6,30</i>	
<i>% DRG medici</i>	<i>86,10</i>	<i>92,40</i>	<i>6,30</i>	
<i>% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici</i>	<i>24,52</i>	<i>27,78</i>	<i>3,26</i>	
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	38	40	2	5,3
Peso DRG (dei dimessi)	165,7	131,1	-34,6	-20,9
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	<i>0,920</i>	<i>0,840</i>	<i>-0,080</i>	<i>-8,7</i>

**Attività ambulatoriale (fonte CUP)**

Numero di prestazioni per interni	1.169	844	-325	-27,8
Numero di prestazioni per esterni	9.802	12.910	3.108	31,7
di cui visite per esterni	1.951	2.372	421	21,6
di cui controlli per esterni	7.253	9.556	2.303	31,8
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	<i>21,2</i>	<i>19,9</i>	<i>-1,3</i>	
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>===</i>	<i>9,2</i>	<i>===</i>	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>1,8</i>	<i>5,9</i>	<i>4,1</i>	
<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	<i>11,3</i>	<i>10,3</i>	<i>-1,0</i>	

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017

**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.C. (UCO) MEDICINA CLINICA**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	1.856.224,19
Farmaci senza AIC	20.800,72
Dispositivi medici	76.763,42
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	2.663,39
Prodotti dietetici	2.875,91
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	1.332,72
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	1.903,41
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>1.962.563,76</b>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	Budget annuale rispettato  <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2. Azioni di programmazione territorio/ospedale/territorio nell'ottica della costruzione di un sistema di salute	1. Prosecuzione dei 4 tavoli di lavoro 2017: a. Polifarmacoterapia b. Nutrizione artificiale c. BPCOinsufficienza respiratoria d. Gestione della persona fragile 2. Attivazione formale di almeno 3 ulteriori tavoli di lavoro con sottoscrizione dei relativi percorsi di lavoro condivisi tra i quali: a. la salute degli ultra75enni b. l'assistenza sanitaria nella residenzialità territoriale c. rete cure palliative (Collaborazione all'attuazione del percorso delle cure palliative) 3. Formalizzazione tavolo di lavoro di monitoraggio e verifica dei percorsi e di programmazione attività sinergiche (segreteria a cura del Coordinamento	Responsabili di Distretto Dirigenti Infermieristici di Distretto Dirigenti e Coordinatore di SC Medicina Interna, Geriatria, Pronto Soccorso, Centro Cardiovascolare RID Dirigente e Coordinatore SC Pneumologia (punto c.)	1. Evidenza di indicatori di miglioramento nei 4 campi di lavoro 2. Attivazione formale di almeno 3 tavoli di lavoro, presenza di documento condiviso da tutte le strutture coinvolte ed evidenza delle prime azioni sinergiche messe in atto. 3. Verbali riunioni almeno bimestrali del tavolo di lavoro con evidenza dello stato dell'arte di applicazione dei percorsi e delle eventuali nuove proposte

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Distretti)		
3. Organizzazione e coordinamento dell'attività di gestione del malato acuto internistico ricoverato e dell'attività specialistica ambulatoriale e di consulenza della Clinica Medica	Organizzazione e coordinamento del personale medico nelle diverse attività di (a) gestione del malato acuto internistico ricoverato, (b) consulenze e visite urgenti di nutrizione artificiale, diabetologia, obesità, iperlipemie (gravi ipertrigliceridemie) trombofilia e terapia anticoagulante, (c) attività ambulatoriale di prevenzione della malnutrizione nel malato oncologico, obesità e sindrome metabolica, dislipidemie familiari.	Direttore	Produzione di un documento organizzativo e di coordinamento Attivazione della nuova organizzazione
4. Linea 3.2.15. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive, inclusa la resistenza antimicrobica (Programma XIII PRP 2014-2018) e piano nazionale di contrasto alle resistenze antimicrobiche 2017-2018 (PNCAR)	Applicazione dei principi di stewardship antimicrobica riguardanti la durata delle terapie antibiotiche nelle patologie infettive maggiormente prevalenti nei reparti di medicina.	Tutto il personale	1. Realizzazione di 5 riunioni interne entro 31 dicembre 2018 focalizzate sull'applicazione di dei principi di stewardship antimicrobica riguardanti la durata delle terapie nelle diverse patologie. 2. Due report semestrali (entro 30 giugno 2018 ed entro 31 dicembre 2018) sulla durata della terapia antibiotica basati sul controllo a campione consecutivo di 50 casi di infezioni delle basse vie respiratorie. 3. Ridurre le DDD carbapenemi del 20% Ridurre le DDD macrolidi del 10%
5. Linea 3.6.3. Reti di patologia Malattie rare.	1. sviluppo dell'ambulatorio delle dislipidemie familiari;	Dirigenza/Comparto Dott. Pierandrea Vinci Dott. Emiliano Panizon	1. Aumento di almeno il 10% del numero di prime visite per dislipidemia

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Malattie del metabolismo	<p>2. coordinamento con la rete delle malattie rare del FVG;</p> <p>3. coordinamento con la rete nazionale Lipigen per la diagnosi genetica delle dislipidemie familiari;</p> <p>4. Collaborazione con la SC DIPENDENZA DA SOSTANZE del DDD per interventi di cura del tabagismo nelle persone con dislipidemia familiare.</p> <p>5. Produzione di percorsi assistenziali riguardanti malattie rare metaboliche</p>	<p>Infermiera signora Cristina Bernetti</p> <p>In collaborazione con SC DIPENDENZA DA SOSTANZE LEGALI (ALCOL - TABACCO - GIOCO D'AZZARDO)</p>	<p>familiare rispetto al 2017</p> <p>2. Segnalazione di almeno 5 persone affette da tabagismo e dislipidemia familiare alla SC DIPENDENZA DA SOSTANZE LEGALI del DDD per interventi di cura.</p> <p>3. Malattie rare metaboliche: produrre entro il 31 dicembre 2018 almeno 1 percorso assistenziale.</p>
<p>6. Linea 3.2.7. Promozione dell'attività fisica (Programma V PRP)</p> <p>Realizzare progetti di promozione attività fisica adattata</p>	<p>Prescrizione di programma progressivo di attività fisica adattato a soggetti con obesità e complicanze internistiche monitorizzato mediante utilizzo di contapassi.</p>	<p>Ambulatorio Obesità</p> <p>Dott. Vinci, prof.Barazzoni, dietista signora Di Pasquale, infermiera signora Bernetti</p>	<p>Dimostrazione di almeno 10 prescrizioni di programma di attività fisica adattata (Fonte dati: Report finale su eventi intrapresi)</p>
<p>7. Linea 3.1.6. Reti di patologia.</p> <p>Realizzare percorsi integrati attivi e da implementare nell'ambito della presa in carico del paziente Oncologico. Migliorare la gestione del paziente attraverso discussione multidisciplinare</p>	<p>Prevenzione della cachessia neoplastica</p>	<p>Ambulatorio Nutrizione Clinica. Prof. Zanetti, dott.ssa Pirulli, dietista signora Argenta.</p>	<p>Monitorizzazione del peso corporeo per 3 mesi in 20 pazienti inviati all'ambulatorio di Nutrizione Clinica dalla SC Oncologia.</p> <p>(Fonte dati: Report finale su eventi intrapresi)</p>
<p>8. Report attività didattica e di tutoraggio</p>	<p>Monitoraggio attività didattica frontale e di tutoraggio clinico</p>	<p>Direttore e coordinatore</p>	<p>Report annuale</p>
<p>9.</p>	<p>Formazione del personale nella</p>	<p>Dirigenza/Comparto</p>	<p>Attivazione di almeno uno studio</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Promozione della ricerca clinica	realizzazione dei trial clinici secondo i principi della "GoodClinicalPractice"		clinico approvato dal Comitato Etico Regionale
10. Riorganizzazione della gestione dei posti letto	1. Estendere al sabato la programmazione delle dimissioni 2. Programmare le dimissioni entro le ore 14.00 con lettera di dimissione firmata digitalmente e contestuale prenotazione del trasporto con ambulanza se necessario	Direttore Dirigenti medici	1. Il numero di dimissioni del sabato si allinea almeno al 70% della media dei primi cinque giorni della settimana 2. Almeno il 90% delle dimissioni rispetta l'azione
11. Rispetto della correttezza degli atti clinici	Garantire che la documentazione clinica sia firmata digitalmente	Direttore	Presenza della firma digitale in almeno il 90% delle lettere di dimissione e dei referti specialistici
12. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni



Sintesi dati ed indicatori di funzionalità  
SC Clinica Medica (UCO)

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

**Ricovero ordinario**

Entrati	2.286	2.193	-93	-4,1
di cui accettati	2.042	1.910	-132	-6,5
di cui trasferiti	244	283	39	16,0
Usciti	2.271	2.196	-75	-3,3
Dimessi	1.880	1.804	-76	-4,0
di cui deceduti	243	195	-48	-19,8
Trasferiti	391	392	1	0,3
Casi trattati	2.305	2.224	-81	-3,5
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	17.302	18.746	1.444	8,3
Entrati usciti lo stesso giorno	206	201	-5	-2,4
Posti letto medi	40,0	40,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>119,6</i>	<i>129,8</i>	<i>10,2</i>	
<i>% DRG Chirurgici</i>	<i>1,3</i>	<i>1,3</i>	<i>0,0</i>	
<i>% DRG Medici</i>	<i>98,7</i>	<i>98,7</i>	<i>0,0</i>	
Peso DRG (dei dimessi)	1.834,9	1.776,0	-58,9	-3,2

**Ricoveri in DH**

Accolti	12	13	1	8,3
Dimessi	12	13	1	8,3
Accessi	91	64	-27	-29,7
Posti letto medi	2,0	2,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>14,50</i>	<i>10,30</i>	<i>-4,20</i>	
<i>Accessi medi per caso</i>	<i>3,6</i>	<i>3,4</i>	<i>-0,2</i>	<i>-5,6</i>
<i>% DRG Chirurgici</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>	
<i>% DRG medici</i>	<i>100,00</i>	<i>100,00</i>	<i>0,00</i>	
<i>% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici</i>	<i>25,00</i>	<i>53,85</i>	<i>28,85</i>	
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	3	7	4	133,3
Peso DRG (dei dimessi)	9,1	11,6	2,5	27,0
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	<i>0,760</i>	<i>0,890</i>	<i>0,130</i>	<i>17,1</i>

**Attività ambulatoriale (fonte CUP)**

Numero di prestazioni per interni	1.822	1.343	-479	-26,3
Numero di prestazioni per esterni	3.765	3.479	-286	-7,6
di cui visite per esterni	622	718	96	15,4
di cui controlli per esterni	1.693	1.111	-582	-34,4
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	<i>26,9</i>	<i>39,3</i>	<i>12,4</i>	
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>===</i>	<i>8,1</i>	<i>===</i>	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>0,9</i>	<i>1,7</i>	<i>0,8</i>	
<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	<i>11,4</i>	<i>11,1</i>	<i>-0,3</i>	

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017



**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.C. (UCO) CLINICA MEDICA**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	124.955,51
Farmaci senza AIC	3.384,92
Dispositivi medici	79.066,11
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	3.394,02
Prodotti dietetici	5.019,21
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	1.146,61
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	2.691,25
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>219.657,63</b>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2. Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	Budget annuale rispettato  <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2. Azioni di programmazione territorio/ospedale/territorio nell'ottica della costruzione di un sistema di salute	1. Prosecuzione dei 4 tavoli di lavoro 2017: a. Polifarmacoterapia b. Nutrizione artificiale c. BPCO insufficienza respiratoria d. Gestione della persona fragile 2. Attivazione formale di almeno 3 ulteriori tavoli di lavoro con sottoscrizione dei relativi percorsi di lavoro condivisi tra i quali: a. la salute degli ultra75enni b. l'assistenza sanitaria nella residenzialità territoriale c. rete cure palliative (collaborazione all'attivazione) 3. Formalizzazione tavolo di lavoro di monitoraggio e verifica dei percorsi e di programmazione attività sinergiche (segreteria a cura del Coordinamento Distretti)	Responsabili di Distretto Dirigenti Infermieristici di Distretto Dirigenti e Coordinatore di SC Medicina Interna, Geriatria, Pronto Soccorso, Centro Cardiovascolare RID Dirigente e Coordinatore SC Pneumologia (punto c.)	1. Evidenza di indicatori di miglioramento nei 4 campi di lavoro  2. Attivazione formale di almeno 3 tavoli di lavoro, presenza di documento condiviso da tutte le strutture coinvolte ed evidenza delle prime azioni sinergiche messe in atto.  3. Verbali riunioni almeno bimestrali del tavolo di lavoro con evidenza dello stato dell'arte di applicazione dei percorsi e delle eventuali nuove proposte

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
3. Miglioramento dell'assistenza ai pazienti oncologici anziani.	Attivazione di un percorso di follow-up di cure palliative per pazienti anziani neoplastici ricoverati in Geriatria	Dirigenti medici	Formalizzazione e attivazione del protocollo in collaborazione con la Prima Medica (per quanto riguarda i ricoverati a Cattinara).
4. Miglioramento delle capacità mnesiche e cognitive in anziani con deficit cognitivo moderato	Attivazione dell'ambulatorio di riattivazione cognitiva funzionale.	Dirigenti medici	Esecuzione di almeno 50 sedute di training cognitivo (5 pazienti per 10 sedute).
5. Linea regionale 3.3.1	Applicazione del protocollo sulla gestione e riduzione della polifarmacologia nell'anziano ultraottantenne con comorbidità	Direttore struttura complessa Dirigenti medici	Mantenere o ridurre la percentuale dei pazienti dimessi con meno di 5 principi attivi. Report analitico a fine anno.
6. Tendenza alla stabilizzazione o diminuzione delle polmoniti nosocomiali	Mobilizzazione quotidiana documentata dalla scheda infermieristica e corretta somministrazione dell'alimentazione nei pazienti disfagici.	Dirigenti e Comparto	Riduzione o stabilizzazione del numero di polmoniti nosocomiali rispetto al 2017
7. Mantenimento/miglioramento della soddisfazione dell'utenza sulle prestazioni della S.C.	Disponibilità verso l'utenza, azione professionale di tutto il personale.	Tutto il personale della S.C.	Numero di elogi registrato da URP nel 2018 superiore o uguale al 2017.
8. Migliore presa in carico dei pazienti fratturati di femore seguiti come Ortogeriatría.	Valutazione geriatrica quotidiana	Dirigenti medici	Numero di consulenze per paziente seguito in Ortogeriatría, uguali o superiori al 2017
9. Riduzione lesioni da decubito insorte durante la degenza	Mobilizzazione giornaliera con annotazione sulla scheda infermieristica.	Comparto	Report di verifica delle rilevazioni della scheda infermieristica all'accoglimento ed alla dimissione: diminuzione dell'incidenza rispetto al 2017
10. Sviluppo di modelli di presa in carico proattivi per la riduzione delle riacutizzazioni e dei ricoveri nelle	1. Individuare le persone eleggibili 2. Somministrare la scheda prisma 7 a	Coordinatore e infermieri	1. 100% dei pazienti eleggibili sono valutati con la scheda prisma7 2.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
persone fragili	tutte le persone di età uguale o superiore a 65 anni oppure inferiore a 65 anni che per condizioni patologiche funzionali o sociali presentano caratteristiche di fragilità 3. Spiegare le finalità del progetto alla persona assistita e agli eventuali care giver 4. raccogliere il consenso o il dissenso 5. in casi di consenso valutare il punteggio Barthel 6. Compilare la scheda di segnalazione 7. consegnare la scheda al distretto di riferimento		Invio la distretto di riferimento del 100% della documentazione richiesta come da azione
12. Riorganizzazione della gestione dei posti letto	1. Estendere al sabato la programmazione delle dimissioni 2. Programmare le dimissioni entro le ore 14.00 con lettera di dimissione firmata digitalmente e contestuale prenotazione del trasporto con ambulanza se necessario	Direttore Dirigenti medici	1. Il numero di dimissioni del sabato si allinea almeno al 70% della media dei primi cinque giorni della settimana 2. Almeno il 90% delle dimissioni rispetta l'azione
13. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Direttore Dirigenti medici	Mantenere le DDD del 2017
14.	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Attività scientifica di ricerca			



## Sintesi dati ed indicatori di funzionalità SC Geriatria

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

### DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

#### Ricovero ordinario

Entrati	819	907	88	10,7
di cui accettati	742	840	98	13,2
di cui trasferiti	77	67	-10	-13,0
Usciti	813	906	93	11,4
Dimessi	766	847	81	10,6
di cui deceduti	38	42	4	10,5
Trasferiti	47	59	12	25,5
Casi trattati	820	907	87	10,6
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	7.608	8.359	751	9,9
Entrati usciti lo stesso giorno	13	28	15	115,4
Posti letto medi	25,0	25,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	83,3	91,9	8,6	
<i>% DRG Chirurgici</i>	3,7	3,2	-0,5	
<i>% DRG Medici</i>	96,3	96,8	0,5	
Peso DRG (dei dimessi)	766,0	819,9	53,9	7,0

**Ricoveri in DH**

Accolti	0	0	0	===
Dimessi	0	0	0	===
Accessi	0	0	0	===
Posti letto medi	0,0	0,0	0,0	===

**Attività ambulatoriale (fonte CUP)**

Numero di prestazioni per interni	1.409	1.329	-80	-5,7
Numero di prestazioni per esterni	2.153	2.439	286	13,3
di cui visite per esterni	351	424	73	20,8
di cui controlli per esterni	64	51	-13	-20,3
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	<i>84,6</i>	<i>89,3</i>	<i>4,7</i>	
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>===</i>	<i>3,5</i>	<i>===</i>	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>2,1</i>	<i>1,7</i>	<i>-0,4</i>	
<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	<i>8,3</i>	<i>5,4</i>	<i>-2,9</i>	

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017

**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.C. GERIATRIA**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	42.386,70
Farmaci senza AIC	1.758,04
Dispositivi medici	31.271,50
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	947,06
Prodotti dietetici	3.372,00
Materiale per la profilassi	65,23
Prodotti chimici	974,68
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	1.134,85
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>81.910,06</b>



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Qualità e appropriatezza dell'offerta formativa in termini di didattica tutoriale passiva (primo livello didattico) e interattiva (secondo livello didattico) per rispettivamente: il CdS di Medicina e Chirurgia e le Scuole di Specializzazione di UNITS, ove insiste l'insegnamento dell'Angiologia e Diagnostica Vascolare Ultrasonografica. CdS interessati, con platea complessiva di ca 150 discenti: CdS Medicina e Chirurgia SS Medicina Interna SS Malattie dell'Apparato Cardiovascolare</p>	<p>1. Offerta di quattro slot al giorno (1 slot = 30 min) per almeno 100 giorni nel 2018, pari a ameno 200 ore di didattica tutoriale contestuale alle indagini ultrasonografiche in agenda CUP e interna. 2. Redazione di un registro presenze con annotazione individuale del tempo di tirocinio e tipologie di indagini oggetto dell'interazione tutoriale.</p>	<p>Direttore della SSD "Formazione e Ricerca in ultrasonografia vascolare"</p>	<p>Rilevazione presenze e ore tutoriali erogate tramite il registro informatico presso la SSD CIEU. Target: &gt;200 ore tutoriali nel 2018; &gt;400 giornate/discente nel 2018.</p>
<p>2. Ottimizzazione del percorso di cura per "incidentalomi della tiroide" (i.e. riscontro incidentale di noduli tiroidei, non noti e non già in valutazione endocrinologica), nel corso di esame eco-Doppler dei Tronchi Sovraortici.  Evidenziazione e definizione clinico-diagnostica di una patologia che altrimenti rischierebbe di rimanere misconosciuta con rischio clinico implicito aumentato, senza</p>	<p>1. Definizione del protocollo con l'interazione tra la Direzione della SSD CIEU e la SS Endocrinologia incardinata nella SC Medicina Clinica. 2. Attivazione del percorso dal 1 giugno 2018; 3. Registrazione dei casi avviati al percorso tramite annotazione in apposito registro presso il CIEU e annotazione dell'attivazione del</p>	<p>SSD CIEU  In comune con SS Endocrinologia (SC Medicina Clinica)</p>	<p>1. Stesura del protocollo entro il 31 maggio 2018; 2 Protocollo attivo dal 1 giugno. Almeno 20 casi/anno secondo protocollo.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
incrementare impropriamente lo studio estensivo degli incidentalomi tiroidei.	percorso nel referto ecografico.		
3. Ottimizzazione del percorso di cura in ambito "Reumatologico" nella fase di primo screening per Arterite Gigantocellulare delle Grandi Arterie (AGA). Percorso facilitato per l'esame: eco-Doppler dei Tronchi Sovraortici.	Presso il CIEU verrà fornito alla SS Reumatologia uno slot a settimana, prenotabile a scelta tra martedì o giovedì in codice Breve.  <i>Razionale: l'accesso per primo screening all'indagine eco-Doppler TSA di terzo livello con indicazione AGA deve prevedere una tempistica breve e certa, essendo propedeutica alla "intention to treat" con steroidi. La terapia steroidea, anche con valore ex-adjvantibus, è approccio terapeutico da intraprendere tempestivamente, ma che potrebbe "cancellare" le evidenze diagnostiche ecografiche, laddove l'indagine non venga svolta tempestivamente e con percorso facilitato presso una struttura con elevata esperienza nel settore.</i>	CIEU- (dott. Bardelli)  In collaborazione con SC Medicina Clinica SC Clinica Neurologica (dott.ssa Sarra)  Prescrittori autorizzati: SS Reumatologia (UCO Medicina Clinica): Dott. Fabio Fischetti Dott.ssa Paola Tomietto Dott. Silvano Bettio Direzione CUP: per la ottimizzazione delle agende G2 dedicate.	1. Attivazione dell'agenda dal mese di Aprile 2 Monitorato dalle agende G2 in termini di delta tra giorno della richiesta e il giorno di erogazione della prestazione <10gg  Volume previsto di prestazioni: 30-50/anno  <i>Nota: sono escluse le richieste di follow-up dopo la prima diagnosi, che seguono la normale programmazione D-P.</i>
4. Erogazione delle prestazioni per esterni	Coordinare l'attività al fine di mantenere i volumi di attività per sterna	Direttore	Mantenimento volumi attività 2017
4. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

## DAI EMATOLOGIA, ONCOLOGIA E INFETTIVOLOGIA

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Centro Unico di Somministrazione Antiblastici (presso l’Ospedale Maggiore)</p>	<p>Progettazione condivisa e funzionalità (inclusi percorsi di cura condivisi) del Centro Unico di Somministrazione Antiblastici (CUSA) per i pazienti ambulatoriali della SC Oncologia, SSD Oncologia della Donna, e della SC Ematologia</p>	<p>Direttore DAI in collaborazione con Dirigenti Medici ed Infermieri delle SC Oncologia, SSD Oncologia della Donna, e della SC Ematologia</p>	<p>1. Elaborazione del progetto condiviso entro il 30.04.18 2. Attivazione del CUSA entro il 30.06.18</p>
<p>2. Promuovere l’integrazione del personale del comparto in ambito dipartimentale per consolidare l’attivazione del Centro Unico di Somministrazione Farmaci Antiblastici e implementare l’UFA.</p>	<p>Predisporre ed attivare il progetto di organizzazione del lavoro del personale in CUSA;</p>	<p>Responsabile Infermieristico Dipartimentale.</p>	<p>1. Analisi organizzativa attivazione di un nuovo modello organizzativo in CUSA per il personale infermieristico e di supporto. 2. Attivazione di interventi formativi per l’utilizzo dei programmi specifici.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2. Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	Budget annuale rispettato  <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2. Continuità diagnostica e terapeutica dei pazienti dimessi	1. Al momento della dimissione dal reparto, programmazione del primo controllo clinico su agenda del DH/ambulatorio 2. Presa in carico del paziente, con particolare riguardo ai pazienti con necessità di monitoraggio stretto interciclo di chemioterapia e pazienti alla fine della chemioterapia per valutazione della stabilità clinica prima del passaggio in follow-up standard 3. Contatto con il MMG dei pazienti per spiegazioni ed approfondimenti	Medici e Infermieri DH	Incremento percentuale del numero di pazienti seguiti (+ 15%)  Riduzione degenza media rispetto al 2017
3. Posizionamento tempestivo di cateteri venosi periferici e CVC ad inserzione periferica , in ecoguida ,adatti a trattamenti prolungati (antiblastici, palliativi, nutrizionali, controllo del	1. Organizzazione ambulatorio PICC team OM, presso Medicheria Rianimazione e ambulatorio reparto di Ematologia 2. Garantire il posizionamento	1. Dirigenti Medici In comune con SC Anestesia e Rianimazione Ospedale Maggiore 2. Infermieri	Posizionamento dei cateteri venosi nel 100% delle richieste

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
dolore) Gestione ambulatoriale del paziente con riduzione della degenza e delle complicanze ad essa correlate. Agevolazione del carico di lavoro infermieristico Ricaduta di beneficio per il paziente (inizio precoce della terapia, riduzione della necessità di multiple venipunture, riduzione di flebiti e stravasi di farmaci)	tempestivo dei cateteri sia per pazienti ricoverati che ambulatoriali 3. Costituire il team multiprofessionale e multidisciplinare	In comune con SC Anestesia e Rianimazione Ospedale Maggiore 3. Medici e infermieri	
4. Ottimizzazione del percorso clinico-diagnostico dei pazienti affetti da malattia onco-ematologica	1 Formazione di un team composto da laboratoristi e clinici ematologi 2 Refertazione congiunta e discussa dei preparati citologici eseguiti su sangue periferico e midollo 3 Inserimento in G2 clinico della lettura ed interpretazione collegiale dell'aspirato midollare 4 Confronto con il risultato citometrico	Responsabile SC Ematologia  In comune con Responsabile SC Laboratorio	Pubblicazione del referto citologico dell'aspirato midollare su G2 clinico almeno nel 90% dei pazienti valutati
5. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Direttore Dirigenti medici	Ridurre DDD CARBAPENEMI del 10% Ridurre DDD CHINOLONICI del 20%
6. Rispetto della correttezza degli atti clinici	Garantire che la documentazione clinica sia firmata digitalmente	Direttore	Presenza della firma digitale in almeno il 90% delle lettere di dimissione e dei referti specialistici
7. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni



## Sintesi dati ed indicatori di funzionalità SC Ematologia clinica

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

### DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

#### Ricovero ordinario

Entrati	468	411	-57	-12,2
di cui accettati	396	341	-55	-13,9
di cui trasferiti	72	70	-2	-2,8
Usciti	466	406	-60	-12,9
Dimessi	437	363	-74	-16,9
di cui deceduti	39	27	-12	-30,8
Trasferiti	29	43	14	48,3
Casi trattati	469	393	-76	-16,2
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	5.543	6.000	457	8,2
Entrati usciti lo stesso giorno	7	5	-2	-28,6
Posti letto medi	19,0	19,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	79,8	86,6	6,8	
<i>% DRG Chirurgici</i>	3,0	6,1	3,1	
<i>% DRG Medici</i>	97,0	93,9	-3,1	
Peso DRG (dei dimessi)	808,8	826,8	18,0	2,2

**Ricoveri in DH**

Accolti	25	33	8	32,0
Dimessi	25	33	8	32,0
Accessi	420	389	-31	-7,4
Posti letto medi	6,0	6,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>22,30</i>	<i>20,90</i>	<i>-1,40</i>	
<i>Accessi medi per caso</i>	<i>13,1</i>	<i>9,0</i>	<i>-4,1</i>	<i>-31,0</i>
<i>% DRG Chirurgici</i>	<i>0,00</i>	<i>3,00</i>	<i>3,00</i>	
<i>% DRG medici</i>	<i>100,00</i>	<i>97,00</i>	<i>-3,00</i>	
<i>% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici</i>	<i>26,09</i>	<i>46,43</i>	<i>20,34</i>	
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	6	13	7	116,7
Peso DRG (dei dimessi)	22,3	31,4	9,1	40,8
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	<i>0,890</i>	<i>0,950</i>	<i>0,060</i>	<i>6,7</i>

**Attività ambulatoriale (fonte CUP)**

Numero di prestazioni per interni	739	966	227	30,7
Numero di prestazioni per esterni	16.440	16.383	-57	-0,3
di cui visite per esterni	1.164	1.239	75	6,4
di cui controlli per esterni	5.431	5.894	463	8,5
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	<i>17,6</i>	<i>17,4</i>	<i>-0,2</i>	
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>===</i>	<i>7,8</i>	<i>===</i>	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>1,0</i>	<i>1,1</i>	<i>0,1</i>	
<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	<i>10,7</i>	<i>9,4</i>	<i>-1,3</i>	

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017

**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.C. EMATOLOGIA**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	4.881.638,33
Farmaci senza AIC	5.756,53
Dispositivi medici	114.721,25
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	7.776,38
Prodotti dietetici	3.816,06
Materiale per la profilassi	112,06
Prodotti chimici	393,78
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	2.584,32
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>5.016.798,71</b>



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	Budget annuale rispettato  <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2. Riorganizzazione di tutta l'attività aziendale relativa alla patologia oncologica	Introdurre la modalità multidisciplinare per la definizione del percorso complessivo delle pazienti	Direttore	Valutazione e definizione del percorso dei nuovi casi in team multidisciplinare superiore al 80%
3. Passaggio prescrizioni chemioterapia sulla nuova piattaforma BMIND	1 Attivazione corsi di addestramento per utilizzo del nuovo sistema informatico 2 Utilizzo della nuova piattaforma per la prescrizione delle chemioterapie	SC Oncologia  In collaborazione con SC Ematologia CSO, Farmacia, Informatica/ dirigenti medici, Informatici, farmacisti	Evidenza della formazione tramite la raccolta delle firme di presenza Utilizzo ≥50% della prescrizione informatizzata su Bmind entro il 31.12.18
4. Utilizzo della piattaforma Bmind per allestimento e somministrazione delle chemioterapie	1. Attivazione addestramento utilizzo del nuovo software in reparto ed ambulatorio chemioterapie 2. Utilizzo della nuova piattaforma per allestimento e somministrazione delle chemioterapie	SC Oncologia,  In collaborazione con SC Ematologia, CSO, SC Farmacia, SC Informatica /Infermiere di ambulatori e degenza, personale UFA, farmacisti	Evidenza della formazione tramite relazione finali delle CI e la raccolta delle firme di presenza ≥50% utilizzo della preparazione e somministrazione informatizzata su Bmind con passaggio graduale entro il 31.12.18

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
5. Migliorare la qualità della compilazione della cartella infermieristica, in particolare l'area riservata alla pianificazione assistenziale.	1. Attività previste: 1 audit al mese 2. Controllo settimanale a campione delle cartelle cliniche	Comparto degli ambulatori e della degenza oncologica	1. Conformità standard richiesto rispetto al 2017 (evidenza nei report della direzione) 2. Evidenza di 1 audit mensile (nella relazione del CI) con analisi dei risultati ed eventuali procedure di correzione)
6. Appropriatezza prescrittiva farmaci ad alto costo	1. Aderenza alle indicazioni AIFA per la prescrizione dei farmaci AIFA 2. Selezione di due indicatori: a. il primo di processo (appropriatezza prescrittiva); b. Il secondo di esito (sopravvivenza mediana)	Dirigenti medici	Evidenza della congruità tra prescrizioni e indicazioni AIFA (schede AIFA) almeno nel 95% dei casi Revisione di una serie omogenea di paz con K colon retto avanzato, con caratterizzazione molecolare estesa RAS e RAF, trattati presso la SC Oncologia con obiettivo di tracciare il percorso terapeutico e la sua concordanza con le linee guida ESMO e valutazione della sopravvivenza mediana nella stessa coorte di pazienti.
7. Coordinamento attività clinico e assistenziale	Predisposizione congiunta di PDTA sulle lesioni neoplastiche cutanee maligne, con definizione di percorsi, responsabilità e competenze	Direttore  Obiettivo in comune con SC Chirurgia Plastica SC Dermatologia SC Anatomia Patologica	Documento PDTA redatto secondo le linee guida nazionali e/o europee formalmente sottoscritto e inizio attività coordinata
8. Meeting Multidisciplinare di neurooncologia	meeting di discussione dei casi, preparazione e pianificazione terapeutica anche a lungo termine, ottimizzazione tempistica di controllo	Neurochirurgia Radioterapia Oncologia Radiologia Neurologia	Almeno 50% dei casi neurooncologici complessi discussi collegialmente
9.	Revisione dei protocolli di uso degli	Direttore	Mantenere DDD del 2017

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Razionalizzazione uso degli antibiotici	antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Dirigenti medici	
10. Rispetto della correttezza degli atti clinici	Garantire che la documentazione clinica sia firmata digitalmente	Direttore	Presenza della firma digitale in almeno il 90% delle lettere di dimissione e dei referti specialistici
11. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni



## Sintesi dati ed indicatori di funzionalità SC Oncologia

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

### DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

#### Ricovero ordinario

Entrati	282	281	-1	-0,4
di cui accettati	208	207	-1	-0,5
di cui trasferiti	74	74	0	0,0
Usciti	279	284	5	1,8
Dimessi	268	264	-4	-1,5
di cui deceduti	40	41	1	2,5
Trasferiti	11	20	9	81,8
Casi trattati	279	273	-6	-2,2
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	2.975	3.189	214	7,2
Entrati usciti lo stesso giorno	0	2	2	===
Posti letto medi	10,0	10,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>81,3</i>	<i>87,4</i>	<i>6,1</i>	
<i>% DRG Chirurgici</i>	<i>6,0</i>	<i>6,8</i>	<i>0,8</i>	
<i>% DRG Medici</i>	<i>94,0</i>	<i>93,2</i>	<i>-0,8</i>	
Peso DRG (dei dimessi)	323,9	332,0	8,1	2,5

**Ricoveri in DH**

Accolti	0	0	0	===
Dimessi	0	0	0	===
Accessi	0	0	0	===
Posti letto medi	0,0	0,0	0,0	===

**Attività ambulatoriale (fonte CUP)**

Numero di prestazioni per interni	709	591	-118	-16,6
Numero di prestazioni per esterni	15.077	15.257	180	1,2
di cui visite per esterni	764	734	-30	-3,9
di cui controlli per esterni	6.802	7.320	518	7,6
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	<i>10,1</i>	<i>9,1</i>	<i>-1,0</i>	
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>===</i>	<i>2,7</i>	<i>===</i>	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>0,9</i>	<i>1,4</i>	<i>0,5</i>	
<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	<i>6,4</i>	<i>6,5</i>	<i>0,1</i>	

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017

**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.C. ONCOLOGIA**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	4.141.825,47
Farmaci senza AIC	148.481,41
Dispositivi medici	146.036,62
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	541,46
Prodotti dietetici	1.275,16
Materiale per la profilassi	49,28
Prodotti chimici	327,32
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	1.835,89
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>4.440.372,61</b>

## SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riproduttivo Femminile

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore	Budget annuale rispettato <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2. Riorganizzazione di tutta l'attività aziendale relativa alla patologia mammaria e ginecologica oncologica	Introdurre la modalità multidisciplinare per la definizione del percorso complessivo delle pazienti	Direttore	Valutazione e definizione del percorso in team multidisciplinare superiore al 90%
3. Riorganizzazione di tutta l'attività relativa alla patologia mammaria e ginecologica oncologica Appropriatezza tempi di attesa	Garantire l'appropriatezza dei tempi nell'erogazione del servizio e della terapia	Silva Foladore Angela Denaro Laura Danieli Claudia Mauro Martina Matarrese Patrizia Gregorich  In collaborazione con SSD Breast Unit ASUITS e con il GOG (Gruppo oncologico ginecologico IRCSS)	1. Apertura della cartella elettronica entro 3 gg dal ricevimento della documentazione completa nel 100% dei casi 2. Erogazione della prima visita oncologica entro 10 giorni > 90% dei pazienti da sottoporre a trattamento chemioterapico 3. Inizio del trattamento chemioterapico entro 15 giorni dall'erogazione della prima visita > 90% dei pazienti (Dati reperibili dal G2 clinico e Data base Breast Unit)
4. Screening oncologici	Organizzazione di un corso di formazione per i farmacisti	Carla Dellach	Percentuale di adesione al corso uguale o superiore al 30% dei

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Implementazione del tasso di adesione della popolazione mediante la formazione degli operatori	(professionisti front-office nel percorso relativo allo screening per il carcinoma del colon-retto)		farmacisti operanti nel territorio coinvolti nel percorso
5. Screening oncologici Prosecuzione e consolidamento delle attività	1. Programmazione percorsi di II° livello ai positivi I° livello diretta da parte del personale a) mammella: esito positivo di Mx di screening viene trasmesso alla segreteria del II livello presso il CSO che provvede a contattare telefonicamente tutte le pazienti e a fissare l'appuntamento per l'approfondimento diagnostico da eseguire presso la radiologia AOTS b) colon. Tutti i FOBT positivi vengono contattati telefonicamente dal personale della segreteria del II livello per colloquio e organizzazione appuntamento per la colonscopia 2. Richiamo telefonico dei pazienti "indecisi" e invio raccomandate per presa atto di eventuale rifiuto	Laura Danieli Claudia Mauro Martina Matarrese Patrizia Gregorich	offerta di II° livello ai positivi del primo livello con rispetto dei tempi massimi previsti dal piano almeno del 90%  Dati segreteria screening 31/12/2018
6. Reti di patologia Miglioramento dei percorsi di presa in carico della paziente oncologica ginecologica	1. Implementazione dl lavoro del GOG (Gruppo interdisciplinare ed interaziendale per la patologia oncologica ginecologica) 2. Realizzazione di PDTA per la presa in carico multidisciplinare di donne affette da carcinoma endometriale e	Rita Ceccherini Direttore  In collaborazione con SC Radioterapia SC Anatomia Patologica IRCSS Burlo Garofalo	1. Revisione della letteratura e delle principali linee guida nazionali e internazionali 2. Elaborazione di un percorso (con identificazione di indicatori di processo e di esito) con le strutture aziendali ed extraaziendali costituenti il GOG



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	tumori della cervice		3. Produzione di un documento condiviso
7. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno una pubblicazione



**Sintesi dati ed indicatori di funzionalità**  
**SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato riproduttivo femminile**

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Attività ambulatoriale (fonte CUP)**

Numero di prestazioni per esterni	===	14.085	===	===
di cui visite per esterni	===	2.128	===	===
di cui controlli per esterni	===	6.162	===	===
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	===	25,7	===	
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	===	1,5	===	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	===	1,2	===	
<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	===	3,3	===	

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017 e sarà integrata la scheda con ulteriori attività erogate.

**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.S.D. ONCOLOGIA SENOLOGICA E DELL'APPARATO**  
**RIPRODUTTIVO FEMMINILE**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	1.433.909,21
Farmaci senza AIC	89.461,61
Dispositivi medici	29.804,84
Dispositivi medici impiantabili attivi	
Dispositivi medico diagnostici in vitro	82,62
Prodotti dietetici	
Materiale per la profilassi	
Prodotti chimici	81,55
Materiale per uso veterinario	
Altri beni e prodotti sanitari	936,89
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>1.554.276,72</b>

SC Radioterapia

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	Budget annuale rispettato  <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2. Trattamento delle metastasi ossee entro 3 gg	1. Prima visita 2. Centramento 3. Conturing/ Calcolo 4. Trattamento	1. Radioterapisti 2. TSRM in Radioterapia 3. Fisici Sanitari	Trattamento del 95% dei casi entro il limite di 3 gg
3. Irradiazione Emoderivati	Irradiazione	TSRM in Radioterapia	Irradiazione > del 95% delle richieste
4. Attivazione delle Agende Informatizzate	1. Creazione delle Agende 2. Training 3. Attivazione delle Agende 4. Utilizzo	1. Radioterapisti 2. TSRM in Radioterapia 3. Coadiutori Amministrativi	Utilizzo delle agende Prima Visita e Follow-up e possibilità di prenotare tramite CUP . Utilizzo dell'impegnativa dematerializzata
6. Applicazione della radioterapia intraoperatoria (IORT) in un'unica seduta (21 Gy) nelle pazienti sottoposte a chirurgia conservativa della mammella	Selezione dei casi da trattare, sulla base del protocollo operativo sviluppato per definire i criteri di selezione delle pazienti. Trattamento esclusivo senza bisogno di ricorrere a radioterapia a fasci esterni.	Dirigenti e Comparto  Obiettivo comune con la SC di SC fisica sanitaria SC Chirurgia Senologica.	Trattamento di almeno cinque pazienti mediante terapia esclusiva in una singola seduta.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
7. Meeting Multidisciplinare di neurooncologia	meeting di discussione dei casi, preparazione e pianificazione terapeutica anche a lungo termine, ottimizzazione tempistica di controllo	Neurochirurgia Radioterapia Oncologia Radiologia Neurologia	Almeno 50% dei casi neurooncologici complessi discussi collegialmente
8 Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni



**Sintesi dati ed indicatori di funzionalità  
SC Radioterapia**

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Attività ambulatoriale (fonte CUP)**

Numero di prestazioni per interni	1.035	922	-113	-10,9
Numero di prestazioni per esterni	32.861	41.604	8.743	26,6

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017

**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.C. RADIOTERAPIA**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	1.981,46
Farmaci senza AIC	17.262,19
Dispositivi medici	7.488,55
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	32,98
Prodotti dietetici	-
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	3,87
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	1.864,87
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>28.633,92</b>

## SC Malattie Infettive

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2. Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	Budget annuale rispettato  <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2. Attuazione di percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio per gli utenti del DDD con epatite cronica da HCV in trattamento con farmaci di nuova generazione (DAA)	Assicurare percorsi clinico assistenziali integrati rivolti agli utenti del DDD con epatite cronica da HCV per la gestione dei protocolli farmacologici con DAA	Tutti i medici della SC Malattie Infettive in collaborazione con il Dipartimento delle Dipendenze e la SC Patologie del Fegato	Il 100% degli utenti del DDD con epatite cronica da HCV in terapia farmacologica con DAA viene preso in carico congiuntamente con le strutture di riferimento (SC Malattie Infettive e/o Patologie del Fegato) <i>entro 31/12/2018</i>
3. Rischio clinico – Qualità ed appropriatezza nell'erogazione delle cure: contenimento della resistenza agli antibiotici	Implementare l'uso della diagnosi microbiologica rapida con metodica di biologia molecolare (Film-array) per guidare la scelta rapida dell'antibiotico nelle sepsi severe/shock settico e nelle polmoniti complicate	Dirigenti Medici della SC Malattie Infettive e  In comune con Dirigenti Medici e Biologi della SC di Microbiologia e Virologia	1. Incremento di almeno il 20% dell'uso del test Film-array (sepsi) rispetto a quanto riportato nel 2017 2. Almeno 40 tests Film-array eseguiti su campioni respiratori (BAL o tracheoaspirati) in polmoniti complicate
4. Garantire l'educazione sanitaria e la prevenzione delle infestazioni da acaro della scabbia	1 Creazione di un gruppo di lavoro finalizzato alla ricerca bibliografica e alla creazione di un opuscolo informativo sui trattamenti ai quali viene sottoposta la persona con	Comparto	Evidenza dell'opuscolo informativo. Evidenza in cartella clinica dell'avvenuta consegna.



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>infestazione da acaro della scabbia e contenente le note educative e di profilassi per nuove infestazioni.</p> <p>2 Ricerca delle evidenze</p> <p>3 Incontro formativo di Struttura</p> <p>4 Consegna della brochure alle persone interessate</p>		
5. Garantire l'avvio e l'applicazione della procedura per l'allestimento del Ganciclovir	<p>1. Formazione degli Infermieri (6 ore)</p> <p>2. Incontro con OSS (regole di smaltimento) incontro informativo e di condivisione con il Personale di Struttura (tracciabilità nella relazione del Coordinatore)</p> <p>3. Conoscenza e applicazione della procedura</p>	<p>Coordinatore infermieristico Comparto</p> <p>In collaborazione con la Farmacia.</p>	<p>Formazione Infermieri (6ore) Evidenza dell'uso del protocollo</p>
6. Razionalizzazione uso degli antibiotici	<p>Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive</p>	<p>Direttore Dirigenti medici</p>	<p>Ridurre del 10% le DDD di fluorochinolici e cefalosporine di 3-4a</p>
7. Attività scientifica di ricerca	<p>Produzione attività scientifica di ricerca</p>	<p>Tutta la Struttura</p>	<p>Almeno due pubblicazioni</p>



## Sintesi dati ed indicatori di funzionalità SC Malattie Infettive

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

### DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

#### Ricovero ordinario

Entrati	408	380	-28	-6,9
di cui accettati	318	272	-46	-14,5
di cui trasferiti	90	108	18	20,0
Usciti	410	376	-34	-8,3
Dimessi	354	318	-36	-10,2
di cui deceduti	8	7	-1	-12,5
Trasferiti	56	58	2	3,6
Casi trattati	397	367	-30	-7,6
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	3.928	4.287	359	9,1
Entrati usciti lo stesso giorno	5	7	2	40,0
Posti letto medi	12,0	12,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	89,5	98,0	8,5	
<i>% DRG Chirurgici</i>	6,8	7,9	1,1	
<i>% DRG Medici</i>	93,2	92,1	-1,1	
Peso DRG (dei dimessi)	436,6	437,3	0,7	0,2

**Ricoveri in DH**

Accolti	81	78	-3	-3,7
Dimessi	81	78	-3	-3,7
Accessi	995	980	-15	-1,5
Posti letto medi	4,0	4,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>79,20</i>	<i>79,00</i>	<i>-0,20</i>	
<i>Accessi medi per caso</i>	<i>12,3</i>	<i>12,6</i>	<i>0,3</i>	<i>2,3</i>
<i>% DRG Chirurgici</i>	<i>1,20</i>	<i>2,60</i>	<i>1,40</i>	
<i>% DRG medici</i>	<i>98,80</i>	<i>97,40</i>	<i>-1,40</i>	
<i>% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici</i>	<i>20,00</i>	<i>3,95</i>	<i>-16,05</i>	
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	16	3	-13	-81,3
Peso DRG (dei dimessi)	93,5	83,4	-10,2	-10,9
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	<i>1,150</i>	<i>1,070</i>	<i>-0,080</i>	<i>-7,0</i>

**Attività ambulatoriale (fonte CUP)**

Numero di prestazioni per interni	3.088	3.393	305	9,9
Numero di prestazioni per esterni	2.773	3.000	227	8,2
di cui visite per esterni	598	740	142	23,7
di cui controlli per esterni	1.957	1.876	-81	-4,1
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	<i>23,4</i>	<i>28,3</i>	<i>4,9</i>	
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>===</i>	<i>14,1</i>	<i>===</i>	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>7,2</i>	<i>7,3</i>	<i>0,1</i>	
<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	<i>18,4</i>	<i>17,3</i>	<i>-1,1</i>	

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017

**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.C. MALATTIE INFETTIVE**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	1.891.179,15
Farmaci senza AIC	4.283,58
Dispositivi medici	42.039,92
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	737,97
Prodotti dietetici	2.186,36
Materiale per la profilassi	1.031,75
Prodotti chimici	196,26
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	2.808,06
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>1.944.463,05</b>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	Budget annuale rispettato  <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2. Coordinamento attività clinico e assistenziale	Predisposizione congiunta di PDTA sulle lesioni neoplastiche cutanee maligne, con definizione di percorsi, responsabilità e competenze	Direttore  Obiettivo in comune con SC Chirurgia Plastica SC Oncologia SC Anatomia Patologica	Documento PDTA redatto secondo le linee guida nazionali e/o europee formalmente sottoscritto e inizio attività coordinata
3. Prevenzione delle malattie infettive. Attività di diagnosi e prevenzione della scabbia	Redazione ed adozione di una Procedura per la gestione dei casi di scabbia, relativamente ai provvedimenti nei confronti di malati, conviventi/contatti, ambiente Nei contesti: 1. scuola 2. famiglia 3. residenze collettive per anziani 4. richiedenti asilo Formazione sul campo finalizzata all'adozione della Procedura ed alla diagnosi con l'ausilio del dermoscopio	Direttore  Obiettivo in comune con Responsabile di Struttura SCISP(DIP) Responsabile Centro Malattie Sessualmente Trasmesse	Raggiungere la percentuale del 50% di diagnosi di certezza nelle notifiche di scabbia pervenute dal mese di settembre 2018. (nel 2017 32%, 7 su 23 casi notificati)
4. Coordinamento attività clinico e assistenziale	Integrazione e nuova strutturazione degli ambulatori di I, II, III livello. Elaborazione di metodi di prenotazioni	Coordinatrice Medici Comparto	Miglioramento delle performance del 2017 dei tempi di attesa rispetto a i codici prenotazione U, B, D, P

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	e descrizioni dell'attività assistenziale sulla carta dei servizi		aumentando il numero delle prestazioni
5. Continuità assistenziale	1 Formalizzazione linee guida diagnostiche terapeutiche assistenziali per ogni settore di attività della Struttura	Medici	1. Almeno tre documenti di lavoro entro giugno 18 Rotazione programmata del personale medico nei vari settori operativi a partire da giugno 18
	2. Formazione di ulteriori due infermieri alla procedura della fototerapia	Coordinatrice	2. Garantire la programmazione continuativa del servizio di fototerapia
6. Miglioramento dell'assistenza	Elaborazione di percorsi assistenziali infermieristici di Struttura integrati: riunioni mensili con formazione di sottogruppi di approfondimento tematico che coinvolgano il personale di tutte le aree operative	Comparto	1. Formalizzazione di almeno due percorsi integrati 2. Poster descrittivo delle attività infermieristiche
7. Agevolare la preparazione preoperatoria di pazienti non collaboranti per patologie neurologiche degenerative o congenite, che necessitano di un'organizzazione dedicata. Evitare accessi multipli Causare minimo disagio per il paziente ed il care –giver.	Organizzare un unico accesso pre-operatorio, in cui vengono effettuati prelievi ematici ed esami strumentali, anche in sedazione, con monitoraggio in terapia intensiva. I pz. oncologici della S.C. Dermatologia che vengono avviati al percorso chirurgico in DAY SURGERY , effettuano gli esami pre-operatori in collaborazione con l'Amb. Moduli-Day Surgery-O.M : 1.Ricovero in S.C. Dermatologia 2. Trasferimento in S.C. Anestesia e Rianimazione O.M. 3. Esecuzione degli esami ematochimici e strumentali, anche in sedazione.	Dirigenti Medici e Personale Infermieristico S.C. Dermatologia  In comune con Dirigenti Medici e Personale Infermieristico S.C. Anestesia e Rianimazione O.M.	Evasione 100% delle richieste

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	4. Ri-trasferimento in S.C. Dermatologia e dimissione in giornata.		
8. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Direttore Dirigenti medici	Ridurre le DDD complessive del 15%
9. Rispetto della correttezza degli atti clinici	Garantire che la documentazione clinica sia firmata digitalmente	Direttore	Presenza della firma digitale in almeno il 90% delle lettere di dimissione e dei referti specialistici
10. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni



Sintesi dati ed indicatori di funzionalità  
SC Clinica Dermatologica (UCO)

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

**Ricovero ordinario**

Entrati	192	207	15	7,8
di cui accettati	177	186	9	5,1
di cui trasferiti	15	21	6	40,0
Usciti	194	207	13	6,7
Dimessi	177	183	6	3,4
Trasferiti	17	24	7	41,2
Casi trattati	183	192	9	4,9
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	1.750	1.567	-183	-10,5
Entrati usciti lo stesso giorno	9	15	6	66,7
Posti letto medi	5,0	5,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>96,1</i>	<i>86,7</i>	<i>-9,4</i>	
<i>% DRG Chirurgici</i>	<i>9,6</i>	<i>19,7</i>	<i>10,1</i>	
<i>% DRG Medici</i>	<i>90,4</i>	<i>80,3</i>	<i>-10,1</i>	
Peso DRG (dei dimessi)	151,4	146,6	-4,8	-3,2



**Ricoveri in DH**

Accolti	371	358	-13	-3,5
Dimessi	371	358	-13	-3,5
Accessi	1.558	1.528	-30	-1,9
Posti letto medi	2,0	2,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>248,10</i>	<i>246,50</i>	<i>-1,60</i>	
<i>Accessi medi per caso</i>	<i>4,2</i>	<i>4,3</i>	<i>0,1</i>	<i>1,7</i>
<i>% DRG Chirurgici</i>	<i>58,50</i>	<i>62,70</i>	<i>4,20</i>	
<i>% DRG medici</i>	<i>41,50</i>	<i>37,30</i>	<i>-4,20</i>	
<i>% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici</i>	<i>3,90</i>	<i>11,28</i>	<i>7,38</i>	
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	6	15	9	150,0
Peso DRG (dei dimessi)	318,8	302,7	-16,1	-5,0
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	<i>0,860</i>	<i>0,850</i>	<i>-0,010</i>	<i>-1,2</i>

**Attività ambulatoriale (fonte CUP)**

Numero di prestazioni per interni	3.492	3.223	-269	-7,7
Numero di prestazioni per esterni	18.839	20.397	1.558	8,3
di cui visite per esterni	6.567	7.307	740	11,3
di cui controlli per esterni	3.953	3.467	-486	-12,3
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	<i>62,4</i>	<i>67,8</i>	<i>5,4</i>	
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>===</i>	<i>10,8</i>	<i>===</i>	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>5,1</i>	<i>5,6</i>	<i>0,5</i>	
<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	<i>13,4</i>	<i>14,0</i>	<i>0,6</i>	

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017

**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.C. (UCO) CLINICA DERMATOLOGICA**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	411.204,48
Farmaci senza AIC	15.140,86
Dispositivi medici	323.964,31
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	26.261,52
Prodotti dietetici	264,01
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	280,00
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	1.459,95
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>778.575,13</b>

## DAI CHIRURGIA

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Ottimizzazione degenze per aree di patologia	Apertura dei letti di Gastroenterologia nel DAI di Chirurgia	Direttore DAI	Almeno il 50% dei ricoveri con DRG gastroenterologici di ASUITS viene ricoverato nei letti specifici (con identificazione dei DRG bersaglio per il monitoraggio)
2. Ottimizzazione percorsi multidisciplinari	Utilizzo del protocollo di gestione delle milze potenzialmente settiche nei pazienti con endocardite settica	Direttore DAI	Tutti i pazienti con potenziale milza settica seguono il protocollo condiviso (report a fine anno)
3. Co- progettazione di un Centro Unico moduli preoperatori	Supportare la progettazione di un Centro Unico moduli preoperatori in cui raccogliere le preparazioni di tutti i cittadini operandi, attraverso l'analisi e la definizione dei processi, dei percorsi specialistici e dei volumi di attività delle strutture di afferenza.	Responsabile Infermieristico Dipartimentale.  In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica	Presentazione di un report: casistica e volumi di attività Identificazione dei casi clinici che rientrano in percorsi dedicati Definizione dei profili diagnostici di base e specialistici

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2. Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	Budget annuale rispettato <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2. Riduzione delle complicanze post operatorie	1. Audit delle complicanze chirurgiche 2. Sorveglianza protocolli medicazioni in reparto, concertazione sulle modifiche della scheda di rilevazione delle infezioni monitorate, in collaborazione con il CIO 3. Sorveglianza trattamento ambulatoriale ferite	1. Dr Biloslavo, Dr Fezzi 2. Dr Pozzetto, Dr Obersnu Comparto ambulatorio 3. Dr Ruttar, Dr Gobessi, Comparto ambulatorio	1. Produzione di almeno 5 report nell'anno relativi agli audit con analisi critica delle informazioni e piano di miglioramento formale se necessario 2. Report infezioni ferita/trattamenti inadeguati con analisi critica delle informazioni e piano di miglioramento formale se necessario 3. Report n° medicazioni pazienti seguiti in ambulatorio/ pazienti seguiti congiuntamente con analisi critica delle informazioni e piano di miglioramento formale se necessario
3. Migliorare allerta malati critici	1. Adozione protocollo NEWS con relative schede 2. Utilizzo protocollo NEWS da giugno 2018	1. Dr Biloslavo, dr Cosola, IP Morgana, IP Germani 2. Dirigenza, Comparto	1. Preparazione schede, implementazione FUT 2. Rispetto del protocollo a partire da giugno. Verifica con audit su 100 cartelle con analisi critica delle

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			informazioni e piano di miglioramento formale se necessario
4. Migliorare soddisfazione dell'utenza	Aggiunta alle schede di richiamata telefonica di un questionario di soddisfazione dell'utenza	Rossana Zarli, Luigia Fragiacomò, Alessandra Agnoletto, Tatiana Prelc	Report e verifica a campione su 100 casi con analisi critica delle informazioni e piano di miglioramento formale se necessario
5. Miglioramento qualità delle prestazioni	<ol style="list-style-type: none"> <li>Potenziare la partecipazione alle riunioni multidisciplinari per patologia: gastrointestinali</li> <li>Organizzazione multidisciplinari oncologiche</li> <li>Organizzazione multidisciplinari bariatriche</li> <li>Avvio terapia laser fistole anali</li> <li>Riduzione degenza melanomi/ linfonodo sentinella</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Dirigenza In collaborazione con Oncologia, gastroenterologia, CSF, Anatomia Patologica, Radioterapia, Radiologia</li> <li>dr Tarchi, dr Casagranda</li> <li>dr Palmisano, dr Giuricin</li> <li>dr Babic, dr Convertino, dr Martinolli</li> <li>dr Turollo</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Valutazione individuale per dirigente: almeno 15 presenze/anno: raggiunto; 10-15 presenze/anno: parzialmente raggiunto; &lt;10, non raggiunto Report a cura del Direttore SC UCO Chirurgia Generale</li> <li>Evidenza dei calendari e dei pazienti esaminati</li> <li>Evidenza dei calendari e dei Pazienti esaminati</li> <li>Report pazienti trattati e n° visite post-operatorie</li> <li>il 70% dei pazienti operati è dimesso in prima giornata p.o.</li> </ol>
6. Ottimizzazione del percorso di cura per pazienti affetti da Noduli Tiroidei da sottoporre a trattamento chirurgico	<ol style="list-style-type: none"> <li>Definizione del protocollo con l'interazione tra la Direzione della SS di Endocrinologia e la S C di Chirurgia Generale. (Dead line 30 marzo 2018)</li> <li>Creazione di una Agenda CUP Condivisa per la prenotazione delle</li> </ol>	<p>S C Chirurgia Generale</p> <p>In comune con SS Endocrinologia (afferente alla SC Medicina Clinica)</p> <p>Dirigenti Medici Coinvolti: Prof. Bruno Fabris (Direttore SS Endocrinologia)</p>	<p>Stesura del protocollo entro il 30 marzo 2018;</p> <p>I pazienti sono inseriti nella lista CUP condivisa</p> <p>Risultato atteso: Ottimizzazione della terapia, in quanto condivisa, semplificazione del percorso diagnostico del paziente, con riduzione</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	visite specialistiche	Dott.ssa stella Bernardi (SC Medicina Clinica) Dott.ssa. Veronica Calabrò (SC Medicina Clinica) Dott.ssa Chiara Dobrinja, Dott Rita Eramo (UCO Clinica Chirurgica)	del tempo di attesa
7. Report attività didattica e di tutoraggio	Monitoraggio attività didattica frontale e di tutoraggio Monitoraggio attività di ricerca	Direttore e coordinatore	Report annuale
8. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Direttore Dirigenti medici	Mantenere gli standard del 2017
9. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni



Sintesi dati ed indicatori di funzionalità  
SC Clinica Chirurgica (UCO)

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

**Ricovero ordinario**

Entrati	2.507	2.579	72	2,9
di cui accettati	2.121	2.149	28	1,3
di cui trasferiti	386	430	44	11,4
Usciti	2.503	2.574	71	2,8
Dimessi	2.104	2.103	-1	0,0
di cui deceduti	37	28	-9	-24,3
Trasferiti	399	471	72	18,0
Casi trattati	2.307	2.351	44	1,9
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	13.935	14.995	1.060	7,6
Entrati usciti lo stesso giorno	206	266	60	29,1
Posti letto medi	57,0	52,8	-4,2	-7,4
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	67,8	79,2	11,4	
<i>% DRG Chirurgici</i>	74,6	73,7	-0,9	
<i>% DRG Medici</i>	25,4	26,3	0,9	
Peso DRG (dei dimessi)	2.830,8	2.789,9	-40,9	-1,4

**Ricoveri in DH**

Accolti	237	250	13	5,5
Dimessi	237	250	13	5,5
Accessi	240	252	12	5,0
Posti letto medi	6,0	6,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>12,70</i>	<i>13,50</i>	<i>0,80</i>	
<i>Accessi medi per caso</i>	<i>1,0</i>	<i>1,0</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>
<i>% DRG Chirurgici</i>	<i>94,10</i>	<i>98,40</i>	<i>4,30</i>	
<i>% DRG medici</i>	<i>5,90</i>	<i>1,60</i>	<i>-4,30</i>	
<i>% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici</i>	<i>14,29</i>	<i>0,00</i>	<i>-14,29</i>	
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	2	0	-2	-100,0
Peso DRG (dei dimessi)	174,9	194,8	19,9	11,4
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	<i>0,740</i>	<i>0,780</i>	<i>0,040</i>	<i>5,4</i>

**Attività chirurgica**

Interventi chirurgici in regime ambulatoriale	152	118	-34	-22,4
Interventi chirurgici in regime di ricovero	2.024	2.077	53	2,6
<i>% di interventi urgenti</i>	<i>30,5</i>	<i>32,9</i>	<i>2,4</i>	
<i>Tasso operatorio (ric. ord. + dh)</i>	<i>80,3</i>	<i>80,8</i>	<i>0,5</i>	
<i>% DRG chirurgici (ric. ord. + dh)</i>	<i>76,6</i>	<i>76,3</i>	<i>-0,3</i>	
<i>% Day surgery</i>	<i>30,9</i>	<i>31,4</i>	<i>0,5</i>	

**Attività ambulatoriale (fonte CUP)**

Numero di prestazioni per interni	7.849	6.637	-1.212	-15,4
Numero di prestazioni per esterni	12.071	11.049	-1.022	-8,5
di cui visite per esterni	4.223	3.830	-393	-9,3
di cui controlli per esterni	1.213	1.138	-75	-6,2
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	<i>77,7</i>	<i>77,1</i>	<i>-0,6</i>	
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>===</i>	<i>4,0</i>	<i>===</i>	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>1,9</i>	<i>2,6</i>	<i>0,7</i>	



<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	6,4	6,2	-0,2
---	-----	-----	------

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017

**Budget 2018 - Risorse correnti  
S.C. (UCO) CLINICA CHIRURGICA**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	218.891,70
Farmaci senza AIC	12.711,59
Dispositivi medici	1.278.163,58
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	3.217,05
Prodotti dietetici	3.471,42
Materiale per la profilassi	542,08
Prodotti chimici	972,80
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	5.267,56
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>1.523.237,78</b>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore/ risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	1. Budget annuale rispettato <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2. Ottimizzazione del percorso di cura per pazienti affetti da malattie infiammatorie croniche intestinali con associato Reumo artropatie infiammatorie	1. Definizione del protocollo con l'interazione tra la Direzione della SS di Reumatologia con le SC di I <sup>a</sup> Medica e di Gastroenterologia . 2. Creazione di una Agenda CUP Condivisa con per la prenotazione delle visite specialistiche	1. Strutture coinvolte: SS Reumatologia (afferente alla SC Medicina Clinica) S.C I <sup>a</sup> Medica S.C Gastroenterologia 2. Dirigenti Medici Coinvolti: Dott. Fabio Fischetti (Direttore SS Reumatologia) Dr.ssa Paola Tomietto SC Medicina Clinica) Dott. Silvano Bettio (SC Medicina Clinica) Dr. Dario Bianchini (SC I <sup>a</sup> Medica) Dott. Fabio Monica (Direttore SC Gastroenterologia) Dott.ssa Cinzia Tonello (SC Gastroenterologia )	Cronoprogramma: Stesura del protocollo entro il 30 maggio 2018  Indicatore: Numero pazienti inseriti nella lista CUP condivisa  Risultato atteso: Ottimizzazione della terapia, in quanto condivisa, semplificazione del percorso diagnostico del paziente, con riduzione del tempo di attesa
2 Didattica e ricerca	Attivazione del primo anno della scuola di specializzazione in malattie dell'apparato digerente	Dirigenti medici Sc gastroenterologia Dirigenti medici CPF	Indicatori dirigenti medici Garanzia della attività formativa con documentata attività dello

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore/ risultato atteso/tempo
		Strutture coinvolte: Clinica patologia del fegato Chirurgia generale	specializzando firmata dai dirigenti medici
3 Attivazione degenze ordinarie di gastroenterologia	1 Definizione del numero di pl e collocazione 2 Definizione dei gruppi di patologie 3 Definizione delle competenze della dirigenza e del comparto 4 Strutturazione dei piani di lavoro e delle risorse	1. Direttore SC Gastroenterologia 2. Dirigenti SC Gastroenterologia 3. Direttore e dirigenti SC Gastroenterologia 4. Dirigenti SC Gastroenterologia	Numero di ricoveri per MAD Appropriatezza DRG 80%
4 Ottimizzazione della gestione dei campioni endoscopici gastroenterologici di natura non neoplastica	Prosecuzione del progetto relativo alla procedura di orientamento su supporto dedicato del materiale microistologico prelevato in corso di EGDS e CS.	Personale del comparto	Corretta valutazione del grado di atrofia (per biopsie gastriche) e dell'orientamento delle biopsie intestinale inviate su supporto in almeno l'80% dei casi
5 Accreditamento professionale società scientifica (SIED società italiana di endoscopia digestiva)	1. Preparazione e compilazione delle check list di autovalutazione e invio del report all'ente certificatore (1° semestre) 2. Visita di verifica (1° semestre) 3.	Dirigenti medici e personale del comparto	Certificazione al 31.12.2018

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore/ risultato atteso/tempo
	Azioni di miglioramento sulla base delle rilevazioni e suggerimenti indicati dal team di valutazione (II° semestre)		
6. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni



## Sintesi dati ed indicatori di funzionalità SC Gastroenterologia

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

### DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

#### Attività ambulatoriale (fonte CUP)

Numero di prestazioni per interni	5.476	4.368	-1.108	-20,2
Numero di prestazioni per esterni	11.341	12.072	731	6,4
di cui visite per esterni	1.418	1.504	86	6,1
di cui controlli per esterni	700	620	-80	-11,4
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	66,9	70,8	3,9	
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	===	3,9	===	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	2,0	2,2	0,2	
<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	5,2	6,9	1,7	

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017

**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.C. GASTROENTEROLOGIA**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	341.929,19
Farmaci senza AIC	611,45
Dispositivi medici	412.790,19
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	3.017,89
Prodotti dietetici	7,66
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	-
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	175,50
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>758.531,88</b>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	Budget annuale rispettato  <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2. Prostate-cancer-unit	1. Programmare almeno due incontri al mese con il gruppo multidisciplinare (a partire dal mese di gennaio). 2. Discutere almeno 5 casi per ogni incontro. 3. Redigere per ogni incontro una relazione sui casi discussi e sui percorsi clinici stabiliti collegialmente.	Direttore di struttura	1. Effettuare nel corso del 2018 almeno 20 incontri e discutere almeno 100 casi 2. Produrre almeno 20 relazioni che descrivano le scelte cliniche collegiali
3. Consulenze urologiche informatizzate	1. Messa a regime del nuovo sistema informatizzato. 2. Dare informazione mediante circolare a tutte le strutture di degenza del cambio di modalità di richiesta ed evasione della consulenza urologica.	Dirigenti medici	Informare mediante circolare l'avvio della nuova modalità di consulenza e raggiungere almeno il 60% delle richieste di consulenza e di evasione mediante la nuova modalità prevista.
4. Monitoraggio della ferita chirurgica e gestione delle sue complicanze anche	1. Gestione della ferita chirurgica secondo le linee guida (OMS 2016)	Comparto	Tutte le persone dimesse con ferita chirurgica complicata vengono medicate e riviste fino a completa



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
dopo la dimissione	<p>“Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection”</p> <p>2. Presa in carico e gestione delle ferite chirurgiche complicate anche dopo la dimissione fino a guarigione.</p> <p>3. Documentare l’andamento e la scelta del trattamento sulla scheda dedicata alla ferita chirurgica.</p>		guarigione. (Il controllo avviene in ambulatorio di reparto al 12 p. o in pronto soccorso urologico su appuntamento concordato di volta in volta, a intervalli di tempo variabili in base al trattamento di medicazione utilizzato.)
5. Migliorare l’informazione sul percorso pre e post intervento chirurgico alle persone affette da patologia benigna e maligna della prostata	<p>Costruire un opuscolo di facile consultazione per le persone che afferiscono alla Clinica Urologica con patologia prostatica benigna e maligna.</p> <p>L’opuscolo deve contenere una breve descrizione del problema clinico, le indicazioni terapeutiche e assistenziali legate alla scelta dell’approccio chirurgico più appropriato.</p>	Dirigenti medici /comparto	Realizzazione di un opuscolo informativo per la patologia benigna e maligna della prostata.
6. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Direttore Dirigenti medici	<p>Mantenere le DDD del 2017</p> <p>Calo di DDD totali del 15%</p> <p>Calo delle cefalosporine di III e IV del 20%</p> <p>Calo dei macrolidi del 20%</p> <p>Calo dei Chinoloni del 15%</p>
7. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni



Sintesi dati ed indicatori di funzionalità  
SC Clinica Urologica (UCO)

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

**Ricovero ordinario**

Entrati	1.564	1.503	-61	-3,9
di cui accettati	1.459	1.407	-52	-3,6
di cui trasferiti	105	96	-9	-8,6
Usciti	1.570	1.503	-67	-4,3
Dimessi	1.467	1.402	-65	-4,4
di cui deceduti	4	3	-1	-25,0
Trasferiti	103	101	-2	-1,9
Casi trattati	1.527	1.459	-68	-4,5
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	7.110	7.000	-110	-1,5
Entrati usciti lo stesso giorno	98	77	-21	-21,4
Posti letto medi	29,0	29,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	67,9	66,9	-1,0	
<i>% DRG Chirurgici</i>	57,9	57,7	-0,2	
<i>% DRG Medici</i>	42,0	42,3	0,3	
Peso DRG (dei dimessi)	1.378,1	1.326,1	-52,1	-3,8

**Ricoveri in DH**

Accolti	331	270	-61	-18,4
Dimessi	331	270	-61	-18,4
Accessi	578	474	-104	-18,0
Posti letto medi	6,0	6,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>30,70</i>	<i>25,50</i>	<i>-5,20</i>	
<i>Accessi medi per caso</i>	<i>1,8</i>	<i>1,8</i>	<i>0,0</i>	<i>0,6</i>
<i>% DRG Chirurgici</i>	<i>38,40</i>	<i>34,20</i>	<i>-4,20</i>	
<i>% DRG medici</i>	<i>61,60</i>	<i>65,80</i>	<i>4,20</i>	
<i>% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici</i>	<i>10,29</i>	<i>4,00</i>	<i>-6,29</i>	
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	21	7	-14	-66,7
Peso DRG (dei dimessi)	205,3	154,6	-50,6	-24,7
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	<i>0,620</i>	<i>0,580</i>	<i>-0,040</i>	<i>-6,5</i>

**Attività chirurgica**

Interventi chirurgici in regime ambulatoriale	37	64	27	73,0
Interventi chirurgici in regime di ricovero	1.163	1.094	-69	-5,9
<i>% di interventi urgenti</i>	<i>20,0</i>	<i>25,5</i>	<i>5,6</i>	
<i>Tasso operatorio (ric. ord. + dh)</i>	<i>63,2</i>	<i>63,7</i>	<i>0,5</i>	
<i>% DRG chirurgici (ric. ord. + dh)</i>	<i>54,3</i>	<i>53,9</i>	<i>-0,4</i>	
<i>% Day surgery</i>	<i>27,3</i>	<i>26,0</i>	<i>-1,3</i>	

**Attività ambulatoriale (fonte CUP)**

Numero di prestazioni per interni	7.068	5.651	-1.417	-20,0
Numero di prestazioni per esterni	11.777	15.761	3.984	33,8
di cui visite per esterni	2.136	4.629	2.493	116,7
di cui controlli per esterni	2.530	4.344	1.814	71,7
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	<i>45,8</i>	<i>51,6</i>	<i>5,8</i>	
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>===</i>	<i>6,3</i>	<i>===</i>	

<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	1,7	2,1	0,4
<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	10,2	8,7	-1,5

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017

**Budget 2018 - Risorse correnti  
S.C. (UCO) CLINICA UROLOGICA**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	89.323,59
Farmaci senza AIC	33.958,93
Dispositivi medici	642.541,21
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	2.304,95
Prodotti dietetici	2.501,05
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	377,70
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	2.587,04
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>773.594,47</b>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	Budget annuale rispettato  <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2. 3.4 assistenza farmaceutica	Flusso reciproco informazioni attivazione trattamenti HCV secondo un rapporto di riduzione di spesa compatibilmente con le indicazioni cliniche Prevede registrazione di tutti i dati richiesti, nel rispetto delle indicazioni autorizzate e dei criteri di eleggibilità definiti dall'AIFA, al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco è sempre accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro	CPF Direttore medici comparto  In collaborazione con SC farmacia	Garantire una spesa media farmaceutica ridotta per paziente rispetto al 2017 pur in aumento del numero trattamenti  Numero trattamenti integrati medico infermiere maggiore che nel 2017
3. Attuazione di percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio per gli utenti del DDD con epatite cronica da HCV in trattamento con farmaci di nuova generazione (DAA)	Assicurare percorsi clinico assistenziali integrati rivolti agli utenti del DDD con epatite cronica da HCV per la gestione dei protocolli farmacologici con DAA	Dirigenti medici CPF comparto CPF (con DDD e SCMI)	Il 100% degli utenti del DDD con epatite cronica da HCV in terapia farmacologica con DAA viene preso in carico congiuntamente con le strutture di riferimento (SCMI e/o clinica patologie del Fegato)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			<i>entro 31/12/2018</i>
4. 3.6.1 insufficienze d'organo e trapianti	<p>Obiettivi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ridefinire i modi e i tempi di erogazione delle diverse prestazioni;</li> <li>2. mantenere il numero delle prestazioni dell'ambulatorio;</li> <li>3. modulare il numero delle prestazioni offerte in base alle nuove esigenze organizzative;</li> <li>4. revisionare ed aggiornare le informative da consegnare agli Assistiti e la modulistica interna; condividere e maturare il cambiamento, affrontare le difficoltà al loro presentarsi.</li> </ol>	<p>Direttore</p> <p>Medici <i>Attività incentivata per i medici secondo % della attività erogata da ogni medico rispetto al totale dell'erogato</i></p> <p>Coordinatore infermieristico CPF</p> <p>Comparto</p>	<p>Indicatori:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evidenza del materiale di riferimento;</li> <li>2. Mantenimento attività ;</li> <li>3. Mantenimento attività;</li> <li>4. evidenza del materiale di riferimento;</li> </ol>
5. Didattica e ricerca	Attivazione di primo anno della scuola di specializzazione in malattie dell'apparato digerente	<p>Direttore CPF</p> <p>Dirigenti medici CPF con SC Gastroenterologia con SC Chirurgia Generale</p>	<p><i>Indicatori dirigenti medici</i></p> <p>Garanzia della attività formativa: numero di referti firmati per dirigente medico con documentata attività dello specializzando maggiore che nel 2017</p> <p>Indicatori direttore formalizzazione dei percorsi formativi con definizione delle frequenze e della attività</p>
6. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni



Sintesi dati ed indicatori di funzionalità  
SC Clinica Patologie del Fegato (UCO)

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

**Ricoveri in DH**

Accolti	92	90	-2	-2,2
Dimessi	92	90	-2	-2,2
Accessi	638	576	-62	-9,7
Posti letto medi	1,0	1,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>203,20</i>	<i>185,80</i>	<i>-17,40</i>	
<i>Accessi medi per caso</i>	<i>6,9</i>	<i>6,4</i>	<i>-0,5</i>	<i>-7,6</i>
<i>% DRG Chirurgici</i>	<i>16,30</i>	<i>4,60</i>	<i>-11,70</i>	
<i>% DRG medici</i>	<i>83,70</i>	<i>95,40</i>	<i>11,70</i>	
<i>% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici</i>	<i>10,39</i>	<i>10,84</i>	<i>0,45</i>	
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	8	9	1	12,5
Peso DRG (dei dimessi)	133,9	112,5	-21,4	-16,0
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	<i>1,460</i>	<i>1,290</i>	<i>-0,170</i>	<i>-11,6</i>

Attività ambulatoriale (fonte CUP)



Numero di prestazioni per interni	494	406	-88	-17,8
Numero di prestazioni per esterni	5.304	6.077	773	14,6
di cui visite per esterni	650	649	-1	-0,2
di cui controlli per esterni	3.915	4.454	539	13,8
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	14,2	12,7	-1,5	
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	===	19,8	===	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	2,6	2,8	0,2	
<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	22,3	18,2	-4,1	

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017

**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.C. (UCO) CLINICA PATOLOGIE DEL FEGATO**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	141.809,80
Farmaci senza AIC	159,91
Dispositivi medici	21.710,11
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	21,92
Prodotti dietetici	62,83
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	61,21
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	133,33
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>163.959,11</b>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1 Coordinamento di un modello specializzato nell'assistenza alla donna con patologia della mammella sulla base di un piano di assistenza personalizzato</p>	<p>1. Rispetto di tutti indicatori obbligatori (nuova versione 2017) previsti nell'ambito del percorso della paziente con cancro della mammella e finalizzato al mantenimento della certificazione EUSOMA attualmente in essere fino al giugno 2019 e confermata nella seconda visita di controllo espletata il 25 gennaio 2018. Il mantenimento del target richiesto rappresenta condizione necessaria e fondamentale al mantenimento della certificazione stessa e si colloca sulla medesima linea di quanto previsto nel documento Stato Regioni sulla costituzione delle reti di Senologia . 2. Prosecuzione dell'attività di educazione sanitaria in campo di prevenzione con particolare riguardo ai programmi di screening in collaborazione con i MMG, CSO ed associazioni di volontariato (LILT sez. di Trieste)</p>	<p>Dirigenza SSD Chirurgia Senologica – Breast Unit  In comune con tutte le strutture afferenti alla Breast Unit</p>	<p>1. Mantenimento standard EUSOMA: Scheda e target indicatori entro dicembre 2018 Base dati: Data breast + report Audit 2018 2. Prosecuzione attività come da azione: Report attività svolta</p>
<p>2. Terapia chirurgica del cancro della mammella</p>	<p>Garantire l'adeguatezza del trattamento chirurgico della patologia maligna e benigna della mammella pianificato e condiviso nell'ambito di meeting multidisciplinari settimanali</p>	<p>Dirigenza SSD Chirurgia Senologica-Breast Unit</p>	<p>Mantenimento attività chirurgica 2017 Base dati: data breast</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
3 Percorso breve nelle pazienti con lesioni dubbie e/o sospette dopo Mx di screening (obiettivo condiviso con CSO segreteria screening, Radiologia OM e Cattinara, Anatomia Patologica, Chirurgia Senologica)	Implementazione del protocollo già' presentato nel 2017 e mantenimento di tale attività'	Dirigenza SSD Chirurgia Senologica  Obiettivo in comune con CSO segreteria screening, SC radiologia OM e Cattinara, SC anatomia Patologica	Target: > 70% delle pazienti richiamate dopo Mx di screening per indagine di secondo livello e sottoposte a triplo esame nella stessa giornata Base dati: data breast
4. Ricostruzione dopo chirurgia per cancro della mammella	Appropriata gestione delle pazienti affette da cancro della mammella con <ul style="list-style-type: none"> <li>- mantenimento delle ricostruzioni immediate post mastectomia</li> <li>- incremento delle mastectomia nipple sparing</li> <li>- riduzione della lista di attesa per i trattamenti secondari alla prima ricostruzione</li> </ul>	Dirigenza Obiettivo in comune con SC Chirurgia Plastica	Ricostruzioni immediate postmastectomia > 45% Mastectomie nipple sparing > 10% Esecuzione intervento di sostituzione espansore mammario con ricostruzione definitiva entro 6 mesi dal termine delle terapie oncologiche > 85%
5 Applicazione della radioterapia intraoperatoria (IORT) in un'unica seduta (21Gy) nelle pazienti sottoposte a chirurgia conservativa della mammella	Applicazione del protocollo elaborato nel corso del 2017	SSD Chirurgia Senologica – Breast Unit  In comune con SC Fisica sanitaria SC radioterapia.	Realizzazione IORT in unica seduta nei casi selezionati e previsti dal protocollo redatto
6. Assistenza da parte della Breast Nurse alle pazienti con cancro della mammella e candidate ad intervento chirurgico	Elaborazione di una scheda infermieristica per la definizione delle necessità delle pazienti candidate ad intervento chirurgico al fine di migliorare il supporto e l'organizzazione sia del percorso preoperatorio (ivi compresa la riduzione del numero di accessi) sia del successivo iter dopo meeting multidisciplinare p.o.	Breast Nurse SSD – sig. Amelia Reho Chirurgia Senologica – Breast unit	Predisposizione della scheda infermieristica e sua somministrazione a 50 pazienti (entro novembre 2018)
7.	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno una pubblicazione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Attività scientifica di ricerca			

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017 e sarà implementata la scheda con le attività erogate.

## DAI CHIRURGIA SPECIALISTICA

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Registrazione corretta della attività di tutoraggio per Studenti e Specializzandi come richiesto dalla Università	1. Definizione di un sistema di registrazione della attività che consenta un facile recupero dei dati	-Direttore DAI Rappresentanti Universitari del Corso di Laurea e delle Specialità interessate	1. Concordare la modalità di registrazione entro giugno
	2. Sua applicazione nell' anno su base sperimentale	-Direttori di SC del DAI	2. Applicazione da luglio a dicembre in via sperimentale
Attività di didattica e ricerca	Sviluppare la capacità di analisi e di ricerca attraverso l'elaborazione di pubblicazioni/relazioni/ e simili	Direttore Dai in collaborazione con responsabili di SC	Almeno 20 produzioni scientifiche
3. Co- progettazione di un Centro Unico moduli preoperatori	Supportare la progettazione di un Centro Unico moduli preoperatori in cui raccogliere le preparazioni di tutti i cittadini operandi, attraverso l'analisi e la definizione dei processi, dei percorsi specialistici e dei volumi di attività delle strutture di afferenza.	Responsabile Infermieristico Dipartimentale.	Presentazione di un report: casistica e volumi di attività Identificazione dei casi clinici che rientrano in percorsi dedicati Definizione dei profili diagnostici di base e specialistici

SC (UCO) Clinica Di Chirurgia Maxillofaciale e Odontostomatologia

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	Budget annuale rispettato  <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2. Formalizzazione di un PDTA su osteonecrosi ossa mascellare in pazienti candidati a trattamento farmacologico a rischio di ONM	Elaborazione di un PDTA per la prevenzione ed il trattamento della osteonecrosi dei mascellari da farmaci	Direttore SC Dirigenti medici  In comune con Clinica Oncologia, Ematologia	Formalizzazione del PDTA entro 31.12.2018
3. Progetto integrato di un centro ambulatoriale di riferimento per la Sindrome della Bocca Urente e del dolore oro-facciale atipico	Elaborazione di un protocollo clinico-diagnostico-terapeutico per i pazienti affetti da BMS	Dirigenti medici e comparto	Formalizzazione del protocollo operativo entro il 31.12.2018
4. Visite odontostomatologiche a domicilio in pazienti disabili	Visite odontostomatologiche presso tutte le case di accoglienza nel territorio ASUITs	Dirigenti medici e comparto	Contatto di tutte le strutture ed esecuzione delle visite in tutte le strutture che forniranno il consenso entro il 31.12.2018
5. Riduzione lista di attesa prestazioni LEA	Riduzione complessiva pazienti in lista di attesa per prestazioni LEA	Dirigenti medici e comparto	Riduzione di almeno il 25% del totale dei pazienti in lista di attesa al 1.1.2018 (5616)
6. Inserimento in G" di immagini acquisite in corso di fibroscopia NBI in pazienti con lesioni pre-maligne o neoplastiche	Visita odontoiatrica mediante sonde rigide e flessibili in luce bianca e Narrow Band Imaging	Dirigenti medici	Almeno il 70% dei pazienti sottoposti a prime visite e/o follow up

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
7. Predisposizione di protocolli operativi in collaborazione con Burlo Garofolo e ASUIUD per il trattamento dei traumi maxillo-facciale	Elaborazione di protocolli operativi per il trattamento dei traumi maxillo facciali in soggetti di età < 18 anni	Dirigenti medici e comparto	Formalizzazione e applicazione dei protocolli operativi entro il 31.12.2018
8. Analisi congruità delle prescrizione di priorità per i codici B e D	Valutazione delle richieste non congrue di codici dio priorità B e D	Dirigenti medici e comparto	Report almeno trimestrale alla direzione sanitaria
9. Rispetto della correttezza degli atti clinici	Garantire che la documentazione clinica sia firmata digitalmente	Direttore	Presenza della firma digitale in almeno il 90% delle lettere di dimissione e dei referti specialistici
10. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni





**Sintesi dati ed indicatori di funzionalità**  
**SC Clinica di chirurgia maxillofacciale e odontostomatologia (UCO)**

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Ricovero ordinario**

Entrati	199	188	-11	-5,5
di cui accettati	152	141	-11	-7,2
di cui trasferiti	47	47	0	0,0
Usciti	199	188	-11	-5,5
Dimessi	163	151	-12	-7,4
Trasferiti	36	37	1	2,8
Casi trattati	170	157	-13	-7,6
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	260	200	-60	-23,1
Entrati usciti lo stesso giorno	62	65	3	4,8
Posti letto medi	4,0	4,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	22,0	18,2	-3,8	
<i>% DRG Chirurgici</i>	83,4	79,5	-3,9	
<i>% DRG Medici</i>	16,6	20,5	3,9	
Peso DRG (dei dimessi)	162,7	143,6	-19,0	-11,7

**Ricoveri in DH**

Accolti	10	3	-7	-70,0
Dimessi	10	3	-7	-70,0

Accessi	77	41	-36	-46,8
Posti letto medi	2,0	2,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	12,30	6,60	-5,70	
<i>Accessi medi per caso</i>	6,3	8,0	1,7	27,0
<i>% DRG Chirurgici</i>	70,00	50,00	-20,00	
<i>% DRG medici</i>	30,00	50,00	20,00	
<i>% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici</i>	33,33	0,00	-33,33	
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	1	0	-1	-100,0
Peso DRG (dei dimessi)	8,0	1,6	-6,4	-80,6
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	0,800	0,780	-0,020	-2,5
<b>Attività chirurgica</b>				
Interventi chirurgici in regime ambulatoriale	672	414	-258	-38,4
Interventi chirurgici in regime di ricovero	161	152	-9	-5,6
<i>% di interventi urgenti</i>	23,6	28,3	4,7	
<i>Tasso operatorio (ric. ord. + dh)</i>	89,4	95,0	5,6	
<i>% DRG chirurgici (ric. ord. + dh)</i>	82,7	79,1	-3,6	
<i>% Day surgery</i>	58,7	64,1	5,4	
<b>Attività ambulatoriale (fonte CUP)</b>				
Numero di prestazioni per interni	8.085	5.024	-3.061	-37,9
Numero di prestazioni per esterni	62.294	66.416	4.122	6,6
di cui visite per esterni	7.151	8.797	1.646	23,0
di cui controlli per esterni	4.457	3.538	-919	-20,6
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	61,6	71,3	9,7	
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	===	5,7	===	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	2,0	2,1	0,1	
<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	8,0	8,7	0,7	

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017

**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.C. (UCO) CLINICA DI CHIRURGIA MAXILLOFACCIALE E**  
**ODONTOSTOMATOLOGIA**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	12.907,64
Farmaci senza AIC	3.245,94
Dispositivi medici	368.022,21
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	2.350,35
Prodotti dietetici	141,82
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	1.451,49
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	706,38
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>388.825,83</b>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	Budget annuale rispettato  <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2. Cancro della mammella	Appropriata gestione delle pazienti affette da neoplasia maligna mammaria con aumento delle ricostruzioni immediate e diminuzione delle liste di attesa per i trattamenti secondari alla prima ricostruzione	Dirigenza  Obiettivo in comune con SSD Chirurgia Senologica	1. Ricostruzioni immediate post-mastectomia superiori al 60% 2. Esecuzione dell'intervento di sostituzione dell'espansore mammario con ricostruzione definitiva entro 6 mesi dal termine delle terapie oncologiche adjuvanti in più del 80% dei casi
3. Mantenimento accreditamento EUSOMA della BREAST UNIT	Partecipazione incontri settimanali di casistica (MdM) monitoraggio dell'andamento degli indicatori nel tempo	Dirigenti Medici e Comparto	Superamento della visita annuale: rispetto degli indicatori previsti per l'accreditamento
4. Breast Unit	Brochure informativa percorso assistenziale e ricostruttivo	Comparto e Dirigenza	Predisposizione del documento
5. Mantenimento tempi di attesa visite brevi	Presenza in carico e consulenza delle visite brevi entro i 10 giorni dalla prenotazione con aumento di 4 visite settimanali da agenda cup	Comparto e Dirigenza	Aumento della disponibilità dell'ambulatorio di 4 visite settimanali da agenda cup chirurgico
6.	Appropriato trattamento dei tumori	Comparto e Dirigenza	Tempistica tra esecuzione di prima

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Tumori testa collo entro un mese	entro 30 giorni dalla visita		visita ed intervento chirurgico demolitivo/ricostruttivo inferiore ai 30 gg per il 70%
7. Aumento inserimento in agende digitali	Creazione agenda per l'attività ambulatoriale per medicazioni e controllo e creazione lista G2 dedicato alle richieste di consulenza dagli altri reparti	Dirigenza e Comparto	Inserimento superiore al 50 %
8. Coordinamento attività clinico e assistenziale	Predisposizione congiunta di PDTA sulle lesioni neoplastiche cutanee maligne, con definizione di percorsi, responsabilità e competenze	Direttore  <b>Obiettivo in comune con</b> SC Chirurgia Plastica SC Oncologia SC Anatomia Patologica	Documento PDTA redatto secondo le linee guida nazionali e/o europee formalmente sottoscritto e inizio attività coordinata
9. Rispetto della correttezza degli atti clinici	Garantire che la documentazione clinica sia firmata digitalmente	Direttore	Presenza della firma digitale in almeno il 90% delle lettere di dimissione e dei referti specialistici
10. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Direttore Dirigenti medici	Calo delle DDD complessive del 5%
11. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni



**Sintesi dati ed indicatori di funzionalità  
SC Clinica di Chirurgia Plastica (UCO)**

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Ricovero ordinario**

Entrati	367	399	32	8,7
di cui accettati	241	261	20	8,3
di cui trasferiti	126	138	12	9,5
Usciti	366	405	39	10,7
Dimessi	331	371	40	12,1
Trasferiti	35	34	-1	-2,9
Casi trattati	363	393	30	8,3
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	3.190	3.299	109	3,4
Entrati usciti lo stesso giorno	14	12	-2	-14,3
Posti letto medi	13,0	13,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	67,3	69,8	2,5	
<i>% DRG Chirurgici</i>	96,4	96,5	0,1	
<i>% DRG Medici</i>	3,6	3,5	-0,1	
Peso DRG (dei dimessi)	441,5	478,6	37,0	8,4

**Ricoveri in DH**

Accolti	109	131	22	20,2
---------	-----	-----	----	------

Dimessi	109	131	22	20,2
Accessi	128	144	16	12,5
Posti letto medi	3,0	3,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>13,60</i>	<i>15,50</i>	<i>1,90</i>	
Accessi medi per caso	1,2	1,1	-0,1	-6,0
% DRG Chirurgici	100,00	99,20	-0,80	
% DRG medici	0,00	0,80	0,80	
% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici	===	0,00	===	
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	===	0	===	===
Peso DRG (dei dimessi)	106,5	127,3	20,8	19,5
Peso medio DRG (dei dimessi)	0,980	0,970	-0,010	-1,0

#### Attività chirurgica

Interventi chirurgici in regime ambulatoriale	1.354	1.439	85	6,3
Interventi chirurgici in regime di ricovero	408	442	34	8,3
<i>% di interventi urgenti</i>	<i>7,4</i>	<i>4,5</i>	<i>-2,8</i>	
<i>Tasso operatorio (ric. ord. + dh)</i>	<i>87,9</i>	<i>85,8</i>	<i>-2,1</i>	
<i>% DRG chirurgici (ric. ord. + dh)</i>	<i>97,3</i>	<i>97,2</i>	<i>-0,1</i>	
<i>% Day surgery</i>	<i>32,3</i>	<i>30,8</i>	<i>-1,5</i>	

#### Attività ambulatoriale (fonte CUP)

Numero di prestazioni per interni	2.452	1.905	-547	-22,3
Numero di prestazioni per esterni	10.489	11.690	1.201	11,5
di cui visite per esterni	1.833	1.821	-12	-0,7
di cui controlli per esterni	1.180	1.097	-83	-7,0
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	<i>60,8</i>	<i>62,4</i>	<i>1,6</i>	
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>===</i>	<i>6,3</i>	<i>===</i>	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>2,8</i>	<i>2,3</i>	<i>-0,5</i>	
<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	<i>11,2</i>	<i>10,1</i>	<i>-1,1</i>	

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017. Ridurre la degenza media.

## Budget 2018 - Risorse correnti

## S.C. (UCO) CLINICA DI CHIRURGIA PLASTICA

### Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018

Categoria beni	Importo
Farmaci con AIC	37.344,13
Farmaci senza AIC	1.757,38
Dispositivi medici	381.629,93
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	408,49
Prodotti dietetici	1.400,05
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	656,27
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	1.722,25
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>424.918,50</b>



Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Razionalizzazione dei costi</p>	<p>1. Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.</p>	<p>Direttore SC</p>	<p>Budget annuale rispettato <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i></p>
<p>2. Completamento del percorso gestionale dei pazienti diabetici in preparazione ad intervento chirurgico</p>	<p>Collaborazione con diabetologo ed anestesista per individuare il percorso preoperatorio e postoperatorio dei pazienti diabetici sottoposti ad intervento chirurgico oculistico</p>	<p>Direttore SC (UCO) Clinica Oculistica Prof. Tognetto Dr. Marcella Pedio</p>	<p>Controllo metabolico nel preoperatorio e nel postoperatorio dei pazienti diabetici da sottoporre ad intervento chirurgico</p>
<p>3. Attivazione del programma di Screening della retinopatia diabetica. Nel corso del 2017 è stato formulato ed approvato il progetto di screening della retinopatia diabetica in accordo con i diabetologi del territorio. E' stato testato il retinografo sul territorio con acquisizione delle immagini e successiva visualizzazione delle stesse presso la clinica oculistica.</p>	<p>1. Attivazione della retinografia di screening nei pazienti diabetici riferiti dai centri antidiabetici e dai medici di medicina generale. 2. Acquisizione di un retinografo da collocare sul territorio per l'esecuzione delle retinografie di screening. 3. Organizzazione del personale al fine di garantire l'attivazione del progetto. Attivazione di un'accurata informazione presso medici di medicina generale.</p>	<p>Tutti i dirigenti medici e personale di comparto.</p>	<p>1. Numero di pazienti esaminati sul totale della popolazione diabetica 2. Numero di pazienti inviati alla struttura ospedaliera per una analisi di secondo livello 3. Numero di pazienti sottoposti a terapia specifica per la retinopatia diabetica Questo obiettivo sarà subordinato all'acquisizione di un retinografo, alla presenza presso il centro diabetologico di personale in grado di eseguire le retinografie, alla presenza presso la Clinica Oculistica di personale dedicato alla lettura delle retinografie, ad una adeguata informazione dei MMG da parte degli organi Aziendali deputati a farlo</p>

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
4. Mantenimento dell'applicazione dei parametri regionali PDTA nelle patologie retiniche e dei trattamenti retinici affinché vengano eseguiti nei tempi adeguati, in particolare i trattamenti con iniezione intravitreale.	1. Programmazione di una rete assistenziale condivisa del personale tecnico e medico al fine di consentire una pronta diagnosi e un successivo tempestivo trattamento della maculopatia. 2. Adesione ai tempi di attesa per i trattamenti retinici come stabilito dal PDTA regionale	Dirigenti medici di I livello: Dott. Sandro Saviano Dott.ssa Daniela Fanni Dott.ssa Adelia Zagidullina	Rigorous mantenimento dei tempi di attesa per le prestazioni nei soggetti affetti da maculopatia (come da PDTA regionale).  Questo obiettivo sarà subordinato alla disponibilità dei farmaci per la terapia intravitreale e all'attivazione dell'ambulatorio di Classe A tutti i giorni con due nuove unità infermieristiche come già previsto dalla Direzione
5. Refertazione degli esami fluorangiografici	Consegna al paziente del referto fluorangiografico nella stessa giornata di esecuzione dell'esame	Dr. Zagidulina	Percentuale di referti consegnati nella stessa giornata di esecuzione dell'esame pari al 90%
6. Ulteriore miglioramento del rapporto costo/efficacia nella terapia chirurgica del glaucoma. Riduzione dei costi relativi alla gestione dei pazienti glaucomatosi che hanno necessità di intervento chirurgico in termini di giorni di degenza e di controlli ambulatoriali postoperatori	Prosecuzione nella programmazione operatoria della chirurgia del glaucoma con l'Incremento degli interventi di canaloplastica rispetto a quelli di trabeculectomia.	Dirigenti medici di II livello: Prof Daniele Tognetto Dirigenti medici di I livello: Dott.ssa Odilla Vattovani Dott.ssa Daniela Minutola	1. Sostituzione, in tutti i casi dove clinicamente possibile, degli interventi di trabeculectomia con interventi di canaloplastica. 2. Diminuzione delle giornate di ricovero post intervento rispetto al 2017 3. Diminuzione del numero di visite post intervento rispetto al 2017 4. Numero di trattamenti parachirurgici post operatori (iniezioni sottocongiuntivali di antimetaboliti, laser suturolisi) inferiore rispetto al 2017.
7. Incremento degli interventi di	Incrementare il numero di interventi di cataratta con applicazione del	Tutti i dirigenti medici	Numero di interventi chirurgici di cataratta maggiore che nel 2017

Obiettivo generale	Azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
cataratta, riduzione delle liste d'attesa e semplificazione dell'accesso ospedaliero per i pazienti	programma già presentato alla Direzione strategica.		
<p>8.</p> <p>Coinvolgimento organico degli oculisti del territorio nelle attività ambulatoriali di primo livello in modo coordinato con le attività della Clinica Oculistica.</p> <p>Gestione condivisa tra ospedale e territorio del paziente che necessita di controlli ambulatoriali con programmazione delle visite di controllo a breve e differite.</p>	<p>1.</p> <p>Proseguire la condivisione della gestione clinica del paziente oculistico con un ulteriore miglioramento del protocollo/percorso integrato ospedale-territorio per la gestione del paziente "oculistico".</p> <p>2.</p> <p>Coinvolgimento degli specialisti ambulatoriali del territorio nell'attività della clinica oculistica con incontri e corsi di aggiornamento e con la frequentazione degli ambulatori ad alta specializzazione della clinica oculistica (ambulatorio retina medica, retina chirurgica, centro glaucoma, ambulatorio cornea, servizio di fluorangiografia). Ciò al fine di ottimizzare la collaborazione tra medici ospedalieri e territoriali in particolare riguardo all'indicazione chirurgica e alla gestione del paziente postchirurgico</p>	Tutti i dirigenti medici	<p>1.</p> <p>Attivazione di giornate di frequenza degli oculisti del territorio presso la Clinica Oculistica.</p> <p>2.</p> <p>Redazione di protocolli diagnostico-terapeutici condivisi per la gestione comune dei pazienti</p> <p><i>Questo obiettivo è subordinato alla disponibilità e alla collaborazione da parte degli oculisti territoriali</i></p>
9. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni



Sintesi dati ed indicatori di funzionalità  
SC Clinica Oculistica (UCO)

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

**Ricovero ordinario**

Entrati	481	478	-3	-0,6
di cui accettati	467	450	-17	-3,6
di cui trasferiti	14	28	14	100,0
Usciti	481	477	-4	-0,8
Dimessi	461	450	-11	-2,4
Trasferiti	20	27	7	35,0
Casi trattati	468	452	-16	-3,4
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	939	896	-43	-4,6
Entrati usciti lo stesso giorno	16	30	14	87,5
Posti letto medi	9,0	9,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	29,0	28,2	-0,8	
<i>% DRG Chirurgici</i>	93,5	92,7	-0,8	
<i>% DRG Medici</i>	6,5	7,3	0,8	
Peso DRG (dei dimessi)	346,6	355,9	9,4	2,7

**Ricoveri in DH**

Accolti	7	8	1	14,3
---------	---	---	---	------

Dimessi	7	8	1	14,3
Accessi	75	64	-11	-14,7
Posti letto medi	11,0	11,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>2,20</i>	<i>1,90</i>	<i>-0,30</i>	
Accessi medi per caso	6,3	7,3	1,0	15,3
% DRG Chirurgici	14,30	42,90	28,60	
% DRG medici	85,70	57,10	-28,60	
% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici	50,00	75,00	25,00	
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	3	3	0	0,0
Peso DRG (dei dimessi)	4,8	5,3	0,5	10,1
Peso medio DRG (dei dimessi)	0,690	0,760	0,070	10,1

#### Attività chirurgica

Interventi chirurgici in regime ambulatoriale	4.752	5.686	934	19,7
Interventi chirurgici in regime di ricovero	449	463	14	3,1
<i>% di interventi urgenti</i>	<i>14,7</i>	<i>22,3</i>	<i>7,6</i>	
<i>Tasso operatorio (ric. ord. + dh)</i>	<i>94,5</i>	<i>100,7</i>	<i>6,2</i>	
<i>% DRG chirurgici (ric. ord. + dh)</i>	<i>92,3</i>	<i>91,9</i>	<i>-0,4</i>	
<i>% Day surgery</i>	<i>48,6</i>	<i>60,0</i>	<i>11,4</i>	

#### Attività ambulatoriale (fonte CUP)

Numero di prestazioni per interni	14.787	11.575	-3.212	-21,7
Numero di prestazioni per esterni	61.991	68.106	6.115	9,9
di cui visite per esterni	3.244	3.635	391	12,1
di cui controlli per esterni	17.276	19.502	2.226	12,9
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	<i>15,8</i>	<i>15,7</i>	<i>-0,1</i>	
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>===</i>	<i>8,3</i>	<i>===</i>	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>1,7</i>	<i>1,5</i>	<i>-0,2</i>	
<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	<i>9,1</i>	<i>9,8</i>	<i>0,7</i>	

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017

**Budget 2018 - Risorse correnti  
S.C. (UCO) CLINICA OCULISTICA**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	879.560,38
Farmaci senza AIC	15.894,76
Dispositivi medici	1.127.696,11
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	817,14
Prodotti dietetici	29,92
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	107,21
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	188.011,40
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>2.212.116,92</b>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	Budget annuale rispettato  <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2. Miglioramento qualità di cura erogata nei ricoveri	Ridurre il tempo di attesa per intervento chirurgico prioritario (fasce A e B) come conseguenza dell'incremento di sedute operatorie da 4 a 5 a settimana	Dirigenti medici	Riduzione tempo di attesa in pazienti fasce A e B contestualmente al numero di interventi erogati nell'anno in funzione dell'incremento di sedute di sala a disposizione (il numero di interventi va comunque correlato al peso del DRG)
3. Miglioramento qualità di cura erogata nei ricoveri	Approccio multimodale al paziente affetto da tumore testa e collo (in collaborazione con UO di radioterapia e oncologia)	Dirigenti medici	Numero di pazienti affetti da tumore testa e collo valutati secondo approccio terapeutico multimodale > al 80% (dei pazienti che hanno autorizzato)
4. Miglioramento qualità di cura erogata nei ricoveri	lettere di dimissione redatte dal medico di riferimento del paziente	Direttore di struttura complessa	Controllo random sulle cartelle cliniche con obiettivo di redazione a parte del medico di riferimento nel 80% dei pazienti dimessi (ricoveri ordinari)
5. Miglioramento qualità di cura erogata nei ricoveri	Implementazione margin mapping system intraoperatorio nei pazienti oncologici per la riduzione delle recidive	Dirigenti medici	Aumento numero di pazienti sottoposti a valutazione con endoscopia con luce a banda ristretta e a stained method dei margini (riduzione del numero di margini + al controllo istopatologico definitivo)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
6. Attività didattica e di tutoraggio	Organizzazione incontri scientifici finalizzati all'aggiornamento del personale medico e infermieristico.	Direttore e coordinatore	Numero di incontri scientifici di aggiornamento > 1/mese
7. Attività di ricerca	Valutazione delle pubblicazioni dell'UO di ORL su rivista scientifica internazionale	Direttore e coordinatore	Numero di pubblicazioni su rivista internazionale >3/anno
8. Integrazione territorio-ospedale	Sviluppo di relazioni con MMG per pazienti ORL che necessitano di visita specialistica con priorità secondo sistema UBDP	Personale medico	Valutazione dell'appropriatezza clinica e prescrittiva su almeno l'80% delle prime visite specialistiche ambulatoriali erogate
9. Miglioramento qualità di cura erogata nei ricoveri	Prestazioni chirurgiche eseguite per altri reparti: pazienti affetti da insufficienza respiratoria acuta e da IOT prolungata	Personale medico	Numero di tracheotomie e di svezzamenti da cannula tracheostomica eseguite per altri reparti: 100% delle richieste
10. Integrazione territorio-ospedale	Organizzazione congiunta nell'erogazione di visite specialistiche ospedale-territorio (specialisti ospedalieri/specialisti ex sumaisti)	Personale medico	Adozione di un sistema condiviso di erogazione della visita specialistica secondo priorità clinica tramite organizzazione di incontri periodici (valore atteso: maggiore di due incontri/anno)
11. Studio epidemiologico tumori testa e collo	Esame immunoistochimico per il virus HPV nei tumori dell'orofaringe	Personale medico ORL  Obiettivo in comune con SC Anatomia Patologica	80% di pazienti studiati con diagnosi di carcinoma orofaringeo
12. Linea regionale 3.4 Progetti attinenti le attività clinico assistenziali. 3.4.8 Gestione del rischio clinico. Empowerment dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio clinico	Revisione e aggiornamento degli opuscoli /brochure per pazienti sottoposti a laringectomia totale	personale del comparto	Primo semestre revisione e stesura della documentazione Secondo semestre il 100% dei pazienti riceveranno l'opuscolo informativo aggiornato
13.	Revisione dei protocolli di uso degli	Direttore	Calo complessivo di DDD del 10%



<b>Obiettivo generale</b>	<b>azione</b>	<b>s.s o c./personale</b>	<b>Indicatore / risultato atteso/tempo</b>
Razionalizzazione uso degli antibiotici	antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Dirigenti medici	Calo dei chinoloni del 10%



Sintesi dati ed indicatori di funzionalità  
SC Clinica Otorinolaringoiatrica (UCO)

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

**Ricovero ordinario**

Entrati	849	844	-5	-0,6
di cui accettati	719	751	32	4,5
di cui trasferiti	130	93	-37	-28,5
Usciti	842	846	4	0,5
Dimessi	720	757	37	5,1
di cui deceduti	2	0	-2	-100,0
Trasferiti	122	89	-33	-27,0
Casi trattati	801	821	20	2,5
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	3.480	3.888	408	11,7
Entrati usciti lo stesso giorno	90	78	-12	-13,3
Posti letto medi	13,4	14,0	0,6	4,5
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>72,8</i>	<i>77,6</i>	<i>4,8</i>	
<i>% DRG Chirurgici</i>	<i>67,4</i>	<i>65,9</i>	<i>-1,5</i>	
<i>% DRG Medici</i>	<i>32,6</i>	<i>34,1</i>	<i>1,5</i>	
Peso DRG (dei dimessi)	859,6	867,8	8,2	1,0

**Ricoveri in DH**

Accolti	187	191	4	2,1
Dimessi	187	191	4	2,1
Accessi	578	729	151	26,1
Posti letto medi	2,0	2,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	92,00	117,60	25,60	
<i>Accessi medi per caso</i>	3,1	3,8	0,7	23,6
<i>% DRG Chirurgici</i>	44,90	37,00	-7,90	
<i>% DRG medici</i>	55,10	63,00	7,90	
<i>% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici</i>	17,48	20,17	2,69	
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	18	24	6	33,3
Peso DRG (dei dimessi)	154,3	141,7	-12,6	-8,2
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	0,830	0,750	-0,080	-9,6

**Attività chirurgica**

Interventi chirurgici in regime ambulatoriale	1	1	0	0,0
Interventi chirurgici in regime di ricovero	742	740	-2	-0,3
<i>% di interventi urgenti</i>	26,3	24,9	-1,4	
<i>Tasso operatorio (ric. ord. + dh)</i>	75,5	73,9	-1,6	
<i>% DRG chirurgici (ric. ord. + dh)</i>	62,7	60,1	-2,6	
<i>% Day surgery</i>	27,1	21,7	-5,4	

**Attività ambulatoriale (fonte CUP)**

Numero di prestazioni per interni	16.844	13.572	-3.272	-19,4
Numero di prestazioni per esterni	13.396	14.922	1.526	11,4
di cui visite per esterni	3.435	4.200	765	22,3
di cui controlli per esterni	1.990	1.933	-57	-2,9
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	63,3	68,5	5,2	
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	===	3,6	===	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	2,0	1,3	-0,7	

<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	3,8	4,2	0,4
---	-----	-----	-----

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017

**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.C. (UCO) CLINICA OTORINOLARINGOIATRICA**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	25.024,54
Farmaci senza AIC	1.458,25
Dispositivi medici	412.622,91
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	904,27
Prodotti dietetici	2.608,05
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	448,01
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	1.962,97
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>445.029,00</b>

DAI NEUROSCIENZE, RIABILITAZIONE, ORTOPEDIA E MEDICINA DEL LAVORO

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Coordinamento dell'attività assistenziale, didattica e scientifica delle SC-UCO afferenti al DAI</p>	<p>Monitoraggio dipartimentale delle prestazioni assistenziali e della gestione degli obiettivi di mandato e incentivanti e delle RAR assegnati dalla Direzione Strategica ai Responsabili dirigenti delle Strutture Complesse e Strutture Semplici del DAI, nonché ai Responsabili e/o Coordinatori del Comparto Condivisione in tempo reale con le componenti del DAI delle informazioni di carattere amministrativo e sanitario pervenute al Direttore del DAI.</p>	<p>Direttore Dipartimento</p>	<p>1. Regolare convocazione del Comitato di Dipartimento (quando eletto) aperto ai Coordinatori Infermieristici e ai Referenti per l'area riabilitativa ospedaliera con tempistica in accordo con il Regolamento del DAI. 2. Verifica periodica almeno trimestrale della gestione delle risorse economiche e umane dipartimentali in rapporto agli obiettivi di budget sulla base dei report inviati dalla Direzione Strategica.</p>
<p>2. Co- progettazione di un Centro Unico moduli preoperatori</p>	<p>Supportare la progettazione di un Centro Unico moduli preoperatori in cui raccogliere le preparazioni di tutti i cittadini operandi, attraverso l'analisi e la definizione dei processi, dei percorsi specialistici e dei volumi di attività delle strutture di afferenza.</p>	<p>Responsabile Infermieristico Dipartimentale.  In collaborazione con la SC Direzione Infermieristica</p>	<p>Presentazione di un report:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- casistica e volumi di attività</li> <li>- Identificazione dei casi clinici che rientrano in percorsi dedicati</li> <li>- Definizione dei profili diagnostici di base e specialistici</li> </ul>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	Budget annuale rispettato <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2. Realizzazione di un HUB di secondo livello in Regione per la Stroke Unit. Monitoraggio neurofisiologico intraoperatorio Rete formativa GO e MO per la specialità di Neurologia Progetti di ricerca	1. Mantenimento trombectomie – trombolisi 2. Aggiornamento PDTA per neurologi e MMG 3. Mantenimento monitoraggi in Neurochirurgia 4. Collegamento con GO e Monfalcone e piano di studi di Neurologia 5. Papers scientifici e progetti CE	Direttore SC	1. Numero Trombolisi e trombectomie almeno pari al 2017 2. Evidenza dell'aggiornamento formale del PDTA 3. Numero interventi in NCH uguale o maggiore che nel 2017 4. Mantenimento specialità di Neurologia e realizzazione Rete Formativa (Gorizia-Monfalcone) 5. Seminari Universitari – convegni 5 Papers scientifici su rivista con IF
3. Mantenimento dell'attività di Trombolisi endovenosa	1 Formazione continua 2 Attenzione all'urgenza 3 Operatività Stroke Unit	Medici e Comparto	Almeno 130 trombolisi anno entro 31.12.2018 Fonte: database di reparto database regionale progetti database nazionale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			internazionali
4. Mantenimento dell'attività di Trombectomia	1 formazione continua 2 attenzione all'urgenza 3 operativita' stroke unit-radiologia creazione di file con outcome pazienti e riunioni congiunte neurologia – radiologia obiettivo condiviso con la radiologia interventistica	Medici e comparto Medici Neurologi e Radiologi	Almeno 15 trombectomie entro il 31.12.2018 Fonte: database di Neurologia e radiologia database regionale progetti database nazionale internazionali
5. Miglioramento degli intertempi allerta Tac e Tac –trombolisi	1 tempo < 60 minuti misurazione intertempi formazione formazione continua collaborazione PS – radiologia	Medici e comparto	Risultato atteso inter-tempo < di 60 min Fonte: Misura intertempi cartella clinica Database e Progetto regionale Database e progetto nazionale e internazionale
6. Opuscolo MMG	Stesura opuscolo – coordinamento regionale	Dirigente, Medici e comparto	Stesura e operativita' su progetto regionale
7. Barthel e Rankin scale	Esecuzione scale all'ingresso e alla dimissione	Medici e comparto	Controllo alla dimissione 100%
8. Monitoraggio NCH	Esecuzione monitoraggi specialistici	Medici (Tomaselli) e tecnici di neurofisiologia	Database dei monitoraggi 70% dei richiesti secondo protocollo
9. Monitoraggio CH vascolare	Esecuzione monitoraggi specialistici	Medici (Caruso, Sartori) e tecnici di neurofisiologia	Database dei monitoraggi almeno 50% dei richiesti secondo protocollo
10. Continuita' Riabilitativa Neurologia- Riabilitazione Neurologica	Percorso e tempi	Medici e comparto  Obiettivo in comune con la Riabilitazione Neurologica	Analisi database pazienti e dei tempi di ricovero: raccolta outcome e stesura eventuale piano di miglioramento
11. 3.3.4 Riabilitazione. Attivazione a	Attivazione gruppo integrato neuro-muscolare (GIN) con la finalità della	Dirigenti medici, comparto	Presenza in carico di almeno 20 pazienti per cure domiciliari dall'attivazione del



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
livello aziendale della rete per le malattie neuro-muscolari e la sclerosi laterale amiotrofica	presa in carico della persona con malattia neuro-muscolare nell'ambito territoriale: partecipazione della Pneumologia e Neurologia (ospedale e territorio) al GIN di Trieste	In comune con SC Pneumologia Distretti	GIN
12. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Direttore Dirigenti medici	Ridurre a 40 il numero di DDD complessivo Ridurre i consumi di fluorochinoloni del 20%
13. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni



Sintesi dati ed indicatori di funzionalità  
SC Clinica Neurologica (UCO)

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

**Ricovero ordinario**

Entrati	740	716	-24	-3,2
di cui accettati	677	648	-29	-4,3
di cui trasferiti	63	68	5	7,9
Usciti	745	715	-30	-4,0
Dimessi	696	654	-42	-6,0
di cui deceduti	67	70	3	4,5
Trasferiti	49	61	12	24,5
Casi trattati	756	719	-37	-4,9
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	9.699	9.282	-417	-4,3
Entrati usciti lo stesso giorno	15	19	4	26,7
Posti letto medi	32,0	32,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	82,9	79,6	-3,3	
<i>% DRG Chirurgici</i>	2,7	3,4	0,7	
<i>% DRG Medici</i>	97,3	96,6	-0,7	
Peso DRG (dei dimessi)	912,8	861,0	-51,8	-5,7

**Ricoveri in DH**

Accolti	188	217	29	15,4
Dimessi	188	217	29	15,4
Accessi	855	945	90	10,5
Posti letto medi	1,0	1,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>272,30</i>	<i>304,80</i>	<i>32,50</i>	
<i>Accessi medi per caso</i>	<i>4,6</i>	<i>4,4</i>	<i>-0,2</i>	<i>-4,4</i>
<i>% DRG Chirurgici</i>	<i>0,50</i>	<i>0,00</i>	<i>-0,50</i>	
<i>% DRG medici</i>	<i>99,50</i>	<i>100,00</i>	<i>0,50</i>	
<i>% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici</i>	<i>74,73</i>	<i>85,71</i>	<i>10,98</i>	
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	139	186	47	33,8
Peso DRG (dei dimessi)	159,3	182,8	23,5	14,8
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	<i>0,850</i>	<i>0,840</i>	<i>-0,010</i>	<i>-1,2</i>

**Attività ambulatoriale (fonte CUP)**

Numero di prestazioni per interni	17.972	14.658	-3.314	-18,4
Numero di prestazioni per esterni	19.989	20.510	521	2,6
di cui visite per esterni	3.341	3.936	595	17,8
di cui controlli per esterni	2.868	2.987	119	4,1
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	<i>53,8</i>	<i>56,9</i>	<i>3,1</i>	
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>===</i>	<i>7,0</i>	<i>===</i>	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>2,4</i>	<i>2,0</i>	<i>-0,4</i>	
<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	<i>10,1</i>	<i>9,1</i>	<i>-1,0</i>	

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017

**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.C. (UCO) CLINICA NEUROLOGICA**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	2.526.271,89
Farmaci senza AIC	6.073,38
Dispositivi medici	85.295,58
Dispositivi medici impiantabili attivi	1.560,00
Dispositivi medico diagnostici in vitro	2.694,11
Prodotti dietetici	4.517,73
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	654,40
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	1.496,98
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>2.628.564,07</b>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	Budget annuale rispettato  <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2. Performance di Struttura	Implementazione attività scientifica, di insegnamento ai Colleghi, Specializzandi di Chirurgia Generale, Ortopedia e neurologia e Studenti di medicina al IV anno di Medicina, scienze infermieristiche e pubblicazioni. Controllo M@M e infezioni quadrimestrale.	Direttore Neurochirurgia	Aumento almeno del 10% delle pubblicazioni 2017 da parte della Struttura Mantenimento meeting Settimanali di Journal Club e M@M quadrimestrale con report analitico inviato alla Direzione
3. PERCORSO Ottimizzazione funzione HUB della neurochirurgia verso ospedali Spoke (Monfalcone/Gorizia)	Realizzazione di 6 incontri nel corso dell'anno con i Dirigenti degli Ospedali Spoke per creare una condotta condivisa e percorsi definiti per patologia.	Direttore della S.C. di Neurochirurgia e Dirigenti Medici della Neurochirurgia	Stesura di almeno 2 protocolli di gestione e definizione delle patologie urgenti. Definizione di criteri concordati con AAS2 per l'accesso agli ambulatori di Neurochirurgia presso le strutture Spoke per patologie non urgenti ed individuate dai Medici dell'Ospedale Spoke.
4. ORGANIZZAZIONE Meeting Multidisciplinare di neurooncologia	Organizzazione di meeting di discussione dei casi, preparazione e pianificazione terapeutica anche a lungo termine, ottimizzazione tempistica di controllo	Neurochirurgia Radioterapia Oncologia Radiologia Neurologia	Almeno 50% dei casi neurooncologici complessi discussi collegialmente

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
5. EFFICIENZA Percorso di programmazione in sala operatoria	Creazione di un gruppo infermieristico specialistico di Sala Operatoria (almeno 4) e Medici Anestesisti (almeno 3) con incontro mensile per Briefing e debriefing dei casi neurochirurgici, creazione di Checklist di programmazione strumentazione e approccio in sala operatoria. Audit mensili.	Dirigenza medica neurochirurgia e Comparto Infermieristico Dirigenza medica Anestesia e Rianimazione e Comparto infermieristico Complesso operatorio	Analisi congiunta (pre-post) di almeno 1/3 dei casi operati
6. Continuita' Riabilitativa Neurochirurgia- Riabilitazione	Percorso e tempi	Medici e comparto  Obiettivo in comune con la Riabilitazione	Analisi database pazienti e dei tempi di ricovero e di presa in carico riabilitativa: raccolta outcome e stesura eventuale piano di miglioramento
7. Codifica procedure per dispositivi protesici	Adesione al protocollo operativo di utilizzo-educazione dei pazienti all'utilizzo e di controllo dei dispositivi protesici prescritti.	Comparto	100% dei dimessi hanno l'ausilio come prescritto e relativa educazione all'uso. Tenuta di un registro con prescrizione, approvvigionamento e messa in opera.
8. Verifica del trattamento assistenziale di base del malato	Impostazione di scheda Hand Over di gestione e verifica dello svolgimento di attività di prime cure da parte del personale OSS	Comparto	95% delle schede compilate in maniera esaustiva e chiara. (controllo revisione formale documentata)
9. Razionalizzazione uso degli antibiotici	Revisione dei protocolli di uso degli antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Direttore Dirigenti medici	Ridurre del 15% il numero di DDD complessivo Ridurre i macrolidi del 50%  Evidenza di monitoraggio della durata della profilassi se cefalosporine I Ridurre i consumi di fluorochinolonici del 20%



## Sintesi dati ed indicatori di funzionalità SC Neurochirurgia

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

### DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

#### Ricovero ordinario

Entrati	577	590	13	2,3
di cui accettati	419	433	14	3,3
di cui trasferiti	158	157	-1	-0,6
Usciti	582	579	-3	-0,5
Dimessi	444	437	-7	-1,6
di cui deceduti	17	5	-12	-70,6
Trasferiti	138	142	4	2,9
Casi trattati	494	505	11	2,2
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	4.465	4.271	-194	-4,3
Entrati usciti lo stesso giorno	70	66	-4	-5,7
Posti letto medi	20,0	20,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	62,0	59,4	-2,6	
<i>% DRG Chirurgici</i>	74,8	78,0	3,2	
<i>% DRG Medici</i>	25,2	22,0	-3,2	
Peso DRG (dei dimessi)	928,3	945,9	17,6	1,9

**Ricoveri in DH**

Accolti	61	38	-23	-37,7
Dimessi	61	38	-23	-37,7
Accessi	147	120	-27	-18,4
Posti letto medi	2,0	2,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>23,40</i>	<i>19,40</i>	<i>-4,00</i>	
<i>Accessi medi per caso</i>	<i>2,4</i>	<i>3,2</i>	<i>0,8</i>	<i>31,1</i>
<i>% DRG Chirurgici</i>	<i>36,10</i>	<i>78,90</i>	<i>42,80</i>	
<i>% DRG medici</i>	<i>63,90</i>	<i>21,10</i>	<i>-42,80</i>	
<i>% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici</i>	<i>28,21</i>	<i>37,50</i>	<i>9,29</i>	
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	11	3	-8	-72,7
Peso DRG (dei dimessi)	49,3	35,4	-13,9	-28,2
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	<i>0,810</i>	<i>0,930</i>	<i>0,120</i>	<i>14,8</i>

**Attività chirurgica**

Interventi chirurgici in regime ambulatoriale	54	94	40	74,1
Interventi chirurgici in regime di ricovero	424	406	-18	-4,2
<i>% di interventi urgenti</i>	<i>33,0</i>	<i>30,5</i>	<i>-2,5</i>	
<i>Tasso operatorio (ric. ord. + dh)</i>	<i>77,7</i>	<i>75,6</i>	<i>-2,1</i>	
<i>% DRG chirurgici (ric. ord. + dh)</i>	<i>70,1</i>	<i>78,0</i>	<i>7,9</i>	
<i>% Day surgery</i>	<i>10,7</i>	<i>16,2</i>	<i>5,5</i>	

**Attività ambulatoriale (fonte CUP)**

Numero di prestazioni per interni	4.585	3.542	-1.043	-22,7
Numero di prestazioni per esterni	2.027	2.377	350	17,3
di cui visite per esterni	1.293	1.655	362	28,0
di cui controlli per esterni	697	674	-23	-3,3
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	<i>65,0</i>	<i>71,1</i>	<i>6,1</i>	
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>===</i>	<i>15,8</i>	<i>===</i>	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>1,6</i>	<i>1,7</i>	<i>0,1</i>	



<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	10,4	18,4	8,0
---	------	------	-----

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017

**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.C. NEUROCHIRURGIA**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	63.886,53
Farmaci senza AIC	5.619,86
Dispositivi medici	1.237.104,86
Dispositivi medici impiantabili attivi	37.286,08
Dispositivi medico diagnostici in vitro	1.008,03
Prodotti dietetici	7.100,56
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	415,30
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	9.756,24
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>1.362.177,46</b>

## SC Riabilitazione

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	Budget annuale rispettato  <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2. Promuovere il reinserimento socio-familiare per quanto concerne i pazienti ricoverati in Medicina Riabilitativa	Mettere in atto tutte le attività integrate che garantiscono il reinserimento socio-familiare della persona alla dimissione dal reparto S.C. Medicina Riabilitativa	Direttore	Indicatore di performance: N. di persone dimesse a domicilio > 80% sul totale dei ricoveri nel 2018 Fonte SDO – G2
3. 3.6.3. Reti di patologia Agevolare la presa in carico riabilitativa di persone sottoposte ad intervento chirurgico elettivo alla mano presso ASUITs.	1. Stesura del protocollo operativo in collaborazione con la Cl. Ortopedica e Traumatologia 2. Attivazione del protocollo	1. Direttore  Obiettivo in comune con il Direttore S.C. Clinica Ortopedica e Traumatologia 2. Dirigenza Medica Comparto	1. Disponibilità del protocollo operativo entro 15.10.2018 2. A partire dal 15.10.2018 presa in carico dei pazienti segnalati dalla Cl. Ortopedica secondo protocollo  Fonte: elenco pazienti interno S.C. Medicina riabilitativa
4. 3.2.1 Tutela della salute della donna Migliorare la compliance nella prevenzione e trattamento dell'incontinenza urinaria nelle donne ( La S.C. Medicina Riabilitativa è l'unica realtà in Area Vasta che si occupa in	1. Creazione e stesura di un opuscolo informativo di esercizi di rinforzo della muscolatura pelvi-perineale-femminile 2. Consegna dell'opuscolo a tutte le donne con incontinenza urinaria che	Dirigenza Medica e Comparto	1. Elaborazione dell'opuscolo entro 31.05.2018 2. Consegna dell'opuscolo all'utenza a partire dal 01.06.2018

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
regime pubblico di trattamento riabilitativo dell'incontinenza urinaria e fecale e dei disturbi del piano perineale. Data l'elevata affluenza al servizio, circa 300 persone all'anno, si è rilevata la necessità di migliorare l'empowerment delle persone che afferiscono al servizio per garantire una migliore compliance al trattamento)	<p>afferiscono alla struttura</p> <p>3. Pubblicazione dell'opuscolo sul sito INTRANET</p>		<p>3. Pubblicazione sul sito INTRANET entro 30.06.2018</p>
<p>5. 3.2 Promozione della salute e prevenzione</p> <p>Migliorare la salute nelle persone a rischio di lombalgia (la lombalgia è una delle principali cause di assenza dal lavoro)</p>	<p>1. Creazione e stesura di un opuscolo informativo di esercizi per mantenere la funzionalità del rachide e prevenire le lombalgie</p> <p>2. Distribuzione dell'Opuscolo a tutto il personale ASUITs inviato in visita fisiatrica dall' UCO Medicina del Lavoro, al personale neoassunto e nei corsi di formazione sulla sicurezza sul luogo di lavoro</p> <p>3. Pubblicazione dell'opuscolo sul sito INTRANET</p>	Dirigenza Medica e Comparto	<p>1. Elaborazione dell'opuscolo entro 30.11.2018, Distribuzione dell'opuscolo entro il 01.12.2018 e Pubblicazione sul sito INTRANET entro 31.12.2018</p>
<p>6. 3.6.2 Emergenza urgenza</p> <p>Revisione dei percorsi di continuità riabilitativa ospedale-territorio per pazienti con ictus e frattura di femore</p>	<p>1. Revisione della scheda di valutazione multidimensionale e del protocollo di continuità ospedale-territorio (già in essere dal 2006) che coinvolge la S.C. Cl. Neurologica, la S.C. Ortopedia e Traumatologia, la S.C. Medicina Riabilitativa e Distretti</p>	<p>1. Direttore</p> <p>Coordinatori area riabilitativa</p> <p>2. Dirigenti Medici</p> <p>Comparto</p> <p>Obiettivo in comune con Cl.</p>	<p>1. Produzione del documento relativo al nuovo protocollo di continuità entro 30.10.2018</p> <p>2. Implementazione del nuovo protocollo</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	2. Implementazione del nuovo protocollo	Neurologica, Cl. Ortopedica e Traumatologica, Referente per l'area Riabilitativa Ospedaliera, Territorio	entro 01.12.2018
7. 3.7 Rapporto con i cittadini Agevolare l'adesione alle cure post dimissione	1. Ideare una scheda rivolta al paziente in dimissione a scopo educativo sull'auto somministrazione a domicilio di eparina a basso peso molecolare 2. Allegare la scheda educativa alla dimissione delle persone a cui sia stata prescritta eparina a basso peso molecolare	1. Coordinatore infermieristico Comparto 2. Comparto	1. Dal 01.05.2018 consegna della scheda al 100% dei pazienti dimessi con la prescrizione di eparina a basso peso molecolare (copia in cartella clinica)  Fonte: cartella clinica
8. 3.6 Progetti clinico assistenziali Migliorare la valutazione infermieristica adattandola all'area riabilitativa (Dai report periodici sulla completezza della documentazione della cartella clinica la pianificazione infermieristica risulta essere un punto di criticità in ogni report)	Revisione utilizzo scale di valutazione dei bisogni infermieristici con particolare riguardo all'area riabilitativa e di educazione sanitaria	Coordinatore infermieristico Comparto	1. utilizzo della nuova cartella infermieristica entro 01.12.2018  Fonte: cartella clinica
9. 3.7.7 Privacy Gestione della tutela della privacy nelle persone con afasia (la persona con disturbi del linguaggio non sempre riesce a comprendere quanto contenuto nel modulo per il consenso alla comunicazione del proprio stato di salute alla propria rete socio-familiare)	Ideare un consenso informato per afasici che permetta all'utente di autorizzare la comunicazione a terzi del proprio stato di salute	Dirigenti psicologi Logopediste	Creazione del nuovo consenso entro 31.10.2018 da sottoporre all'ufficio competente dell'ASUITs
10. 3.3.4. Riabilitazione	1. Revisionare ed uniformare l'elenco di	1. Direttore	1. Elenco uniformato entro 31.05.18

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Evitare sovrapposizioni di interventi o drop out in pazienti con Sclerosi Multipla	presa in carico territoriale ed ospedaliera delle persone con Sclerosi Multipla 2. Implementazione del registro	2. Dirigenza  Obiettivo in comune con SSD di Riabilitazione Territoriale	2. Implementazione dell'elenco dal 01.06.2018 Fonte: elenco pazienti interno S.C. Medicina Riabilitativa
11. Continuita' Riabilitativa Neurologia- Riabilitazione Neurologica	Percorso e tempi	Medici e comparto  Obiettivo in comune con la Neurologia	Analisi database pazienti e dei tempi di ricovero: raccolta outcome e stesura eventuale piano di miglioramento
12. Continuita' Riabilitativa Neurochirurgia- Riabilitazione	Percorso e tempi	Medici e comparto  Obiettivo in comune con la Neurochirurgia	Analisi database pazienti e dei tempi di ricovero e di presa in carico riabilitativa: raccolta outcome e stesura eventuale piano di miglioramento
13. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni



## Sintesi dati ed indicatori di funzionalità SC Riabilitazione

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

### DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

#### Ricovero ordinario

Entrati	222	239	17	7,7
di cui accettati	222	239	17	7,7
Usciti	221	241	20	9,0
Dimessi	221	241	20	9,0
Casi trattati	245	263	18	7,3
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	8.565	8.328	-237	-2,8
Entrati usciti lo stesso giorno	0	1	1	===
Posti letto medi	24,0	24,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>97,5</i>	<i>95,1</i>	<i>-2,4</i>	
% DRG Medici	100,0	100,0	0,0	
Peso DRG (dei dimessi)	219,2	223,4	4,3	1,9

#### Ricoveri in DH

Accolti	6	4	-2	-33,3
Dimessi	6	4	-2	-33,3
Accessi	149	68	-81	-54,4

Posti letto medi	2,0	2,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	23,70	11,00	-12,70	
<i>Accessi medi per caso</i>	13,0	2,3	-10,8	-82,7
<i>% DRG Chirurgici</i>	0,00	0,00	0,00	
<i>% DRG medici</i>	100,00	100,00	0,00	
Peso DRG (dei dimessi)	5,2	3,4	-1,8	-34,8
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	0,870	0,850	-0,020	-2,3

#### **Attività ambulatoriale (fonte CUP)**

Numero di prestazioni per interni	3.582	2.927	-655	-18,3
Numero di prestazioni per esterni	31.521	30.697	-824	-2,6
di cui visite per esterni	1.265	829	-436	-34,5
di cui controlli per esterni	294	301	7	2,4
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	81,1	73,4	-7,7	
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	===	2,5	===	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	1,2	1,6	0,4	
<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	5,8	5,9	0,1	

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017



**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.C. RIABILITAZIONE**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	56.976,65
Farmaci senza AIC	1.178,36
Dispositivi medici	45.718,10
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	997,86
Prodotti dietetici	2.146,28
Materiale per la profilassi	65,23
Prodotti chimici	959,87
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	5.051,43
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>113.093,78</b>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	Budget annuale rispettato  <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2. Trattamento della frattura di femore entro le 48 h 3.6.2. Emergenza Urgenza	1. Trattamento della frattura di femore entro le 48 h nel 70%	Direttore Dirigenza Medica Comparto	Fonte: registro interno Dati Regione FVG.
3. Agevolare la presa in carico riabilitativa di persone sottoposte ad intervento chirurgico elettivo alla mano presso ASUITs. 3.6.3. Reti di patologia	1. Stesura del protocollo operativo in collaborazione con la S.C. Medicina Riabilitativa 2. Attivazione del protocollo	1. Direttore Obiettivo in comune con il Direttore S.C. Medicina Riabilitativa 2. Dirigenza Medica Comparto	1. Disponibilità del protocollo operativo entro 15.10.2018 2. A partire dal 15.10.2018 segnalazione dei pazienti alla S.C. Medicina Riabilitativa per presa in carico secondo protocollo Fonte: registro pazienti interno S.C. Medicina riabilitativa
4. Incremento di partecipazione da parte dei pazienti sottoposti a chirurgia elettiva protesica di anca, ginocchio nel pre-operatorio al protocollo del buon uso del sangue in linea con Patient Blood Management del Centro Nazionale Sangue	1. Organizzazione di una riunione conoscitiva, multidisciplinare (ortopedici, trasfusionisti, anestesisti, comparto) con presentazione del protocollo 2. Adesione al protocollo dei pazienti	Direttore Dirigenza Medica Comparto  Obiettivo in comune con il Direttore e Dirigenza Medica del Servizio di Medicina Trasfusionale	Adesione al protocollo di almeno l'80% dei pazienti operati di protesi anca, ginocchio in elezione per patologia non traumatica nel 2018

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
3.6.5. Sangue ed emocomponenti	operati di protesi anca, ginocchio in elezione per patologia non traumatica nel 2018 mediante richiesta di visita di consulenza del medico di medicina trasfusionale durante la preparazione all'intervento.		
5. Stesura di protocollo interdisciplinare per l'utilizzo periperatorio dell'acido tranexamico in chirurgia protesica articolare elettiva di anca e ginocchio 3.6.5. Sangue ed emocomponenti	1. Stesura del protocollo operativo in collaborazione con la S.C. Servizio di Medicina Trasfusionale e Servizio di Anestesia (prof. Lucangelo)	Dirigenza Medica  Obiettivo in comune con il Direttore e Dirigenza Medica del Servizio di Medicina Trasfusionale e Servizio di Anestesia (prof. Lucangelo)	Publicazione del protocollo condiviso sul sito aziendale entro 31-12-2018
6. Elaborazione e consegna di "carta d'identità dell'impianto protesico" ai pazienti sottoposti ad intervento di anca e ginocchio in elezione 3.7 Rapporti con i cittadini	1. Stesura del documento "Carta d'identità dell'impianto protesico" che contenga informazioni relative alla protesi articolare impiantata 2. Compilazione e distribuzione del documento ai pazienti operati di protesi anca, ginocchio in elezione per patologia non traumatica	1. Direttore Dirigenza Medica  2. Dirigenza Medica Comparto	1. Costruzione scheda entro 30 settembre 2. Distribuzione del documento al 90% ai pazienti operati di protesi anca, ginocchio in elezione per patologia non traumatica dal 1 ottobre (fonte documentazione lettera di dimissione)
7. Revisione della continuità riabilitativa per pazienti con frattura di femore  3.6.2 Emergenza urgenza	1. Revisione della scheda di continuità riabilitativa e del protocollo (già in essere dal 2006) che coinvolge la S.C. Clinica Ortopedica Traumatologica, la S.C. Medicina Riabilitativa, le Strutture Riabilitative Territoriali 2. Messa in atto del nuovo protocollo	Coordinatrice Infermieristica Dirigenza medica Comparto  Obiettivo in comune con Cl. Ortopedica e Traumatologica, Referente per l'area Riabilitativa Ospedaliera, Referente per l'area riabilitativa territoriale	1. Utilizzo del nuovo protocollo entro 01.12.2018
8.	Revisione dei protocolli di uso degli	Direttore	Evidenza monitoraggio dei tempi della

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Razionalizzazione uso degli antibiotici	antibiotici sulla base delle indicazioni della SC Farmacia e SC Malattie Infettive	Dirigenti medici	profilassi perioperatoria della terapia antibiotica Ridurre il valore del numero di DDD di macrolidi del 20% Ridurre il numero di DDD complessivi intorno al 65
9. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni



Sintesi dati ed indicatori di funzionalità  
SC Clinica Ortopedica e traumatologica (UCO)

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

**Ricovero ordinario**

Entrati	1.875	1.758	-117	-6,2
di cui accettati	1.740	1.622	-118	-6,8
di cui trasferiti	135	136	1	0,7
Usciti	1.872	1.765	-107	-5,7
Dimessi	1.731	1.646	-85	-4,9
di cui deceduti	14	15	1	7,1
Trasferiti	141	119	-22	-15,6
Casi trattati	1.858	1.759	-99	-5,3
Giornate di degenza (esclusi e/u stesso giorno)	13.673	13.983	310	2,3
Entrati usciti lo stesso giorno	130	114	-16	-12,3
Posti letto medi	55,0	47,9	-7,1	-12,9
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	68,6	80,6	12,0	
<i>% DRG Chirurgici</i>	94,9	95,5	0,6	
<i>% DRG Medici</i>	5,1	4,5	-0,6	
Peso DRG (dei dimessi)	2.483,0	2.368,7	-114,3	-4,6

**Ricoveri in DH**

Accolti	110	105	-5	-4,5
Dimessi	110	105	-5	-4,5
Accessi	111	107	-4	-3,6
Posti letto medi	4,0	4,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>8,80</i>	<i>8,60</i>	<i>-0,20</i>	
<i>Accessi medi per caso</i>	<i>1,0</i>	<i>1,0</i>	<i>0,0</i>	<i>1,0</i>
<i>% DRG Chirurgici</i>	<i>94,50</i>	<i>96,20</i>	<i>1,70</i>	
<i>% DRG medici</i>	<i>5,50</i>	<i>3,80</i>	<i>-1,70</i>	
<i>% DRG medici diagnostici sul totale del DRG medici</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>	
Casi con DRG medico di tipo diagnostico	0	0	0	===
Peso DRG (dei dimessi)	83,0	83,9	0,9	1,1
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	<i>0,750</i>	<i>0,800</i>	<i>0,050</i>	<i>6,7</i>

**Attività chirurgica**

Interventi chirurgici in regime ambulatoriale	11	15	4	36,4
Interventi chirurgici in regime di ricovero	1.878	1.840	-38	-2,0
<i>% di interventi urgenti</i>	<i>17,9</i>	<i>15,8</i>	<i>-2,1</i>	
<i>Tasso operatorio (ric. ord. + dh)</i>	<i>97,2</i>	<i>100,8</i>	<i>3,6</i>	
<i>% DRG chirurgici (ric. ord. + dh)</i>	<i>94,9</i>	<i>95,5</i>	<i>0,6</i>	
<i>% Day surgery</i>	<i>24,9</i>	<i>24,0</i>	<i>-0,9</i>	

**Attività ambulatoriale (fonte CUP)**

Numero di prestazioni per interni	22.274	17.175	-5.099	-22,9
Numero di prestazioni per esterni	20.056	19.787	-269	-1,3
di cui visite per esterni	4.163	3.993	-170	-4,1
di cui controlli per esterni	9.157	8.865	-292	-3,2
<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	<i>31,3</i>	<i>31,1</i>	<i>-0,2</i>	
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>===</i>	<i>1,4</i>	<i>===</i>	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	<i>2,2</i>	<i>2,2</i>	<i>0,0</i>	

% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite	2,4	2,2	-0,2
--	-----	-----	------

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017. Va diminuita la degenza media.

**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.C. (UCO) CLINICA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGICA**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	74.536,16
Farmaci senza AIC	2.939,69
Dispositivi medici	1.592.773,72
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	1.926,94
Prodotti dietetici	1.387,23
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	861,92
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	2.875,35
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>1.677.301,01</b>



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	Budget annuale rispettato  <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2. Performance della SC (UCO) Medicina del Lavoro	1. Verifica delle procedure di appropriatezza diagnostica e di relazione causa-effetto nelle denunce di neoplasia professionale. 2. Mantenimento della corretta periodicità della sorveglianza sanitaria dei dipendenti AsuiTs come stabilito dal DLgs. 81/2008 (Testo Unico) e dal DLgs 230/1995 (Radioprotezione sanitaria). 3. Controllo della trasmissione al COR e invio al ReNaM dei dati/schede relativi ai mesoteliomi maligni nella Regione FVG, come da obiettivo 3.2.14 del programma XII PRP.	Direttore SC-UCO Medicina del Lavoro (Prof. Massimo Bovenzi)	1. Monitoraggio e validazione delle denunce di malattie professionali e del referto giudiziario per neoplasie lavoro-correlate aventi rilevanza penale per il datore di lavoro, con descrizioni analitica della casistica al 31.12.2018 sulla base dei registri interni implementati presso l'ambulatorio ex-esposti ad amianto e gli ambulatori dei medici competenti e medici autorizzati per la radioprotezione. 2. Monitoraggio trimestrale delle procedure di sorveglianza sanitaria preventiva e periodica. 3. Invio al ReNaM delle schede mesoteliomi entro il 30.10.2018
3. Valutazione della copertura vaccinale	Nel corso della sorveglianza sanitaria degli operatori sanitari di nuova	UCO Medicina del Lavoro Dirigenza e Comparto	Entro dicembre 2018 analisi dei risultati dello stato di copertura per

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
e/o anticorpale nei confronti di morbillo, parotite, rosolia, varicella negli operatori sanitari	assunzione e in visita periodica: 1. valutare la copertura vaccinale nei confronti di morbillo, parotite, rosolia, varicella e/o 2. valutare la risposta sierologica nei confronti di morbillo, parotite, rosolia, varicella 3. valutare la risposta ai test per la TBC come da protocollo aziendale (ove previsto)	in collaborazione e continuità con il territorio (dott.ssa Maria PERESSON)	morbillo, parotite, rosolia, varicella e risposta ai test TBC riguardanti 600 lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nel corso dell'anno.
4. Percorso Socio-Sanitario Assistenziale del soggetto esposto o ex-esposto ad Amianto nella Regione FVG di cui al DGR 250/2016	Mantenimento del percorso socio sanitario ed assistenziale già adottato a livello intraospedaliero presso l'Ambulatorio per le malattie respiratorie negli ex-esposti ad amianto (rispetto al 2016) con codice D01 ed E01, comprensive di visita medica, valutazione della funzionalità ventilatoria e diagnostica per immagini su indicazione del medico valutatore	dott.ssa Paola DE MICHELI UCO Medicina del Lavoro (Comparto)	1. Mantenimento dell'attività dell'ambulatorio delle malattie respiratorie degli ex-esposti ad amianto nell'anno 2018 2. Mantenimento dei tempi di attesa in 15 giorni
5. Riduzione dei tempi di attesa	1. Implementazione delle visite mediche allergologiche 2. Riduzione dei tempi di attesa a 15 giorni per le patologie di sospetta natura professionale	Prof.ssa Francesca LARESE FILON <i>Medici in Formazione della Scuola di Specializzazione in Medicina del Lavoro</i>	Contenimento dei tempi di attesa entro i 180 giorni (riduzione del 15% rispetto all'attuale) per l'80% delle richieste di visita allergologica.
6. Sorveglianza sanitaria degli studenti	Mantenimento dei programmi e protocolli sanitari già implementati	UCO Medicina del Lavoro Comparto	Garantire il 100% dell'esecuzione degli accertamenti sanitari inseriti nei

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
dei CdLM di Medicina-Chirurgia e Odontoiatria e Protesi Dentaria, dei CdL triennali delle Professioni Sanitarie e delle Scuole di Specializzazione di Area Medica, afferenti al I anno di corso	negli anni accademici precedenti.		protocolli e preparatori alla visita medica del Medico Competente con recupero del pregresso e allineamento dei dati al tempo reale
7. Accertamenti nei lavoratori forestali della Regione FVG esposti a rischio meccanico nell'ambito del programma di ricerca congiunto tra AsuiTs, AsuiUd e INAIL (Roma) come da convenzione stipulata tra AsuiTs e AsuiUd	Esecuzione di accertamenti strumentali: 1. Visita medica specialistica 2. Pletismografia con tecnica strain-gauge e cold test 3. Valutazione delle soglie vibrotattili e termotattili 4. Formazione di un operatore (FSC)	Dott. Federico Ronchese R.I. Rosalba Stupia TNFPR Rossana Litteri Inf. Maria Giuseppe Vitucci Inf. Gabriele Muccignatto Medici In Formazione Specialistica	1. Organizzazione ed esecuzione di almeno 40 visite mediche specialistiche e test vascolari e neurofisiologici 2. FSC di un nuovo operatore (inf. Erica FINOTTO)
8. Didattica/Tutoraggio degli studenti nell'ambito delle indicazioni del Protocollo d'Intesa e dell'Atto Aziendale	Mantenimento delle ore di docenza istituzionale dei Professori Universitari (120 ore/anno) e dei Dirigenti Ospedalieri presso i Corsi di Studio e le Scuole di Specializzazione di Area Medica, nonché del tutoraggio degli studenti dei Corsi di Laurea Magistrali in Medicina-Chirurgia e Odontoiatria, Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie con sede autonoma in UniTs o InterAteneo con UniUd.	Prof. Massimo Bovenzi Prof.ssa Francesca Larese Filon Prof. Corrado Negro Dr.ssa Paola De Michieli Dr.ssa Francesca Rui Dr. Federico Ronchese	Registri ufficiali delle attività didattiche forniti dai Corsi di Studio. Documentazione della presenza di studenti e medici specializzandi presso l'UCO di Medicina del Lavoro.
9. Attività di ricerca scientifica nell'ambito delle indicazioni del Protocollo d'Intesa e dell'Atto Aziendale	Produzione di almeno 1 studio/anno su peer-reviewed journal	Prof. Massimo Bovenzi Prof.ssa Francesca Larese Filon Prof. Corrado Negro Dr.ssa Paola De Michieli Dr.ssa Francesca Rui Dr. Federico Ronchese	Verifica della produzione scientifica nel database Scopus con valutazione del numero di pubblicazioni scientifiche e numero di citazioni, e presenza di H-index.



Sintesi dati ed indicatori di funzionalità  
SC Medicina del Lavoro (UCO)

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

**Ricoveri in DH**

Accolti	25	14	-11	-44,0
Dimessi	25	14	-11	-44,0
Accessi	38	18	-20	-52,6
Posti letto medi	10,0	10,0	0,0	0,0
<i>Tasso di occupazione dei posti letto</i>	<i>1,20</i>	<i>0,60</i>	<i>-0,60</i>	
<i>Accessi medi per caso</i>	<i>1,5</i>	<i>1,1</i>	<i>-0,4</i>	<i>-25,0</i>
<i>% DRG Chirurgici</i>	<i>4,00</i>	<i>0,00</i>	<i>-4,00</i>	
<i>% DRG medici</i>	<i>96,00</i>	<i>100,00</i>	<i>4,00</i>	
Peso DRG (dei dimessi)	16,4	10,1	-6,3	-38,4
<i>Peso medio DRG (dei dimessi)</i>	<i>0,660</i>	<i>0,720</i>	<i>0,060</i>	<i>9,1</i>

**Attività ambulatoriale (fonte CUP)**

Numero di prestazioni per interni	200	115	-85	-42,5
Numero di prestazioni per esterni	12.665	12.805	140	1,1
di cui visite per esterni	4.700	4.575	-125	-2,7
di cui controlli per esterni	94	95	1	1,1

<i>% di prime visite sul totale di visite e controlli</i>	98,0	98,0	0,0
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	===	13,2	===
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	17,6	15,4	-2,2
<i>% di attrazione complessiva (extra Prov. Ts) su prime visite</i>	26,5	24,9	-1,6

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017

**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.C. (UCO) MEDICINA DEL LAVORO**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	242,00
Farmaci senza AIC	4.633,71
Dispositivi medici	10.342,67
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	89,39
Prodotti dietetici	-
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	-
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	433,28
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>15.741,05</b>

## DAI MEDICINA DEI SERVIZI

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Linea 3.1.4 Gestione delle urgenze del Laboratorio Hub - continuità diagnostica delle attività di microbiologia nelle 24h</p>	<p>1. Stesura nuovo modello organizzativo per la gestione nelle 24h dell'esame urgente del liquor cefalo-rachidiano (LCR) e dell'emocoltura nella SC di Laboratorio Analisi e Microbiologia - Hub di Cattinara</p> <p>2. Progettazione e ridisegno complessivo del flusso dei campioni nella fase preanalitica analitica e postanalitica</p> <p>3. Messa a disposizione della tecnologia</p>	<p>Direttore DAI di Medicina dei Servizi</p>	<p><b>I.</b> Disponibilità del progetto, dei protocolli e delle procedure operative, con la predisposizione logistica e della tecnologia entro il 30.09.2018.</p> <p><b>R/T</b> Pubblicazione del referto dell'esame chimico-fisico con conta cellulare del liquor cefalo-rachidiano entro 40 minuti dalla ricezione del campione in Laboratorio dall' 1.08.2018 (fonte SI).</p> <p><b>R/T</b> Inizio della processazione (incubazione) delle emocolture nelle 24 h/ 7gg. dall'1.10.2018</p>
<p>2. Linea 3.1.4 Gestione delle urgenze del Laboratorio Hub - continuità diagnostica delle attività di microbiologia nelle 24h</p>	<p>4. Predisposizione della logistica e degli spazi dedicati</p> <p>5. Definizione della nuova organizzazione del lavoro dei TSLB della SC di Laboratorio delle Urgenze e della SC di Microbiologia e Virologia di Cattinara.</p>	<p>RID del DAI di Medicina dei Servizi</p>	

SC (UCO) Anatomia Patologica

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1 Rispetto del budget economico assegnato	1 Monitoraggio mensile delle spese sostenute 2 Monitoraggio mensile dell'attività erogata	Direttore della SC	Mantenimento del budget economico assegnato nel 2017 a parità di numero di esami erogati pesati per complessità.
2. Progetto regionale di Medicina di Laboratorio (HUB & SPOKE)	1 Creazione di sistema gestionale unico per l'Area Vasta di Anatomia Patologica (APSYS) e studio di fattibilità per rendere visibili i referti nel G2 clinico dell'Area Isontina 2 Organizzazione dei trasporti e del flusso di lavoro tra l'unità Spoke e quella HUB 3 Trasferimento dello strumento di Immunoistochimica attualmente in uso presso l'Isontino al Laboratorio HUB di Trieste	1. Direttore, Coordinatore, Dirigenti medici, Personale SC Anatomia Patologica Ingegneria Informatica Insiel 2. Direttore, Coordinatore tecnico, Dirigenti medici, Personale 3. Direttore, Coordinatore tecnico, Dirigenti medici, Personale	Trasferimento delle colorazioni di immunoistochimica entro il secondo semestre (obiettivo condizionato da disponibilità INSIEL)
3. Adeguamento delle prestazioni di diagnostica predittiva (IHC e biologia molecolare) alle esigenze delle terapie oncologiche con farmaci ad alto costo	Messa a punto ed erogazione dei test richiesti dagli oncologi dell'Area Vasta come da direttive AIFA e/o PDTA specifici	Direttore, Coordinatore tecnico, Dirigenti medici, Personale	Monitoraggio delle prestazioni erogate nel 2018 e dei relativi tempi di refertazione. Risultato atteso: 70% entro 15 gg lavorativi.
4 Supporto a EGAS nella predisposizione del capitolato di gara e successivo recepimento per l'attività di screening	Richiesta a EGAS di avvio procedure di gara Scrittura capitolato Partecipazione alla commissione di	Direttore, coordinatore tecnico, Dirigenti medici, Personale tecnico	Avvio gara nella seconda metà del 2018 Recepimento gara entro novembre 2018



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
regionale del cervicocarcinoma	aggiudicazione		
5 Reti di patologia Miglioramento dei percorsi di presa in carico della paziente oncologica ginecologica	Implementazione di lavoro del GOG (Gruppo interdisciplinare ed interaziendale per la patologia oncologica ginecologica)  Realizzazione di PDTA per la presa in carico multidisciplinare di donne affette da carcinoma endometriale	In collaborazione con : Dirigenti medici AP CSO SC Radioterapia IRCSS Burlo Garofalo	1. Revisione della letteratura e delle principali linee guida nazionali e internazionali, elaborazione di un percorso (con identificazione di indicatori di processo e di esito) con le strutture aziendali ed extraaziendali costituenti il GOG e produzione di un documento condiviso
6 Studio dell'eziopatogenesi virale dei tumori dell'orofaringe	Esame immunohistochimico per la ricerca della proteina p16 nei tumori dell'orofaringe e successiva genotipizzazione	Dirigenti e personale del comparto condiviso con SC Clinica ORL	80% dei pazienti con diagnosi di carcinoma orofaringeo studiati con p16 e genotipizzati
7. Coordinamento attività clinico e assistenziale	Predisposizione congiunta di PDTA sulle lesioni neoplastiche cutanee maligne, con definizione di percorsi, responsabilità e competenze	Direttore  Obiettivo in comune con SC Chirurgia Plastica SC Oncologia SC Dermatologia	Documento PDTA redatto secondo le linee guida nazionali e/o europee formalmente sottoscritto e inizio attività coordinata
8. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni



**Sintesi dati ed indicatori di funzionalità  
SC Anatomia ed istologia Patologica (UCO)**

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Casi trattati in anatomia patologica**

Autopsie	744	707	-37	-5,0
Biopsie	18.056	17.662	-394	-2,2
di cui grandi	3.581	3.497	-84	-2,3
di cui piccole	13.927	13.700	-227	-1,6
di cui estemporanee	526	445	-81	-15,4
di cui altre	22	20	-2	-9,1
Citologie	20.512	19.917	-595	-2,9
di cui Pap test	13.607	13.280	-327	-2,4
di cui test HPV	549	674	125	22,8
di cui estemporanee	542	475	-67	-12,4
di cui altre	5.814	5.488	-326	-5,6
Biologia molecolare (casi escl. HPV)	797	760	-37	-4,6
Biologia molecolare (prestazioni escl. HPV)	2.189	2.131	-58	-2,6

**Attività ambulatoriale (fonte CUP)**

Numero di prestazioni per esterni	17.227	16.331	-896	-5,2
-----------------------------------	--------	--------	------	------

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017 e sarà integrata la scheda con ulteriori attività erogate.

**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.C. (UCO) ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	5.210,95
Farmaci senza AIC	250,11
Dispositivi medici	33.990,99
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	458.229,15
Prodotti dietetici	-
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	1.612,98
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	37.718,03
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>537.012,21</b>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Razionalizzazione dei costi</p>	<p>1. Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.</p>	<p>Direttore SC</p>	<p>Budget annuale rispettato</p> <p><i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i></p>
<p>2. 3.1.4. Medicina di laboratorio - migliorare l'offerta della SC Microbiologia in funzione del ruolo di hub del Laboratorio unico dell'area giuliano-isontina</p>	<p>1 revisione dei processi di analisi microbiologica per sostenere l'ampliamento dell'attività in funzione dell'acquisizione delle prestazioni dell'area isontina 2 confronto e revisione dei protocolli diagnostici di ASUITs e AAS2 per uniformare le modalità di esame e di refertazione dei campioni microbiologici 3 adeguamento delle procedure operative e formazione del personale della SC Microbiologia</p>	<p>Dirigenti Medici e Biologi e TSLB della SC di Microbiologia e Virologia</p>	<p>1. aumento del numero di esami microbiologici effettuati (almeno +30% sul totale annuo) 2. nuove procedure operative di diagnostica microbiologica 3. almeno 2 incontri di formazione interna (FSC) dedicate alle nuove procedure operative</p>
<p>3. 3.1.4. Medicina di laboratorio - Riorganizzazione dell'attività analitica in Microbiologia in funzione dell'attivazione del Laboratorio unico dell'area giuliano-isontina</p>	<p>1. pianificazione delle attività e degli steps operativi per il completamento del Laboratorio unico di Microbiologia dell'area giuliano-isontina 2.</p>	<p>Direttore ff SC di Microbiologia e Virologia</p>	<p>1. revisione dei flussi di lavoro in funzione dell'incremento della numerosità delle analisi e delle tempistiche dei trasporti Indicatore: trasferimento del 100% dei campioni esterni dai punti prelievo</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Individuazione dei gruppi di lavoro e dei responsabili 3. Temporizzazione delle attività (start – finish) 4 Monitoraggio dello stato delle attività		dell'AAS2 al Laboratorio Hub entro il 30.06.2018. 2. Trasferimento del 100% dei campioni interni non urgenti degli Ospedali di Gorizia e Monfalcone entro il 31.12.2018 (fonte SI)
4. Rischio clinico – Qualità ed appropriatezza nell'erogazione delle cure: contenimento della resistenza agli antibiotici Miglioramento della prescrizione degli antibiotici	Ampliamento dell'offerta diagnostica dei test di sensibilità agli antibiotici: ridefinizione dei pannelli di antibiotici testati per tipologia di germe e sede di infezione, per un miglioramento dell'offerta diagnostica differenziata in base alla casistica (infezioni comunitarie, pazienti ospedalizzati, infezioni da germi multiresistenti)	Dirigenti Medici e Biologi e TSLB della SC di Microbiologia e Virologia	Diversificazione dei pannelli per antibiogramma ed incremento nell'uso di test in microdiluzione per batteri multiresistenti (MDR o XDR) Indicatore: incremento di almeno 20% delle tipologie di pannelli di antibiotici utilizzati
5. Rischio clinico – Qualità ed appropriatezza nell'erogazione delle cure: contenimento della resistenza agli antibiotici	Implementare l'uso della diagnosi microbiologica rapida con metodica di biologia molecolare (Film-array) per guidare la scelta rapida dell'antibiotico nelle sepsi severe/shock settico e nelle polmoniti complicate	Dirigenti Medici della SC Malattie Infettive e Dirigenti Medici e Biologi della SC di Microbiologia e Virologia TSLB della SC di Microbiologia e Virologia	1. Incremento di almeno il 20% dell'uso del test Film-array (sepsi) rispetto a quanto riportato nel 2017 2. Almeno 40 tests Film-array eseguiti su campioni respiratori (BAL o tracheoaspirati) in polmoniti complicate
6. 3.2.15. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive, inclusa la resistenza antimicrobica (Programma XIII PRP 2014-2018) e piano nazionale di contrasto alle resistenze	1. Approfondimento dell'analisi della distribuzione delle antibioticoresistenze stratificata per provenienza (ospedale, esterni, RSA e CdR) e sede di infezione (sepsi, infezioni urinarie, cute e tessuti molli)	Dirigenti Medici e Biologi della SC di Microbiologia e Virologia	1. Report antibioticoresistenze (tassi stratificati per provenienza e sede di infezione) e confronto con i tassi regionali, inviato in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
antimicrobiche 2017-2018 (PNCAR)	in coerenza con le linee guida regionali di terapia antibiotica e confronto con dati regionali (benchmarking) 2. Miglioramento della sorveglianza dei microrganismi sentinella: monitoraggio a cadenza trimestrale della frequenza dei principali alert, con distribuzione per area/reparto		farmaci 2. Report trimestrali microrganismi sentinella inviati in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari di ASUITs
7. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni



**Sintesi dati ed indicatori di funzionalità  
SC Microbiologia e Virologia**

<b>Dato/indicatore</b>	<b>Anno 2016</b>	<b>Anno 2017</b>	<b>Delta Anno 2017 - Anno 2016</b>	<b>Delta % Anno 2017 - Anno 2016</b>
------------------------	------------------	------------------	--	--

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Attività ambulatoriale (fonte CUP)**

Numero di prestazioni per interni	49.876	46.192	-3.684	-7,4
Numero di prestazioni per esterni	26.288	27.158	870	3,3

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	1. Budget annuale rispettato <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2. Progetti di riorganizzazione delle funzioni , Laboratorio (3.1.4.)	1 Sulla base delle prestazioni erogate individuazione/definizione dei percorsi tecnologici essenziali finalizzata alla razionalizzazione delle prestazioni stesse e della strumentazione necessaria e alla ottimizzazione delle risorse. 2. Valutare con EGAS la compatibilità dei percorsi tecnologici individuati con capitolati di gara già aggiudicati in Regione 3. Verificare con la struttura Approvvigionamenti e Gestione dei Servizi la possibilità per l'aggiudicazione diretta di percorsi diagnostici di impatto economico inferiore ai € 40.000	Pierlanfranco D'Agaro	1. Documento con indicazione dei percorsi diagnostici necessari per l'attività assistenziale della SC Igiene vincolati a strumentazione dedicata. 2. Numero di percorsi diagnostici adattabili a capitolati già aggiudicati in Regione (almeno 2) 3. Numero di percorsi diagnostici con aggiudicazione diretta (almeno 1)
3. Progetti di riorganizzazione delle funzioni , Laboratorio (3.1.4.)	1 Progettare una Core Facility in ASUITS per il sequenziamento di acidi nucleici con tecnica Sanger e con tecnica NGS e coinvolgimento delle SC interessate nel	Pierlanfranco D'Agaro Maurizio Ruscio	1. Progetto con indicazione delle tecnologie e dei costi. 2. Piano di formazione per TLB per



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Dipartimento. 2 In collaborazione con il Direttore di Dipartimento, individuazione e formazione di una persona che possa fornire un servizio dipartimentale e inter dipartimentale di sequenziamento.		servizio dipartimentale e inter dipartimentale di sequenziamento.
4. Adottare e applicare il piano regionale di sorveglianza e risposta alle arbovirosi trasmesse da zanzare (3.2.15)	1 Aggiornamento dei protocolli diagnostici e validazione degli stessi con controlli di qualità internazionali e nazionali 2 Riduzione a 24 ore (nei giorni lavorativi) dei tempi di risposta (TAT) per la diagnosi molecolare di arbovirosi trasmissibili da zanzare presenti nel territorio regionale in pazienti provenienti da aree endemiche	Ludovica Segat Samar Elena Fabia Petronio	1. Aggiornati 4 protocolli diagnostici: per Dengue, Chikungunya, West Nile Fever e Zika. 2. Numero di diagnosi con TAT superiore alle 24 ore in pazienti provenienti da aree endemiche: <2.
5. Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive (3.2.15)	1 Riduzione a 48 ore (nei giorni lavorativi) dei tempi di risposta (TAT) per la diagnosi di Morbillo (sierologica e/o molecolare) 2 Genotipizzazione di almeno il 90% dei campioni positivi ai test molecolari per Morbillo 3 Implementazione della diagnostica di laboratorio e per le malattie infettive prevenibili con vaccino: Bordetella	Ludovica Segat Samar Elena Fabia Petronio Ludovica Segat Samar Elena Fabia Petronio	1. Numero di diagnosi con TAT superiore alle 24 ore: <2. 2. Genotipizzazione di > 90% dei campioni positivi ai test molecolari per Morbillo 3. N. 2 protocolli diagnostici per Bordetella pertussis, Corynebacterium diphtheriae .

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	pertussis, Corynebacterium diphtheriae.		
6. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	Budget annuale rispettato  <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2. Linea 3.1.4 Chiusura del progetto del Laboratorio Unico dell'area g-i	1 Pianificazione delle attività e degli steps operativi 2. Individuazione dei gruppi di lavoro e dei responsabili 3. Temporizzazione delle attività (start – finish) 4. Monitoraggio dello stato delle attività	Direttore SC Laboratorio Analisi	Trasferimento del 100% dei campioni esterni dai punti prelievo dell'AAS2 al Laboratorio Hub entro il 30.06.2018. Trasferimento del 100% dei campioni interni non urgenti degli Ospedali di Gorizia e Monfalcone entro il 31.12.2018 (fonte SI)
3. Linea 3.1.4 Attivazione del laboratorio hub di ASUITs	1 Modifica del layout del coreLab del Laboratorio dell'Ospedale Maggiore 2. Adeguamento impiantistico del corelab 3. Potenziamento della tecnologia del corelab 4. Nuova organizzazione del lavoro	Dirigenti Medici e Biologi TSLB	<b>I/R/T</b> Incremento del 30 % del numero dei test entro il 30.06.2018. (fonte SI)
4.	1.	Dirigenti Medici	<b>I/R/T</b> Esecuzione del 100% degli esami

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Linea 3.1.4 Attivazione del Laboratorio spoke presso i Laboratori di Monfalcone e Gorizia	<p>Allineamento e configurazione delle prestazioni di AAS2 nel DNLab di ASUITS</p> <p>2. Attivazione della nuova tecnologia analitica nel Laboratorio spoke di Gorizia e Monfalcone e formazione del personale tecnico.</p> <p>3. Formazione operatori dei reparti degli ospedali di Gorizia e Monfalcone all'uso degli schedoni di ASUITS.</p>	TSLB	urgenti provenienti dai reparti ospedalieri di Gorizia e Monfalcone nei laboratori spoke entro il 31.12.2018 (fonte SI)
5. miglioramento del servizio ambulatoriale nel punto prelievo dell'Ospedale Maggiore di Trieste	<p>1. Costituzione del gruppo di lavoro tra Laboratori Analisi-CUP-IT-Distretto 2</p> <p>2. Mappatura del processo : <i>current state map</i></p> <p>3. Misurazione delle attività</p> <p>4. Proposta di miglioramento</p>	<p>Dirigenti Laboratorio-IT -Distretto 2</p> <p>Personale Infermieristico punto prelievo</p> <p>TSLB</p> <p>Personale amministrativo CUP</p>	I/R/T Attuazione di almeno 2 azioni di miglioramento entro l'1.7.2018
6. Ottimizzazione del percorso clinico-diagnostico dei pazienti affetti da malattia onco-ematologica	<p>1. Formazione di un team composto da laboratoristi e clinici ematologi</p> <p>2. Refertazione congiunta e discussa dei preparati citologici eseguiti su sangue periferico e midollo</p> <p>3. Inserimento in G2 clinico della lettura ed interpretazione collegiale dell'aspirato midollare</p>	Dirigenti SC Laboratorio Analisi e SC di Ematologia	I/R/T Pubblicazione del referto citologico dell'aspirato midollare su LIS di Laboratorio e G2 clinico nel 100% dei pazienti valutati, dall'1.5.2018 (fonte SI)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	4. Confronto con il risultato citometrico		
7. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni



**Sintesi dati ed indicatori di funzionalità**  
**SC Laboratorio analisi (AsuiTs, Burlo e Gorizia-Monfalcone)**

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Attività ambulatoriale (fonte CUP)**

Numero di prestazioni per interni	2.195.245	1.995.148	-200.097	-9,1
Numero di prestazioni per esterni	1.343.525	1.365.857	22.332	1,7
di cui visite per esterni	0	0	0	===
di cui controlli per esterni	0	0	0	===
<i>% di attrazione reg.le extra Prov. Ts (Escl. Serv. Intermedi)</i>	===	26,8	===	
<i>% di attrazione extra reg.le (Escl. Serv. Intermedi)</i>	8,9	13,4	4,5	

Durante l'anno 2018 l'attività dovrà essere aumentata per il trasferimento della funzione dall'AAS 2 e sarà integrata la scheda con ulteriori attività erogate.

Obiettivo generale	azione	s. s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Monitoraggio dei pazienti candidati al trapianto epatico attraverso l'analisi dell'etilglucuronide urinario (marker dell'abuso alcolico) secondo il Protocollo condiviso col Centro Studi Fegato di ASUITS per la valutazione dell'astinenza. (<i>Linee guida AISF-trapianto di fegato tra la CPF e la Struttura Complessa Dipendenza da sostanze legali</i>)</p>	<p>Applicare ad ogni campione urinario la metodica di screening con cadenza mensile e per 6 mesi</p>	<p>S.S.D. Laboratorio di Tossicologia Forense dott. Noelia MALUSA' dott. Sara LEONE</p> <p>In collaborazione con il Centro Patologie Fegato di ASUITS</p>	<p>Adozione del nuovo protocollo di indagine su tutti i pazienti segnalati dal CPF</p>
<p>2. Applicazione dei protocolli operativi ai campioni ematici dell'Area Giuliana-Isontina per analisi di etanolo e droghe d'abuso ai fini dell'applicazione delle disposizioni previste dagli art. 186 e 187 del Codice della Strada.</p>	<p>Predisporre le analisi di conferma quantitativa a valenza medico-legale per i campioni ematici a certezza del dato analitico ottenuto con metodiche di screenings</p>	<p>Laboratorio di Tossicologia Forense dott. Noelia MALUSA' dott. Sara LEONE</p> <p>In collaborazione con il Laboratorio ASS2 Dott. Ulrike KARNETH</p>	<p>Vengono eseguiti il 100% dei campioni richiesti attraverso il Pronto Soccorso dell' Area Giuliana- Isontina per analisi di etanolo e droghe a fini medico-legali</p>
<p>3. Ampliamento del pannello analitico per i campioni ematici nella ricerca delle droghe d'abuso, a completamento della ricerca di screening offerta dal Laboratorio</p>	<p>1. Sperimentare sui campioni ematici una nuova metodica di screening per la ricerca di amfetamine/ecstasy da far seguire ad una risposta positiva nelle urine per il completamento dell'indagine 2. Predisporre l'analisi di conferma quantitativa a certezza del dato analitico effettuata con gascromatografo mediante rivelatore di massa</p>	<p>Laboratorio di Tossicologia Forense dott. Noelia MALUSA'</p>	<p>1. Adozione del nuovo metodo di screening per tutti i campioni ematici richiesti per analisi di droghe a fini medico-legali</p> <p>2. Applicazione dell' analisi di conferma nel 100% dei campioni che necessitano di tale diagnostica avanzata</p>

SC Medicina Trasfusionale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	Budget annuale rispettato  <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2. Applicazione delle più recenti indicazioni Nazionali e Internazionali sul Buon Uso del Sangue, per ridurre il consumo di unità di emazie.	1. Aggiornare le Linee Guida Trasfusionali del COBUS 2. Condividere le Linee Guida con i membri dei COBUS di ASUITS, IRCCS Burlo Garofolo, AAS2 3. Diffondere le Linee Guida ai medici delle strutture ospedaliere e territoriali 4. Verificare l'applicazione delle Linee Guida e monitorare l'efficacia della misura proposta	Direttore Dirigenti Medici DIMT	Nel 2017 nelle strutture afferenti al DIMT, sono state trasfuse 16142 unità di emazie, + 3,95% rispetto al 2016. L'indicatore per il 2017 'Unità trasfuse per 1000 abitanti' è pari a 43,1 (considerando la popolazione delle province di TS e GO pari a 374.000). L'indicatore 2017 per tutta la Regione FVG è pari a : 41,1 (50313 unità trasfuse, 1.223.000 abitanti).  Ci si propone con questo obiettivo, di rientrare nel valore dell'indicatore per il FVG, ovvero 41 unità per 1000 abitanti, a parità di attività del 2017.  Fonte dati: Coordinamento Regionale Sangue e gestionale Emonet.



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>3. Applicazione del Patient Blood Management (PBM) e stesura di un protocollo per l'utilizzo dell'acido tranexamico.</p>	<p>1. Applicare il programma di Patient Blood Management come da procedure condivise con la Clinica Ortopedica</p> <p>2. Collaborare alla stesura di un protocollo sull'utilizzo dell'acido tranexamico</p>	<p>Direttore Dirigenti Medici DIMT</p> <p>Obiettivo in comune con il Direttore e i Dirigenti Medici della Clinica Ortopedica</p>	<p>N. pazienti valutati per il progetto PBM Applicazione del protocollo sull'utilizzo dell'acido tranexamico Miglioramento del dato di N. unità di emazie trasfuse in Clinica Ortopedica nel 2018 (e misurazione degli scostamenti rispetto al 2017 a parità di n. interventi) Fonte dati: gestionale Emonet, dati di attività chirurgica</p>
<p>4. Applicazione delle Linee Guida di Buona Prassi (DM 1214/2016) e rinnovo della Certificazione ISO 9001:2015 con estensione al settore di congelamento e crioconservazione di cellule staminali emopoietiche. Applicazione degli standards JACIE per la raccolta e crioconservazione delle cellule staminali emopoietiche</p>	<p>1. Completamento del piano di azioni correttive e preventive richiesto da CSL Behring in seguito all'audit del luglio 2017</p> <p>2. Revisione della documentazione del sistema di gestione della qualità</p> <p>3. Rivedere il pannello di indicatori</p> <p>4. Compilazione della check-list di JACIE per la raccolta e crioconservazione delle cellule staminali emopoietiche</p> <p>5. Svolgere i riesami della Direzione come previsto dal piano per la qualità</p>	<p>Tutto il personale del DIMT: dirigenti medici, dirigenti biologi, infermieri, tecnici, personale di supporto</p>	<p>1. Superamento dell'Audit di CSL Behring</p> <p>2. Superamento della verifica ispettiva ISO 9001:2015 con rinnovo del certificato</p> <p>3. Completamento e invio check-list JACIE</p>
<p>5. Convalida dei nuovi sistemi di raccolta di sangue ed emocomponenti e della nuova strumentazione di immunoematologia.</p>	<p>1. dei nuovi sistemi di raccolta (sacche, bilance, RFID)</p> <p>2. Convalida della nuova strumentazione per l'esecuzione di esami di</p>	<p>Personale del Comparto (infermieri e tecnici di laboratorio)</p>	<p>1. I nuovi sistemi di raccolta convalidati, entrano in routine.</p> <p>2. La nuova strumentazione, una volta convalidata, entra in routine</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Immunoematologia in tutte le sedi del Dipartimento		
6. Ottimizzazione del percorso di PBM (Patient Blood Management) in <b>Cardiochirurgia</b> : Monitoraggio del consumo di emocomponenti	1. Condivisione delle Linee Guida del Patient Blood Management per i pazienti cardiochirurgici 2. Condivisione della nuova versione delle Linee Guida sul Buon Uso del Sangue 3. Analisi dei dati riguardanti i pazienti valvolari, sulla trasfusione di emocomponenti ed emoderivati 4. Monitoraggio del consumo di emocomponenti 2018 vs. 2017	<b>Obiettivo In comune</b> SC CCH SSD Cardioanestesia Dipartimento di Medicina TrASFusionale	1. Dati di monitoraggio consumo emocomponenti 2. Presenza linee guida condivise con definizione eventuale obiettivo diminuzione 2018 vs 2017
7. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni



**Sintesi dati ed indicatori di funzionalità  
SC Medicina Trasmfusionale**

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Attività ambulatoriale (fonte CUP)**

Numero di prestazioni per interni	309.113	254.595	-54.518	-17,6
Numero di prestazioni per esterni	20.682	22.443	1.761	8,5

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017 e sarà integrata la scheda con ulteriori attività erogate.

## DAI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1 Articolazione dell'attività organizzativa per l'avvio della radiologia domiciliare in strutture protette</p>	<p>1. Identificazione delle strutture destinatarie del servizio</p> <p>2. Condivisione delle indicazioni agli esami radiologici domiciliari</p> <p>3. Definizione delle norme di radioprotezione da rispettare per la radiologia domiciliare</p> <p>4. Definizione dei corretti carichi di lavoro del personale coinvolto</p> <p>5. Definizione delle modalità di prenotazione</p> <p>6. Definizione delle modalità di trasporto</p> <p>7. Definizione delle modalità di esecuzione degli esami radiologici, di trasmissione dei dati, di refertazione e di comunicazione del referto</p>	<p>Direttore DAI Diagnostica per Immagini</p> <p>Obiettivo in collaborazione con i Direttori della S.C. Radiologia OM, S.C. Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Dipartimento Assistenza Territoriale e Distretti , S.C. Fisica Sanitaria, S.C. Informatica e Telecomunicazioni, S.C. Ingegneria Clinica, SPPA e Direzione Medica</p>	<p>Definizione di tutte le procedure operative e avvio dell'attività qualora l'apparecchiatura venga acquisita e siano approvate tutte le proposte operative</p>
<p>2. Meeting Multidisciplinare di neurooncologia</p>	<p>meeting di discussione dei casi, preparazione e pianificazione terapeutica anche a lungo termine, ottimizzazione tempistica di controllo</p>	<p>Neurochirurgia Radioterapia Oncologia Radiologia Neurologia</p>	<p>Almeno 50% dei casi neurooncologici complessi discussi collegialmente</p>
<p>3. sviluppo orario attività due sedi di radiologia</p>	<p>Ricognizione delle esigenze e della disponibilità oraria del personale</p>	<p>Direzione DAI Direttore e Coordinatori SC Radiologia</p>	<p>Documento di riorganizzazione come da azione entro giugno 2018.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	medico e tecnico e riorganizzazione delle aperture del servizio con ampliamento dell'orario feriale e/o del sabato in particolare su TC e RMN	Cattinara e Maggiore	Attivazione nuove modalità dal 1° Settembre e valutazione entro 31.12.2018

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Razionalizzazione dei costi</p>	<p>1. Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.</p>	<p>Direttore SC</p>	<p>Budget annuale rispettato</p> <p><i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i></p>
<p>2 Riorganizzazione attività radiologica alla luce della ristrutturazione dell'Ospedale di Cattinara</p>	<p>Redistribuzione di attività e personale tra le due S.C. di Radiologia di ASUITS per far fronte alla criticità</p>	<p>Direttore S.C. Radiologia OM Obiettivo in comune per la S.C. di Radiologia OM e la S.C. Radiologia Diagnostica e Interventistica OC</p>	<p>Mantenimento dell'attività complessiva delle due S.C. di Radiologia (con scostamento massimo del 5%) nel periodo dopo l'inizio della ristrutturazione con interessamento degli spazi della S.C. Radiologia Diagnostica e Interventistica OC rispetto all'analogo periodo del 2017 (base dati: G2 clinico)</p>
<p>3. Modificare la qualità del servizio offerto ai pazienti sulla base dei loro bisogni</p>	<p>1. Produrre un questionario per la valutazione del gradimento del servizio offerto dalla S.C. di Radiologia (che consideri logistica, qualità dei locali, puntualità, rispetto della privacy, cortesia del personale, informazioni ricevute ...) 2. Distribuire il questionario a n. 500 pazienti 3. Analizzare i dati raccolti</p>	<p>Dirigenti S.C. Radiologia OM (n= 13) Comparto S.C. Radiologia OM (n= 34) Obiettivo in comune per la S.C. di Radiologia OM e la S.C. Radiologia Diagnostica e Interventistica OC e per l'Ufficio Relazioni con il Pubblico</p>	<p>Evidenza delle azioni correttive attuate sulla base delle criticità eventualmente emerse dall'analisi delle risposte al questionario distribuito ai pazienti</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	4. Attuare eventuali azioni correttive		
4. Modificare la qualità del servizio offerto alle Strutture Sanitarie del Polo Ospedaliero (OM) sulla base delle esigenze dei medici prescrittori	1. Produrre un elenco di quesiti per la valutazione della qualità del servizio offerto dalla S.C. di Radiologia (che consideri logistica, accesso al servizio per la prenotazione dell'esame, tempi di esecuzione, tempi di refertazione, facilità di comunicazione per eventuali problematiche ...) 2. Porre i quesiti nel corso di incontri con le singole strutture dell'Ospedale Maggiore 3. Analizzare i dati raccolti 4. Attuare eventuali azioni correttive	Dirigenti S.C. Radiologia OM (n= 13) Comparto S.C. Radiologia OM (n= 34) Obiettivo in comune per la S.C. di Radiologia OM e la S.C. Radiologia Diagnostica e Interventistica OC	Evidenza delle azioni correttive attuate sulla base delle criticità eventualmente emerse dall'analisi delle risposte ai quesiti posti nel corso degli incontri con le altre strutture dell'OM
5. Migliorare l'appropriatezza delle richieste ambulatoriali formulate dagli specialisti operanti nei due poli ospedalieri (OC e OM)	1. Raccolta delle richieste di TC e di RM pervenute in un mese del primo quadrimestre 2018 con codice di priorità B/D prodotte da specialisti ospedalieri 2. Loro analisi facendo riferimento alle linee guida precedentemente concordate con i MMG della provincia di Trieste 3. Incontri con la dirigenza medica delle singole strutture dell'Ospedale	Dirigenti S.C. Radiologia OM (n= 13) Personale Amministrativo S.C. Radiologia OM (n= 5) Obiettivo in comune per la S.C. di Radiologia OM e la S.C. Radiologia Diagnostica e Interventistica OC e per le S.C. dell'OM che prescrivono esami radiologici	Evidenza delle percentuali di appropriatezza delle richieste pervenute. Individuazione delle criticità e programmazione azioni correttive Eventuale raffronto delle percentuali emerse nelle due raccolte dati previste qualora la seconda si dimostri necessaria

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Maggiore condividendo i criteri e discutendo le eventuali criticità 4. Eventuale nuova raccolta dati con le stesse modalità dopo le azioni precedenti		





## Sintesi dati ed indicatori di funzionalità SC Radiologia

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

### DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'

#### Attività chirurgica

Interventi chirurgici in regime ambulatoriale	0	1	1	===
Interventi chirurgici in regime di ricovero	10	33	23	230,0
<i>% di interventi urgenti</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	

#### Attività ambulatoriale (fonte CUP)

Numero di prestazioni per interni	21.612	16.748	-4.864	-22,5
Numero di prestazioni per esterni	42.940	44.460	1.520	3,5

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantito un aumento delle prestazioni pari all'1% rispetto all'attività erogata nell'anno 2017

**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.C. RADIOLOGIA**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	121.650,17
Farmaci senza AIC	758,56
Dispositivi medici	80.820,53
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	23,94
Prodotti dietetici	-
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	15,97
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	491,79
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>203.760,96</b>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	1. Budget annuale rispettato <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2 Riorganizzazione attività radiologica alla luce della ristrutturazione dell'Ospedale di Cattinara	1 – Redistribuzione di attività e personale tra le due S.C. di Radiologia di ASUITS per far fronte alla criticità	Direttore S.C. Radiologia Diagnostica e Interventistica OC Obiettivo in comune con il Direttore della S.C. di Radiologia OM	Mantenimento dell'attività complessiva delle due S.C. di Radiologia (con scostamento massimo del 5%) nel periodo dopo l'inizio della ristrutturazione con interessamento degli spazi della S.C. Radiologia Diagnostica e Interventistica OC rispetto all'analogo periodo del 2017 (base dati: G2 clinico)
3. Modificare la qualità del servizio offerto ai pazienti sulla base dei loro bisogni	1. Produrre un questionario per la valutazione di gradimento del servizio offerto dalla S.C. di Radiologia Diagnostica e Interventistica (che consideri logistica, qualità dei locali, puntualità, rispetto della privacy, cortesia del personale, informazioni ricevute...) 2. Distribuire il questionario a n. 500 pazienti 3. Analizzare i dati raccolti 4. Attuare eventuali azioni correttive	Dirigenti S.C. Radiologia Diagnostica e Interventistica OC (n. 23) Diagnostica e Interventistica OC (n. 72) Obiettivo in comune con la S.C. di Radiologia OM e con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico	Evidenza delle azioni correttive attuate sulla base delle criticità eventualmente emerse dall'analisi delle risposte al questionario distribuito ai pazienti

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>4. Modificare la qualità del servizio offerto alle Strutture Sanitarie del Polo Ospedaliero (OC) sulla base delle esigenze dei medici prescrittori</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Produrre un elenco di quesiti per la valutazione della qualità del servizio offerto dalla S.C. di Radiologia Diagnostica e Interventistica (che consideri logistica, accesso al servizio per la prenotazione dell'esame, tempi di esecuzione, tempi di refertazione, facilità di comunicazioni per eventuali problematiche...)</li> <li>2. Porre i quesiti nel corso di incontri con le singole strutture dell'Ospedale di Cattinara</li> <li>3. Analizzare i dati raccolti</li> <li>4. Attuare eventuali azioni correttive</li> </ol>	<p>Dirigenti S.C. Radiologia Diagnostica e Interventistica (n. 23)          Comparto S.C. Radiologia Diagnostica e Interventistica (n. 72)          Obiettivo in comune con la S.C. Radiologia OM</p>	<p>Evidenza delle azioni correttive attuate sulla base delle criticità eventualmente emerse dall'analisi delle risposte ai quesiti posti nel corso degli incontri con le altre strutture dell'OC</p>
<p>5 Migliorare l'appropriatezza delle richieste ambulatoriali formulate dagli specialisti operanti nei due poli ospedalieri (OC e OM)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Raccolta delle richieste pervenute in un mese del primo quadrimestre 2018 con codice di priorità B/D prodotte da specialisti ospedalieri</li> <li>2. Loro analisi facendo riferimento alle linee guida precedentemente concordate con i MMG della provincia di Trieste</li> <li>3. Incontri con la dirigenza delle singole strutture dell'Ospedale di Cattinara condividendo i criteri e discutendo le eventuali criticità</li> </ol>	<p>Dirigenti S.C. Radiologia Diagnostica e Interventistica OC (n. 23)          Personale Amministrativo S.C. Radiologia Diagnostica e Interventistica OC (n. 3)          Obiettivo in comune con la S.C. di Radiologia OM e in collaborazione con le S.C. dell'OC che prescrivono esami radiologici</p>	<p>Evidenza delle percentuali di appropriatezza delle richieste pervenute. Individuazione delle criticità e programmazione azioni correttive. Eventuale raffronto delle percentuali emerse nelle due raccolte dati previste qualora la seconda si dimostri necessaria</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	4. Eventuale nuova raccolta dati con le stesse modalità dopo le azioni precedenti		
6. Migliorare la qualità del servizio offerto alla S.C. Ortopedia	1 - Incontri periodici con la dirigenza medica della S.C. Ortopedia per la discussione di problematiche clinico/diagnostiche/organizzative rilevando eventuali criticità  2 - Attuare eventuali azioni correttive	Dirigenti S.C. Radiologia Diagnostica e Interventistica OC (n. 23) Obiettivo in comune con la S.C. Ortopedia	Evidenza delle azioni correttive attuate sulla base delle eventuali criticità emerse durante gli incontri. Report dei risultati operativi ottenuti rispetto al 2017
7. Riorganizzazione delle agende per interni	Creazione di agenda virtuale per prenotazione per interni per le Strutture attualmente non prenotanti su spazi predeterminati	Tutta la Struttura	Agenda attivata
8. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni



**Sintesi dati ed indicatori di funzionalità  
SC Radiologia diagnostica ed interventistica (UCO)**

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Attività chirurgica**

Interventi chirurgici in regime ambulatoriale	22	25	3	13,6
Interventi chirurgici in regime di ricovero	496	633	137	27,6
<i>% di interventi urgenti</i>	32,5	37,4	5,0	

**Attività ambulatoriale (fonte CUP)**

Numero di prestazioni per interni	136.303	108.227	-28.076	-20,6
Numero di prestazioni per esterni	31.169	31.867	698	2,2

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017 tranne che per le risonanze che vanno aumentate.

**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.C. (UCO) RADIOLOGIA DIAGNOSTICA ED INTERVENTISTICA**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	337.600,84
Farmaci senza AIC	3.311,46
Dispositivi medici	394.739,96
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	10,87
Prodotti dietetici	-
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	-
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	10.599,09
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>746.262,22</b>

## SSD Radiologia Interventistica Endovascolare

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Ottimizzazione della gestione dei pazienti sottoposti a terapia fibrinolitica loco-regionale per ischemia acuta dell'arto inferiore	Presenza di radiologo interventista e chirurgo vascolare in sala angiografica per una decisione condivisa nelle angiografie di controllo dei pazienti sottoposti a terapia fibrinolitica loco-regionale	Personale medico della SSD di Radiologia Interventistica e personale medico della SC di Chirurgia Vascolare	inserimento del nominativo del chirurgo vascolare nel referto radiologico. Obiettivo raggiunto: inserimento di tale nominativo nel 90% delle procedure di terapia fibrinolitica locoregionale eseguite nel periodo preso in considerazione.
2. Creazione di un Registro interno in comune sui pazienti sottoposti a trombectomia meccanica nell'ottica di avere un aggiornamento costante e preciso sui risultati immediati e sugli outcome per evidenziare eventuali limiti e possibilità di miglioramento	Inserimento in file dedicato dei dati relativi a tutti i pazienti sottoposti a trombectomia meccanica	Personale medico della SSD di Radiologia Interventistica e personale medico della SC di Clinica Neurologica	Produzione di documento finale di analisi del periodo preso in considerazione. Valutazione dei risultati (confronto tra vari periodi, successo tecnico, outcome a distanza di tempo)
3. Mantenimento dell'attività di Trombectomia	1 formazione continua 2 attenzione all'urgenza 3 operatività stroke unit-radiologia creazione di file con outcome pazienti e riunioni congiunte neurologia – radiologia obiettivo condiviso con la radiologia interventistica	Medici e comparto Medici Neurologi e Radiologi	Almeno 15 trombectomie entro il 31.12.2018 Fonte: database di Neurologia e radiologia database regionale progetti database nazionale internazionali
4. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni

I dati di attività sono cumulati nella scheda della Struttura precedente. Durante l'anno 2018 sarà predisposta apposita scheda separata.



**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.S.D. RADIOLOGIA INTERVENTISTICA ENDOVASCOLARE**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	-
Farmaci senza AIC	-
Dispositivi medici	682.787,45
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	-
Prodotti dietetici	-
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	-
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	-
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>682.787,45</b>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Razionalizzazione dei costi	1. Analisi delle voci di costo e predisposizione piano dei conti di Struttura 2 Monitoraggi costanti della spesa e messa in atto eventuali azioni correttive.	Direttore SC	Budget annuale rispettato  <i>NB: Il budget assegnato può subire variazioni nel corso dell'anno. L'obiettivo si intende raggiunto qualora sia rispettato l'ultimo budget sottoscritto.</i>
2. Rispetto Budget prodotti farmaceutici in rapporto all'attività quali-quantitativa svolta.	Razionalizzazione dei consumi in rapporto ai volumi quali-quantitativi di attività Diagnostica e Terapeutica.	Responsabile	Mantenimento/Implementazione attività diagnostica e terapeutica e capacità di attrazione .  Monitoraggio performance 30/09/2018
3. Efficienza organizzativa : governo risorse umane assegnate e volumi attività	Riorganizzazione attività diagnostica scintigrafica e implementazione turno pomeridiano sperimentale : ottimizzazione utilizzo risorse umane e tecnologiche assegnate e contestuale corrispondenza alle esigenze di diagnosi e cura dell'Utenza Interna e Ambulatoriale.	Responsabile e Coordinatore TSRM	Attuazione del piano di riorganizzazione sperimentale. Riduzione orario extra-debito Dirigenti e Comparto .Valutazione esiti dei primi tre mesi entro 30/09/2018.
4. Linea progettuale . attività propedeutica all'implementazione dell'attività PET/CT	Predisposizione dei criteri di accesso e appropriatezza prescrittiva all'esame PET/TC; realizzazione di almeno due eventi (Audit) nell'ambito di meeting multidisciplinari aziendali	Dirigenti	Produzione Documento . Esito Audit entro il 30/11/2018
5. Avvio Terapia Radiometabolica con	Predisposizione di Procedura Operativa Standard in comune con S.C.	Dirigenti e Comparto	Produzione POS e valutazione outcome dei casi trattati entro

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Radio 223	Fisica Sanitaria, S.C. Medicina Nucleare e S.C. Oncologia.		31/12/2018
6. Performance Breast Unit	Mantenimento indicatori di qualità indicati da standard Eusoma per attività senologica Ass2 e ASUITs . Condivisione multidisciplinare Breast Unit	Dirigenti e Comparto	Attività chirurgia radioguidata: esiti indicatori della casistica trattata .
7. Implementazione valutazione soddisfazione e reclami dell'Utenza	Somministrazione e raccolta questionari periodo maggio-ottobre 2018	Comparto	Rilevazione e analisi dati entro il 30/11/2018
8. Attività scientifica di ricerca	Produzione attività scientifica di ricerca	Tutta la Struttura	Almeno due pubblicazioni



**Sintesi dati ed indicatori di funzionalità  
SC Medicina Nucleare**

Dato/indicatore	Anno 2016	Anno 2017	Delta Anno 2017 - Anno 2016	Delta % Anno 2017 - Anno 2016
-----------------	-----------	-----------	-----------------------------------	-------------------------------------

**DATI ED INDICATORI DI ATTIVITA'**

**Attività ambulatoriale (fonte CUP)**

Numero di prestazioni per interni	2.623	2.400	-223	-8,5
Numero di prestazioni per esterni	8.177	8.593	416	5,1

Durante l'anno 2018 dovrà essere garantita almeno l'attività erogata nell'anno 2017

**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.C. MEDICINA NUCLEARE**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	209.188,84
Farmaci senza AIC	90.559,24
Dispositivi medici	4.869,31
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	37,16
Prodotti dietetici	-
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	32,14
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	126,62
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>304.813,32</b>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Ottimizzazione delle mansioni del personale ai fini del recepimento nel 2018 della Direttiva europea 59/13/Euratom.	La direttiva richiede che siano rafforzati <i>i requisiti riguardanti le informazioni da fornire ai pazienti, la registrazione e la comunicazione delle dosi dovute alle procedure mediche, l'adozione di livelli di riferimento.</i> Sarà necessario creare e analizzare database con informazioni dosimetriche con l'ausilio di software dedicati. Affidamento a personale tecnico con incarico amministrativo di mansioni di supporto al fisico per la gestione e l'analisi del database dosimetrico	Direttore	Entro la fine del 2018 deve essere garantito il dose tracking del 90% degli esami eseguiti con le due più recenti TC installate in Azienda
2. Ottimizzazione del tempo di attesa nel trattamento delle metastasi ossee	Mantenere il limite di 3 gg lavorativi fra il centramento ed il trattamento	Dirigenti e Comparto  Obiettivo comune con la SC di Radioterapia	Produzione dell'elenco di tutti i Pz trattati per metastasi ossee e della loro attesa (Target 90% pazienti trattati nei termini).
3. Avvio Terapia Radiometabolica con Radio 223	Predisposizione di Procedura Operativa Standard in comune con S.C. Fisica Sanitaria, S.C. Medicina Nucleare, S.C. Oncologia	Dirigenti e Comparto  Obiettivo comune con la SC di Medicina Nucleare e SC di Oncologia	Produzione POS e valutazione outcome dei casi trattati entro 31/12/2018
4. Applicazione della radioterapia intraoperatoria (IORT) in un'unica seduta (21 Gy) nelle pazienti sottoposte a chirurgia conservativa della mammella	Selezione dei casi da trattare, sulla base del protocollo operativo sviluppato per definire i criteri di selezione delle pazienti. Trattamento esclusivo senza bisogno di ricorrere a radioterapia a fasci esterni.	Dirigenti e Comparto  Obiettivo comune con la SC di Radioterapia E sc Chirurgia Senologica.	Trattamento di almeno cinque pazienti annuali mediante terapia esclusiva in una singola seduta.
5.	Mediante software dedicato tenere	Comparto	Inserimento nel Database aziendale del

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
3.2.13 Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza Monitoraggio delle verifiche periodiche dei DPI anti raggi x con inserimento dei dati su apposito database	aggiornato lo stato delle verifiche periodiche sui DPI Controllo e sensibilizzazione dei reparti sul rispetto delle scadenze. Partecipazione ai Facility Tour per i reparti che fanno uso di DPI anti x		75% delle verifiche periodiche effettuate
6. Report attività didattica e di tutoraggio	Monitoraggio attività didattica frontale e di tutoraggio clinico	Direttore e coordinatore	Report annuale
7. Valutazione attività di ricerca	Monitoraggio attività di ricerca	Direttore e coordinatore	Report annuale

**Budget 2018 - Risorse correnti**  
**S.C. FISICA SANITARIA**

**Beni di consumo sanitari - budget assegnato 2018**

<b>Categoria beni</b>	<b>Importo</b>
Farmaci con AIC	9,11
Farmaci senza AIC	-
Dispositivi medici	43,09
Dispositivi medici impiantabili attivi	-
Dispositivi medico diagnostici in vitro	-
Prodotti dietetici	-
Materiale per la profilassi	-
Prodotti chimici	-
Materiale per uso veterinario	-
Altri beni e prodotti sanitari	4.941,00
<b>Totale Beni Sanitari</b>	<b>4.993,20</b>



## DIREZIONE SOCIO SANITARIA

### Direzione dei Servizi Sociosanitari

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Sperimentare una nuova tipologia di offerta di continuità assistenziale in collaborazione con Televita spa (Screening popolazione anziana fragile)	1. Definire il progetto di continuità, da realizzare attraverso Follow Up (FU) telefonico, per le persone dimesse dall'ospedale, da una Residenza sanitaria assistenziale (RSA) o dal Pronto intervento domiciliare (PID) non prese in carico dai servizi distrettuali 2. Individuare le persone eleggibili 3. Reclutare le persone eleggibili 4. Segnalare a Televita spa le persone per le quali avviare il FU 5. Monitorare la realizzazione del progetto 6. Documentare i risultati del progetto 7. Presentare i risultati del progetto 8. Definire il futuro programma di lavoro	1. DSS dott.ssa Giuliana Pitacco  In comune con SSD Servizi infermieristici ed ostetrici distrettuali Direzione infermieristica aziendale 2-4. DSS dott.ssa Giuliana Pitacco  In comune con Coordinatori SS.CC. I Medicina, III Medicina, Geriatria, Medicina Clinica e Clinica Medica Infermieri continuità assistenziale dei 4 Distretti Referenti distrettuali Progetto Amalia 5-8. DSS dott.ssa Giuliana Pitacco  In comune con SSD Servizi infermieristici ed ostetrici distrettuali Direzione infermieristica aziendale	1. Il progetto viene definito entro il 30.04.2018   2-4 Almeno 80% delle persone eleggibili (consensi o dissensi raccolti/persona età ≥ 65 dimesse non prese in carico) nei 6 mesi di durata della sperimentazione 100% delle persone che hanno aderito al progetto  5-8. Entro dicembre 2018, sulla base dei risultati della sperimentazione, è definito il programma di lavoro per il 2019
2.	1.	DSS dott.ssa Giuliana Pitacco	Il report con i risultati è prodotto entro

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Rilevare le questioni bioetiche emergenti nella pratica clinica (DGR 73/2016)	Distribuire i questionari messi a punto dal Gruppo regionale per la promozione dell'etica clinica in almeno 16 SS.CC./Servizi aziendali 2. Alimentare il database 3. Predisporre un report dei risultati		dicembre 2018
3. Supportare l'applicazione del regolamento "I progetti terapeutico - riabilitativi personalizzati con budget individuali di salute" (decreto n.773 dd 06/12/2016)	1. Revisione della Scheda Progetto Personalizzato condivisa con le S.O. coinvolte  2. Applicazione e <i>testing</i> nuova scheda su nuovi casi dal 1 settembre 2018	DSS Dott.ssa Maria Vanto	1,2. Nuova scheda testata e applicata al 90% dei nuovi progetti dei Distretti  31.12.2018
4. Iter proceduralizzato utile a verificare le autocertificazioni rilasciate dagli interessati durante il percorso autorizzativo, un tanto per controllare possibili dichiarazioni mendaci riguardanti i titoli di studio e/o l'iscrizione ai relativi corsi (DPR n. 445/2000 art. 76).	1. Studio e predisposizione di un nuovo iter amministrativo inerente la verifica degli accessi autorizzati in base alle dichiarazioni rilasciate dai tirocinanti a seconda di quanto stabilito dal DPR n. 445/2000 art. 76 2. Selezione degli Enti/Università che verranno utilizzati a campione Elaborazione di una check list degli enti partner da contattare per la successiva verifica a campione degli accessi. 3. Selezione dei titoli di studio da verificare. Elaborazione di un piano di verifica dei	DSS Dott.ssa Donatella Ferluga	1. Predisposizione della mappatura degli Enti partner ritenuti utili da selezionare per la verifica (entro 30 giugno 2018); 2. Elenco dei tirocinanti che verranno verificati (primo semestre 2018) e relativa conclusione al 31 dicembre 2018; 3. Elaborato conclusivo delle procedure utile alla verifica della documentazione autocertificata (entro il 30 settembre 2018); 4. Valutazione conclusiva del percorso proceduralizzato (entro il 31 dicembre

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	titoli da verificare.		2018) 5. Verifica del 10% delle richieste pervenute e inserite nel gruppo da verificare entro il 31 dicembre 2018.
5. Dare evidenza di tutte le richieste di patrocinio Aziendale di integrazione Sociosanitaria da parte delle Associazioni di Volontariato	1. Stesura di un Registro 2. Rilevazione\evidenza di chi riceve il patrocinio	DSS Dott.ssa Fabiola Caputo	1. Stesura \rilevazione entro il 31/12 2. Report di analisi della rilevazione effettuata entro il 31/12
6. Facilitare l'accesso della popolazione immigrata ai servizi sanitari attraverso la "Mediazione culturale in sanità".	1. Coordinamento dell'attività di mediazione culturale programmata c/o le strutture Aziendali territoriali, in accordo con il DEC del capitolato. 2. Raccordo con la Direzione Medica di Presidio dell'Ospedale Maggiore per il monitoraggio dell'attività dei mediatori attraverso riunioni periodiche congiunte. 3. Rendicontazione alla Regione FVG dell'attività svolta del progetto finanziato "Accogliamo tutti i cittadini del mondo: la mediazione culturale in sanità" in raccordo con la Direzione Medica di Presidio dell'Ospedale Maggiore.	DSS Dott.ssa Valentina Iurman	Predisposizione della modulistica da inviare alla regione, con relazione illustrativa sulle attività svolte dal progetto finanziato e rendiconto per il progetto finanziato, inviata alla Regione FVG  Entro il 31 dicembre 2018
7. Censimento, analisi e programmazione delle attività realizzate in ciascuna microarea per area tematica di	1. Rilevazione/censimento delle attività. 2. Elaborazione, analisi e restituzione del documento di sintesi del	1. DSS dott.ssa Sari Massiotta  In comune con Referenti MA	1. Incontri di rilevazione per area tematica (anziani-minori-disabili-adulti) insieme agli enti partner HMA entro

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>intervento, anche al fine di individuare il nucleo minimo di azioni a carattere sanitario e socio-sanitario da implementare in tutte le MA (<i>linee di indirizzo operativo</i>)</p>	<p>censimento delle attività  3. Revisione/integrazione del documento di sintesi del censimento delle attività  4. Definizione delle <i>linee di indirizzo operativo</i> per i Distretti/le MA sulla base dei risultati del censimento e condivisione del documento con gli enti partner HMA  5. Avvio del programma operativo delle azioni/attività previste dalle linee di indirizzo, al fine di testarne la fattibilità dal punto di vista organizzativo, nell'ottica di una messa a regime nel 2019</p>	<p>2. DSS dott.ssa Sari Massiotta  3. DSS dott.ssa Sari Massiotta    In comune con Dirigenti infermieristici Distretti Referenti di Microarea  4,5. DSS dott.ssa Sari Massiotta  In comune con Dirigenti infermieristici Distretti Referenti di Microarea</p>	<p>31/03  2. Elaborazione e invio documento di sintesi entro 31/07  3. Acquisizione revisioni/integrazioni entro 31/08  4,5. Elaborazione documento e Incontro di presentazione delle <i>linee di indirizzo operativo</i> anche agli enti partner HMA entro 30/09  Ultimo trimestre 2018</p>

## DIREZIONE AMMINISTRATIVA

### DIPARTIMENTO TECNICO

#### SC Informatica e Telecomunicazioni

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Utilizzo CA Service Desk per ogni intervento fuori sede	Nei normali processi di miglioramento della qualità del servizio verrà avviato nel primo semestre 2018 il nuovo sistema di trouble ticketing IT Ca Service Desk. I tecnici dovranno almeno inserire tutti gli interventi ad utenti effettuati in loco.	Balanzin, Bertoli, Coschizza, Crosato, Icardi, Jarc, Krecic, Nardon, Predonzan, Tauraso, Virno	Avvio del sistema entro 30.06 Tutti gli interventi inseriti a sistema
2. Realizzazione sala attrezzata per teleconferenze reti di patologia	Come previsto dal PAL sarà realizzata auna sala attrezzata per teleconferenze cliniche di alta qualità e riunioni operative a distanza nell'ambito delle reti di patologia	Beltrame, Salute	sala funzionante al 31.12.2018
3. Riordino credenziali	Prevista la correttezza delle autorizzazioni, di fatto l'unificazione ha causato disallineamenti. Si prevede la verifica con i DIR SC degli utenti di almeno 3 applicativi.	Balanzin, Del Piccolo, Dobetti	Sono disabilitati gli utenti indicati dai DIR SC di 3 applicativi al 31.12.2018
4. Dismissione centrali telefoniche Siemens	Nell'ambito del riordino delle centrali telefoniche aziendali vanno disattivate i vecchi sistemi Siemens presenti sul territorio	Crosato, Icardi	Le centrali sono spente entro il primo semestre 2018
5.	Al fine di garantire nei presidi principali	Crosato, Icardi, Predonzan	Sono convertiti almeno 50 numeri delle

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Riordino piano di numerazione telefonico	la business continuity va razionalizzata l'assegnazione delle numerazioni telefoniche in base alle migliaia /centinaia associate alla centrale di sede di riferimento		migliaia 5000 e 7000
6. Avvio connettività WAN Hermes e migrazione sedi SPC	Nell'ambito del riordino della connettività WAN aziendale, così come prevista da Insiel, va dato supporto a Insiel ed alle diverse ditte che intervengono sul posto al fine di attivare la fibra Hermes posata e di migrare le utenze dai contratti SPC(1) – Telecom ai contratti SPC2 Fastweb.	Salute	Connettività WAN attivata su Hermes in almeno 4 sedi ed attivazione SPC2 di almeno 10 linee
7. Rifacimento cablaggio strutturato Via Farneto	Verrà eseguita la gara per la realizzazione completa del cablaggio strutturato del sito di Via Farneto	Bertoli, Nicodemo, Salute, Spagno	Esecuzione gara effettuata
8. Estensione della attivazione della stampa massiva referti di laboratorio in 2 reparti	Messa in funzione (configurazione, abilitazione utenti, predisposizione postazione di lavoro)	Dobetti, German, Laudicina	La stampa massiva è attivata in almeno ulteriori due reparti
9. Implementazione Certification Authority	Implementazione della autenticazione di rete, wired e wireless, dei client tramite IEEE 802.1x basata su certificati di Certification Authority aziendale in dominio Ms AD, previa realizzazione delle attività propedeutiche	Coschizza, Krecic	Implementazione effettuata come da azione
10. Estensione della ricetta dematerializzata	Attivazione per quanto riguarda la parte IT	Dobetti, German, Laudicina, Nicodemo	La ricetta dematerializzata è attivata

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
11. Analisi percorsi referti HIV di laboratorio ASS2 /ASUITS	L'attivazione del sistema HUB e SPOKE nell'area laboratorio ha portato alla necessità di rivedere completamente i percorsi di distribuzione dei referti HIV	Bertoli, Cavalli, De Petris, Del Piccolo, German, Ghersa, Jarc, Laudicina, Nicodemo, Spagno	Produzione di piano operativo di revisione dei percorsi come da azione. Relazione tecnica
12. Analisi delle modalità di pubblicazione atti relativi a gare ed affidamenti e proposta di miglioramento	Redazione analisi e proposta di riorganizzazione/miglioramento delle modalità di pubblicazione degli atti relativi a gare ed affidamenti e	Pernarcich	Evidenza delle azioni di miglioramento
13. Studio fattibilità per il passaggio degli esami di anatomia patologica da AAS2 a ASUITS	L'attivazione del sistema HUB e SPOKE nell'area laboratorio ha portato alla necessità di rivedere completamente i percorsi di distribuzione dei referti	Beltrame, Cavalli, De Petris, Del Piccolo, German, Ghersa, Laudicina, Nicodemo, Salute, Spagno	Produzione di piano operativo di revisione dei percorsi come da azione. Relazione tecnica
14. Gestione parco automezzi aziendali SCIT e auto private per servizio	L'unificazione del parco macchine ha portato alla necessità di una revisione e miglioramento della gestione degli automezzi (revisioni, manutenzioni, estate/inverno, redazione istruzione operativa, controllo corretto utilizzo auto aziendali), gestione adempimenti Kasko per auto private ad uso servizio	Bronzi, Coletta, Nardon, Virno	Evidenza delle azioni di miglioramento
15. Gestione fino alla chiusura di ticket categoria applicativi registrati in CA Service Desk	Presenza in carico, gestione in autonomia e/o con l'utente, eventuale chiamata a Insiel, fino a risoluzione dell'incident.	Nardon, Virno	20% a testa dei ticket categoria applicativi del secondo semestre risolti
16. Servizio di supporto alle strutture aziendali per la creazione delle anagrafiche nel sistema protocollo	Attivazione e presidio di un servizio dedicato tramite mail o telefonicamente con orario garantito (9.00 – 12.00) e predisposizione bozza aggiornata del vademecum	Era, Solazzi	Presenza del vademecum Servizio attivato come da azione
17. Obiettivi accessibilità	Redazione e pubblicazione obiettivo accessibilità tramite piattaforma	Pernarcich	Pubblicazione obiettivo accessibilità entro il 31/3, linee guida prodotte

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	dedicata AGID; Revisione delle linee guida per la creazione di documenti informatici accessibili		entro il 31.12.2018
18. Controllo nuove anagrafiche protocollo	Al fine di migliorare la qualità della banca dati delle anagrafiche mittente / destinatario del sistema di protocollo, risulta indispensabile il controllo dell'attività decentrata, la correzione ed il ritorno informativo agli operatori	Era, Solazzi	Evidenza delle azioni di miglioramento del controllo nuove anagrafiche protocollo
19. Aggiornamento rubrica intranet aziendale	Aggiornamento intranet della rubrica aziendale	Coletta	rubrica aziendale intranet aggiornata
20. studio di fattibilità per l'evoluzione del sistema di reportistica ad uso controllo di gestione, ricerca, innovazione, percorsi clinici, qualità e accreditamento e percorsi clinici	Redazione di uno studio per l'evoluzione del sistema di reportistica per la gestione e distribuzione di indicatori economici/sanitari ad uso delle diverse SC coinvolte.	Beltrame,	Documento disponibile
21. Implementazione sistema di monitoraggio e gestione dei server aziendali	L'aumento dei server virtualizzati e non che insistono nell'infrastruttura aziendale rendono necessaria l'implementazione di un sistema evoluto di monitoraggio e gestione con la configurazione di appositi alert, integrato con il domini Ms AD	Coschizza, Krecic	Implementazione effettuata
22. Adeguamento storage aziendali	A seguito dell'integrazione del PACS aziendale nel PACS regionale, dell'avvio della nuova RM a Cattinara e nell'ottica dell'acquisizione della PET, risulta necessario l'ampliamento del NAS di Cattinara, nonché la messa in	Coschizza, Krecic	Storage adeguato come da azione



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	produzione dei cestelli aggiuntivi del NAS del Maggiore con doppia testa in HA e la predisposizione dei dettagli tecnici per l'acquisizione dell'ampliamento del SAN di Cattinara.		
23. Analisi adeguamenti richiesti dal GDPR	A maggio 2018 entra in vigore il GDPR (Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali). Risulta quindi necessario fare l'analisi degli adeguamenti richiesti come ausilio alle scelte del titolare e la bozza del nuovo regolamento aziendale sul trattamento dei dati aziendale.	Cavalli, De Petris, Ghera, Spagno	Documento di analisi e bozza regolamento disponibili
24. Implementazione IT sistema per immunoematologia	Avvio nuovo sistema a servizio di 5 sedi del DIP immunotrasfusionale per esami di immunoematologia (implementazione server virtuale, installazione software sistema Grifols e middleware Atlantis di riferimento per l'interfacciamento ad Emonet)	Jarc	Sistemi IT per immunoematologia disponibili
25. Ottimale gestione e organizzazione dell'archivio documentale SCIT	La distribuzione fisica della segreteria e l'evoluzione dei compiti rende necessario garantire l'archiviazione continua dei documenti cartacei in modo allineato rispetto al protocollo informatico	Bronzi, Caenazzo, Coletta, Era	Archivio cartaceo SCIT aggiornato e completo al 31/12/2018
26. Rilievo tramite sopralluogo della disponibilità e logistica di alcune tipologie di articoli d'inventario in alcune sedi territoriali	Rilievo tramite sopralluogo della disponibilità e logistica di personal computer fissi e portatili, monitor, stampanti e multifunzione, scanner, videoproiettori, lettori di codice a	Tauraso	File .xlsx di rilevazione completato con indicazione della posizione fisica e degli elementi identificativi a disposizione dell'utente5..

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	barre, altri lettori, plotter, nelle sedi del distretto 1 e del distretto 3 con indicazione della posizione fisica e degli elementi identificativi a disposizione dell'utente.		
27. Ottimizzazione protocollazione richieste credenziali per la successiva presa in carico	Visto l'aumento della casistica delle richieste di credenziali, al fine di non aumentare i tempi di erogazione, risulta utile ottimizzare la protocollazione delle richieste da parte della segreteria distribuita	Bronzi, Caenazzo, Solazzi	L'80% delle richieste di credenziali è protocollata entro il giorno successivo all'arrivo
28. Realizzazione clone client PACS (workstation di sala operatoria)	Al fine di garantire la gestione delle configurazioni così come previsto da AgId, risulta necessaria la realizzazione del clone standard delle stazioni PACS di sala operatoria	Beltrame, Predonzan	Clone e relativa relazione tecnica disponibile
29. Informatizzazione della gestione del Personale	Studio delle caratteristiche necessarie di un nuovo fascicolo informatizzato del personale e ipotesi progettuale per la realizzazione/acquisizione	Turco Spagno	Presenza di studio di fattibilità entro 30/9/2018
30. Attuazione del PTPCT aziendale. Mappatura processi e procedimenti.	Mappatura di tutti i processi e procedimenti di competenza, a seguito delle modifiche intervenute con l'adozione del nuovo Atto Aziendale,	Direttore della SC e tutto il personale	Trasmissione della mappatura al RPC entro il 30.9.2018
31. Attuazione del PTPCT aziendale. Rilevazione del rischio.	A seguito della mappatura dei processi e procedimenti, analisi del rischio delle procedure / processi di competenza della struttura e graduazione del rischio mediante utilizzo della nuova scheda di rilevazione del rischio	RPC, Direttore della SC e Referente per la prevenzione della corruzione e della trasparenza con il RPC	Trasmissione della revisione alla Direzione Strategica entro il 31.12.2018
32. Attuazione del PTPCT aziendale. Aggiornamento della sezione del sito	Analisi dei procedimenti amministrativi di competenza e aggiornamento dei dati, come da PTPCT - sezione	Direttore della SC e tutto il personale	Trasmissione dei dati aggiornati al RT entro il 30.09.2018.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
web Amministrazione trasparente / Attività e procedimenti /Tipologie di procedimenti	trasparenza - da fornire al Responsabile della Trasparenza, ai fini dell'aggiornamento della sezione del sito web Amministrazione trasparente / Attività e procedimenti / Tipologie di procedimenti		
33. Garanzia dell'aggiornamento dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale, come da PTPCT – sezione trasparenza-	Trasmissione dei dati e degli aggiornamenti dei dati, ai fini della pubblicazione oggetto di pubblicazione obbligatoria, all'Ufficio Amministrazione Trasparente, nel rispetto delle scadenze previste dal PTPCT	Direttore della SC e tutto il personale	Rispetto delle scadenze di aggiornamento dei dati previste dal PTPCT (verificato con i monitoraggi periodici dell'Ufficio Amministrazione Trasparente)

## SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Predisposizione nuovo Regolamento per la Gestione e l'utilizzo veicoli aziendali ASUITS	1. Disamina attuali modalità operative/gestionali del parco macchine ex AOOTS ed ex AAS1 Triestina. 2. Revisione del Regolamento per la gestione e utilizzo dei veicoli aziendali alla luce dell'attuale organizzazione aziendale.	Il personale della SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi  Dirigenza e Comparto	Predisposizione della proposta di Regolamento entro il 30/11/2018
2. Elaborazione di un elenco recante i nominativi dei Direttori dell'esecuzione dei contratti (DEC) per i servizi appaltati aventi quale RUP il Responsabile SCAGS	1. Ricognizione dei provvedimenti/atti di nomina; 2. Predisposizione dell'elenco e successivo aggiornamento dello stesso.	Il personale della SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi  Dirigenza e Comparto	Predisposizione entro il 31.12.18 dell'elenco aggiornato.
3. Pianificazione dei fabbisogni per materiali di consumo – standardizzazione delle procedure	Estensione alle Strutture territoriali di ASUITS del modello organizzativo di pianificazione dei fabbisogni dei materiali di consumo: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Raccolta evidenza dei materiali acquisiti per subcentro nel 2017</li> <li>- Adeguamento schede per l'indicazione dei fabbisogni</li> <li>- Ricezione fabbisogni dai subcentri e caricamento a sistema</li> <li>- Attivazione delle modalità di richiesta, con individuazione di</li> </ul>	Il personale della SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi  Dirigenza e Comparto	Evidenza delle schede generate e delle schede di richiesta pervenute Attivazione del nuovo sistema entro il 30/4/2018

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>un acquirente referente per ogni Struttura</p> <p>Tale nuova modalità dovrà prevedere richieste informatizzate, con superamento degli invii cartacei</p>		
<p>4. Programmazione e verifica delle attività di acquisizione servizi</p> <p>Adeguamento alle modifiche normative per le procedure di gara</p>	<p>L'attività risulta necessaria anche in relazione alla ricorrente produzione di linee guida da parte dell'ANAC</p> <p>1. Lettura e valutazione delle nuove disposizioni di cui al d. lgs. n. 56/2017, integrative e correttive del d. lg. 50/2016</p> <p>2. Lettura e valutazione delle linee guida ANAC</p> <p>3. Definizione di procedura aggiornata per lo svolgimento delle procedure di gara con il metodo dell'offerta economicamente più vantaggiosa</p> <p>4. Predisposizione elenco soggetti invitati negli ultimi 2 anni</p>	<p>Il personale della SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi – Area Servizi</p> <p>Dirigenza e Comparto</p>	<p>Evidenza della procedura aggiornata e dell'elenco aggiornato entro il 31/12/2018</p>
<p>5. Riorganizzazione aziendale</p>	<p>In relazione alle attività di ristrutturazione dei presidi ospedalieri, i Servizi Economici interni collaborano attivamente, in relazione all'andamento del cantiere, con la Direzione Medica di Presidio e l'Ufficio Tecnico, al fine di agevolare le attività istituzionali delle Strutture aziendali e l'accesso ai servizi da parte dell'utenza;</p>	<p>Il personale della SC Logistica e servizi Economici</p> <p>Dirigenza e Comparto Funzioni: Servizi Economici interni</p>	<p>Entro il 31/12/2018 produzione di una Relazione che attesti le attività svolte con riferimento agli interventi di riqualificazione e conseguenti riassetti logistici in Azienda</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	in particolare viene assicurato supporto in relazione alla ridefinizione dei percorsi, alle ricollocazioni delle Strutture e Servizi aziendali, all'aggiornamento dei propri flussi operativi		
6. Adeguamento alle modifiche normative intervenute in materia di digitalizzazione delle procedure di acquisto	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valutazione dell'impatto organizzativo delle nuove disposizioni di cui al d. lgs. 50/2016 e al d. lgs. n. 56/2017 in materia di e-procurement</li> <li>2. Partecipazione agli incontri informativi e formativi</li> <li>3. Acquisizione della operatività sulla piattaforma regionale</li> <li>4. Adeguamento delle procedure interne, ai fini dell'applicazione delle modalità informatiche di acquisizione</li> </ol>	<p>Il personale della SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi</p> <p>Dirigenza e Comparto</p>	Attivazione della nuova modalità di acquisizione entro il 31/12/2018
7. Adeguamento delle procedure alle nuove modalità operative proposte da CONSIP e sulla nuova piattaforma elettronica regionale	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ricognizione delle nuove modalità attivate da CONSIP nel corso del 2018 (ampliamento delle forniture beni acquisibili in accordo quadro, sistema dinamico, ...)</li> <li>2. Integrazione con la programmazione aziendale approvata</li> <li>3. Scelta e attivazione delle procedure idonee in relazione ai fabbisogni</li> </ol>	<p>Il personale della SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi</p> <p>Dirigenza</p>	Evidenza entro il 31/12/2018 dell'attivazione delle acquisizioni

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	aziendali 4. Attuazione delle acquisizioni 5. Nuove linee guida per gli acquisti digitali su piattaforma regionale obbligatoria		
8. Redazione di un Regolamento aziendale recante disciplina delle competenze del RUP e del DEC nei contratti di fornitura di beni e servizi	1 Lettura e valutazione delle disposizioni di cui al d. lgs. 50/2016 e al d. lgs. n. 56/2017 2. Lettura e valutazione dei Regolamenti Ministeriali e delle linee guida ANAC 3. Redazione di una proposta di nuovo Regolamento aziendale con disciplina competenze del RUP e del DEC nei contratti di fornitura di beni e servizi	Il Responsabile della SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi in comune con il Responsabile della SC Staff, Innovazione, Sviluppo organizzativo e Formazione  Dirigenza  Funzioni: Acquisti beni e servizi, Gestione servizi generali/economici	Trasmissione alla Direzione Strategica della proposta di Regolamento entro il 31/08/2018, ai fini dell'adozione con decreto del DG.
9. Attuazione del PTPCT aziendale. Mappatura processi e procedimenti.	Mappatura di tutti i processi e procedimenti di competenza, a seguito delle modifiche intervenute con l'adozione del nuovo Atto Aziendale,	Direttore della SC e tutto il personale	Trasmissione della mappatura al RPC entro il 30.9.2018
10. Attuazione del PTPCT aziendale. Rilevazione del rischio.	A seguito della mappatura dei processi e procedimenti, analisi del rischio delle procedure / processi di competenza della struttura e graduazione del rischio mediante utilizzo della nuova scheda di rilevazione del rischio	RPC, Direttore della SC e Referente per la prevenzione della corruzione e della trasparenza con il RPC	Trasmissione della revisione alla Direzione Strategica entro il 31.12.2018
11. Attuazione del PTPCT aziendale. Aggiornamento della sezione del sito web <i>Amministrazione trasparente</i> /	Analisi dei procedimenti amministrativi di competenza e aggiornamento dei dati, come da PTPCT - sezione trasparenza - da fornire al	Direttore della SC e tutto il personale	Trasmissione dei dati aggiornati al RT entro il 30.09.2018.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<i>Attività e procedimenti /Tipologie di procedimenti</i>	Responsabile della Trasparenza, ai fini dell'aggiornamento della sezione del sito web <i>Amministrazione trasparente / Attività e procedimenti / Tipologie di procedimenti</i>		
12. Garanzia dell'aggiornamento dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale, come da PTPCT – sezione trasparenza-	Trasmissione dei dati e degli aggiornamenti dei dati, ai fini della pubblicazione oggetto di pubblicazione obbligatoria, all'Ufficio Amministrazione Trasparente, nel rispetto delle scadenze previste dal PTPCT	Direttore della SC e tutto il personale	Rispetto delle scadenze di aggiornamento dei dati previste dal PTPCT (verificato con i monitoraggi periodici dell'Ufficio Amministrazione Trasparente)



## SC Manutenzione e Sviluppo Patrimonio

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. PAL Sezione investimenti Riorganizzazione spazi ospedale Maggiore	Produzione di studi di fattibilità tecnico-economica di riorganizzazione dell'ospedale Maggiore	Pavan	Trasmissione entro primo semestre 2018 alla Direzione strategica di documenti tecnico-economici per consentire le valutazioni preliminari; Trasmissione entro il 30 settembre 2018 di progetti di fattibilità tecnico-economica per consentire i futuri affidamenti di lavori
2. PAL Sezione investimenti Riorganizzazione attività di competenza	Redazione di documenti tecnici per il monitoraggio del cantiere di Cattinara	Stefani, Boneta	Trasmissione periodica bimestrale di documenti di sintesi per il monitoraggio del cantiere di Cattinara da trasmettere al Responsabile del procedimento entro il 15 del mese successivo al bimestre di riferimento
3. Nuove responsabilità	Aggiornamento GANTT degli investimenti, monitoraggi periodici e azioni di rientro	Pavan, Carlevaris, Luciani, Puzzi	Trasmissione trimestrale di aggiornamento sull'andamento degli investimenti alla direzione strategica (entro 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre 2018 e 15 gennaio 2019)
4. Nuove responsabilità	Redazione di un manuale organizzativo interno alla SCMSP per la gestione amministrativa dei procedimenti	Carlevaris	Trasmissione del documento al responsabile della SC entro il 30 settembre 2018 Condivisione dei contenuti del manuale con i colleghi entro il 31 dicembre 2018 (riunione con verbale)
5. Semplificazione dei percorsi amministrativi	Redazione di procedure di qualità per le principali attività amministrative	Carlevaris, Angeli, Boaro, Chetta, Fabbri, Fortunato, Mauri, Orti, Saitta	Trasmissione delle schede di procedure operative amministrative al responsabile di riferimento entro il 31 dicembre 2018
6.	Redazione di documenti tecnici a	Luciani	Trasmissione a SPPA dell'analisi

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Semplificazione dei percorsi amministrativi	supporto della valutazione dei rischi (da redigere a carico del SPPA)		distribuzione elettrica ASUITS esclusi ospedali entro primo semestre 2018
7. Sicurezza ambienti di lavoro	Redazione di documento tecnico a supporto della valutazione dei rischi con analisi delle caratteristiche delle aree esterne di pertinenza (e/o di proprietà) di tutti gli edifici in gestione esclusi i presidi ospedalieri	Luciani, Cracco, Fator, Foraboschi, Luongo, Massaria, Meli, Monaro, Varani	Trasmissione a SPPA dell'analisi delle aree esterne (eccetto ospedali) entro il 31 dicembre 2018
8. PAL Ambiente e salute Energy manager	Partecipazione attiva al Piano d'Azione per l'Energia Sostenibile del Comune di Trieste	Puzzi	Trasmissione entro il 30 aprile 2018 dei dati ASUITS al Comune di Trieste per l'aggiornamento periodico del PAES. Trasmissione relazione sulle attività del Piano al responsabile della SC entro il 31 dicembre 2018
9. PAL Ambiente e salute Responsabile tecnico antincendio	Redazione di un documento di pianificazione di tutti gli interventi da mettere in atto in base al DM 19.03.2015 Redazione di studi di fattibilità tecnico-economica per gli interventi da completare entro aprile 2019	Rotondaro	Trasmissione del documento di pianificazione al responsabile di riferimento entro 31 agosto 2018 Trasmissione degli studi di fattibilità al responsabile di riferimento entro 31 ottobre 2018
10. Sicurezza ambienti di lavoro	Implementazione del documento tecnico a supporto della valutazione dei rischi con analisi delle caratteristiche delle aree esterne di pertinenza dei presidi ospedalieri; redazione di una scheda per i monitoraggi e applicazione della stessa su entrambi i presidi	Puzzi, Bertossa, de Claricini, D'Alesio, Gorela, Rambaldi, Rossi, Rotondaro, Saule, Selenati, Svava, Ventre	Trasmissione documento implementato a SPPA entro primo semestre 2018 Trasmissione scheda monitoraggio al responsabile di riferimento e SPPA entro 30 settembre 2018 Almeno 1 monitoraggio per presidio entro 31 dicembre 2018
11. PAL Ambiente e salute Mobility manager	Partecipazione al progetto della mobilità sostenibile con la SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi	Dragani	Redazione di un documento tecnico a supporto del rinnovo mezzi aziendali per il miglioramento delle emissioni in atmosfera; trasmissione al

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			responsabile della SC Approvvigionamenti e Gestione Servizi entro il 31.12.2018
12. PAL Ambiente e salute Prevenzione legionella	Redazione di una procedura aziendale per la prevenzione alla legionella in collaborazione con i responsabili tecnici della manutenzione, la direzione sanitaria (DAT e DAO) e il Servizio di prevenzione e protezione aziendale	Berni, Carmi, Cavazzon, Dragani, Ripa, Vucas	Mappatura degli impianti di distribuzione idrica ASUITS entro il primo semestre 2018 Valutazione del rischio da legionella con SPPA entro 31 agosto 2018 Programma dei monitoraggi in collaborazione con il DAT e il DAO entro 31 ottobre 2018 Redazione del diagramma del flusso informativo entro il 31 dicembre 2018
13. Attuazione del PTPCT aziendale. Mappatura processi e procedimenti.	Mappatura di tutti i processi e procedimenti di competenza, a seguito delle modifiche intervenute con l'adozione del nuovo Atto Aziendale,	Direttore della SC e tutto il personale	Trasmissione della mappatura al RPC entro il 30.9.2018
14. Attuazione del PTPCT aziendale. Rilevazione del rischio.	A seguito della mappatura dei processi e procedimenti, analisi del rischio delle procedure / processi di competenza della struttura e graduazione del rischio mediante utilizzo della nuova scheda di rilevazione del rischio	RPC, Direttore della SC e Referente per la prevenzione della corruzione e della trasparenza con il RPC	Trasmissione della revisione alla Direzione Strategica entro il 31.12.2018
15. Attuazione del PTPCT aziendale. Aggiornamento della sezione del sito web <i>Amministrazione trasparente / Attività e procedimenti / Tipologie di procedimenti</i>	Analisi dei procedimenti amministrativi di competenza e aggiornamento dei dati, come da PTPCT - sezione trasparenza - da fornire al Responsabile della Trasparenza, ai fini dell'aggiornamento della sezione del sito web <i>Amministrazione trasparente / Attività e procedimenti / Tipologie di procedimenti</i>	Direttore della SC e tutto il personale	Trasmissione dei dati aggiornati al RT entro il 30.09.2018.
16.	Trasmissione dei dati e degli	Direttore della SC e tutto il personale	Rispetto delle scadenze di

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Garanzia dell'aggiornamento dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale, come da PTPCT – sezione trasparenza-	aggiornamenti dei dati, ai fini della pubblicazione oggetto di pubblicazione obbligatoria, all'Ufficio Amministrazione Trasparente, nel rispetto delle scadenze previste dal PTPCT		aggiornamento dei dati previste dal PTPCT (verificato con i monitoraggi periodici dell'Ufficio Amministrazione Trasparente)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Individuazione delle specifiche di un nuovo software per la gestione delle attività dell'Ingegneria Clinica	Analisi attività svolta dalla struttura; identificazione parametri più significativi per il governo della manutenzione, gestione inventario tecnico operativo, verifiche di sicurezza elettrica, gestione parti di ricambio e contratti di manutenzione esterna	Direttore struttura	Produzione documento con tutte le caratteristiche necessarie all'individuazione di un nuovo software per la gestione delle attività dell'Ingegneria Clinica e del parco macchine biomedicale aziendale entro l'anno
2. Creazione di un data base contenente tutti i dati relativi ai contratti di acquisti e servizi biomedicali per le rendicontazioni	Creazione di un data base contenente i dati relativi ai contratti biomedicali (acquisti di beni e ricambi, noleggi, visioni e manutenzioni) per la predisposizione delle rendicontazioni aziendali, regionali, ministeriali, ANAC	Dirigenti struttura	Data base completato entro l'anno
3. Supporto al progetto "Laboratorio unico dell'area giuliano- isontina"	Rilevazione delle apparecchiature presenti; codifica delle stesse ed inserimento nell'inventario aziendale; presa in carico dei contratti delle forniture di noleggio delle apparecchiature; supporto all'eventuale trasferimento di apparecchiature	Tutto il personale della struttura	Rilevazione, codifica ed inventariamento delle apparecchiature esistenti entro l'anno
4. Connessione di, apparecchiature elettromedicali al PACS Regionale.	Analisi del parco macchine biomedicale connesso/connettibile al PACS Regionale; incremento della percentuali di apparecchiature/sistemi connessi	Tutto il personale della struttura	Connessione di almeno il 20% delle apparecchiature non ancora interfacciate e in ogni caso non meno di 5.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
5. Attuazione del PTPCT aziendale. Mappatura processi e procedimenti.	Mappatura di tutti i processi e procedimenti di competenza, a seguito delle modifiche intervenute con l'adozione del nuovo Atto Aziendale,	Direttore della SC e tutto il personale	Trasmissione della mappatura al RPC entro il 30.9.2018
6. Attuazione del PTPCT aziendale. Rilevazione del rischio.	A seguito della mappatura dei processi e procedimenti, analisi del rischio delle procedure / processi di competenza della struttura e graduazione del rischio mediante utilizzo della nuova scheda di rilevazione del rischio	RPC, Direttore della SC e Referente per la prevenzione della corruzione e della trasparenza con il RPC	Trasmissione della revisione alla Direzione Strategica entro il 31.12.2018
7. Attuazione del PTPCT aziendale. Aggiornamento della sezione del sito web <i>Amministrazione trasparente / Attività e procedimenti / Tipologie di procedimenti</i>	Analisi dei procedimenti amministrativi di competenza e aggiornamento dei dati, come da PTPCT - sezione trasparenza - da fornire al Responsabile della Trasparenza, ai fini dell'aggiornamento della sezione del sito web <i>Amministrazione trasparente / Attività e procedimenti / Tipologie di procedimenti</i>	Direttore della SC e tutto il personale	Trasmissione dei dati aggiornati al RT entro il 30.09.2018.
8. Garanzia dell'aggiornamento dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale, come da PTPCT – sezione trasparenza-	Trasmissione dei dati e degli aggiornamenti dei dati, ai fini della pubblicazione oggetto di pubblicazione obbligatoria, all'Ufficio Amministrazione Trasparente, nel rispetto delle scadenze previste dal PTPCT	Direttore della SC e tutto il personale	Rispetto delle scadenze di aggiornamento dei dati previste dal PTPCT (verificato con i monitoraggi periodici dell'Ufficio Amministrazione Trasparente)

## SC Economico Finanziario

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Monitoraggio pagamenti tramite la nuova modalità "PAGOPA"	1 Monitoraggio giornaliero degli introiti da canale Agid. 2 Confronto mensile introiti registrati in G3 con introiti registrati in sistema PagoPa. 3 Segnalazione ad Agid tramite Insiel di eventuali incongruenze. 4 Adozione di eventuali azioni correttive per la quadratura degli incassi.	Ufficio entrate	Indicatore: Report mensile contabilizzazione pagamenti tramite PagoPa. Risultato atteso: produzione di almeno 10 report mensili di riconciliazione PagoPa-contabilità. Tempo: obiettivo annuale, produzione mensile dei report a partire dal mese di marzo.
2. Automatizzazione della reportistica prodotta in business object, finalizzata alla ripartizione dei proventi della libera professione	1 Predisposizione dell'automatismo in collaborazione con Insiel che genera e recapita in Business Object il report della libera professione con tempistiche ridotte. 2 Verifica per il periodo di sei mesi della correttezza dei dati prodotti dal nuovo report tramite confronto con la reportistica precedente. 3 Segnalazione a Insiel di eventuali	Tutto il personale della Struttura	Indicatore: report mensili derivanti dalla nuova e dalla vecchia procedura. Risultato atteso: 6 report prodotti nella doppia modalità al fine dell'attendibilità dei dati prodotti e successivo utilizzo a regime della nuova reportistica. Tempo: obiettivo annuale, controlli mensili, a partire dalla reportistica riferita al mese di febbraio.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	aggiustamenti. 4 Utilizzo a regime della nuova reportistica.		
3. Implementazione modalità di contabilizzazione degli incassi CUP	1. Implementazione del Piano di Conti: creazione sottoconti per i vari punti di incasso CUP aziendali. 2. Puntuale contabilizzazione degli incassi con movimentazione degli specifici sottoconti creati.	Ufficio entrate	Indicatore: creazione di almeno 8 sottoconti del conto 130.100.200.100 "Cassa prestazioni 1". Risultato atteso: movimentazione contabile dei sottoconti creati. Tempo: a regime entro il 31.12.2018.
4. Istituzione archivio digitale DURC di Struttura	1. Istituzione cartella digitale "Archivio DURC" sulle due dorsali informatiche (ex AAS1 ed ex AOU) 2. Implementazione con i files relativi ai DURC richiesti dalla SC e archiviazione nelle apposite cartelle delle due dorsali (ex AAS1 ex AOU)	Ufficio uscite	Indicatore: Cartelle "Archivio DURC" istituite ed alimentate sulle due dorsali (ex AAS1 ed ex AOU) Risultato atteso: presenza di archivio digitale DURC su entrambe le dorsali informatiche. Tempo: a regime entro il 31.12.2018
5. Procedura gestione delle cessioni di credito e procure all'incasso	Analisi della materia e redazione istruzioni operative per la gestione delle cessioni di credito e delle procure all'incasso	Direttore della S.C Economico Finanziaria	Indicatore: procedura di gestione delle cessioni di credito e procure all'incasso inviata al personale della Struttura. Risultato atteso: impiego della procedura da parte di tutto il personale interessato. Tempo: entro il 30.09.2018.
6. D. Lgs. 26 agosto 2016, n. 174, artt. 138 e 139 – Codice di giustizia contabile – Resa del conto da parte degli agenti contabili	1. presentazione della bozza di decreto di nomina del Responsabile del procedimento. 2.	Dirigenti della S.C. Economico Finanziaria	Indicatore: bozza di decreto di nomina del Responsabile del procedimento e censimento degli agenti contabili in SIRECO. Risultato atteso: bozza di decreto di



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	<p>accreditamento al sistema "Sistema Informativo Resa Elettronica Conti" (SIRECO).</p> <p>3. inserimento in SIRECO dei dati relativi agli agenti contabili tenuti alla resa del conto giudiziale.</p>		<p>nomina del Responsabile del procedimento; implementazione di SIRECO con i dati degli agenti contabili.</p> <p>Tempo: entro il 31.12.2018.</p>
7. Attuazione del PTPCT aziendale. Mappatura processi e procedimenti.	Mappatura di tutti i processi e procedimenti di competenza, a seguito delle modifiche intervenute con l'adozione del nuovo Atto Aziendale,	Direttore della SC e tutto il personale	Trasmissione della mappatura al RPC entro il 30.9.2018
8. Attuazione del PTPCT aziendale. Rilevazione del rischio.	A seguito della mappatura dei processi e procedimenti, analisi del rischio delle procedure / processi di competenza della struttura e graduazione del rischio mediante utilizzo della nuova scheda di rilevazione del rischio	RPC, Direttore della SC e Referente per la prevenzione della corruzione e della trasparenza con il RPC	Trasmissione della revisione alla Direzione Strategica entro il 31.12.2018
9. Attuazione del PTPCT aziendale. Aggiornamento della sezione del sito web <i>Amministrazione trasparente / Attività e procedimenti / Tipologie di procedimenti</i>	Analisi dei procedimenti amministrativi di competenza e aggiornamento dei dati, come da PTPCT - sezione trasparenza - da fornire al Responsabile della Trasparenza, ai fini dell'aggiornamento della sezione del sito web <i>Amministrazione trasparente / Attività e procedimenti / Tipologie di procedimenti</i>	Direttore della SC e tutto il personale	Trasmissione dei dati aggiornati al RT entro il 30.09.2018.
10. Garanzia dell'aggiornamento dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale, come da PTPCT – sezione trasparenza-	Trasmissione dei dati e degli aggiornamenti dei dati, ai fini della pubblicazione oggetto di pubblicazione obbligatoria, all'Ufficio Amministrazione Trasparente, nel rispetto delle scadenze previste dal PTPCT	Direttore della SC e tutto il personale	Rispetto delle scadenze di aggiornamento dei dati previste dal PTPCT (verificato con i monitoraggi periodi dell'Ufficio Amministrazione Trasparente)

## SC Gestione del Personale

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Riordino istituzionale	Verifica contenuti piattaforme intranet ex aas ed ex aouts, invio all'Ufficio Comunicazione di una proposta di pagina per la SC Gestione Personale.	Aggiornamento contenuti piattaforma sito Intranet ex AAS ed ex AOTS (stanze /telefoni / argomenti /moduli definitivi) (TUTTI GLI UFFICI SC GP)	Invio all'Ufficio Comunicazione della proposta di pagina intranet e Informattività Entro il 31/12/2018
2. Riordino istituzionale	1. Analisi assetto normativo e contrattuale in materia valutazioni individuali e ciclo delle performance; analisi delle gestioni ante accorpamento 2. Redazione della nuova proposta di regolamentazione aziendale unificata sulla valutazione individuale del comparto	Dirigente della SS Giuridico (Carnesecchi) Titolare incarico di P.O. (Pelos)	Presentazione di bozza di REGOLAMENTO e scheda individuale, con e mail al Direttore della SC Gestione del Personale, entro il 30/4/2018
3. Riordino istituzionale	1. Analisi assetto normativo e contrattuale in materia valutazioni individuali e ciclo delle performance; analisi delle gestioni ante accorpamento 2. Redazione della nuova proposta di regolamentazione aziendale unificata sulla valutazione individuale della DIRIGENZA	Dirigente della SS Giuridico (Carnesecchi) Titolare incarico di P.O. (Pelos)	Presentazione di bozza di REGOLAMENTO e scheda individuale, con e mail al Direttore della SC Gestione del Personale, entro il 30/9/2018
4.	1 analisi nuovo CCNL comparto nelle	Preparazione di una breve relazione,	Invio della relazione con e mail al Dirigente

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Gestione giuridica del personale	materie di competenza; 2 confronto con vecchie norme CCNL sulle materie di propria competenza; evidenza delle novità del nuovo CCNL comparto	con novità contrattuali comparto nelle materie di competenza di ciascuno (Scrigni, Crnigoj, Biancotto, Puissa, Contento, Mancuso, Schiavuzzi Silvia)	Giuridico, entro 30 gg dall'approvazione del nuovo CCNL comparto
5. Ottimale archiviazione dei fascicoli personali	Obiettivo pluriennale Prosecuzione del riordino progressivo dei fascicoli personali dell'area territoriale mediante riordino e riesame di almeno ulteriori 100 fascicoli; estrazione e archiviazione fascicoli personale cessato;	Depangher /Cuschie	Presentazione al referente Giuridico di un documento contenente l'elenco dei fascicoli riordinati, con e mail entro 31/12/2018
6. Ottimale archiviazione dei fascicoli personali	predisposizione sotto cartelle fascicoli neoassunto	Stradiot / Katlane	Presentazione elenco fascicoli neoassunti 2017/2018 predisposti e immessi nei cardex
7. Mantenimento livelli di efficienza e qualità degli uffici del trattamento Economico e Contributi mediante riorganizzazione degli stessi.	1 Analisi criticità.  2 Individuazione possibili sviluppi automatismi e/o snellimento procedure operative  3 Riorganizzazione degli uffici e ridistribuzioni competenze.	Tutto il personale afferente la Gestione del Trattamento Economico e Contributi: Barzilai Patrizia Delben Elisabetta Del Prete Gaetano Ficur Daniela Giorgio Valentina Macaluso Cristina Minieri Davide Pacorini Dario Pennetta Carmelo Rosa Daiana Saccavino Elena Scrocco Fabiana	Produzione documenti di analisi criticità, individuazione proposte di ulteriori automatismi e/o snellimento procedure tramite mail al Responsabile della S.C. entro il 31/07/2018 Produzione proposta di riorganizzazione degli uffici con redistribuzione competenze tramite mail al Responsabile della S.C. entro il 31/08/2018. Predisposizione bozza disposizione interna riorganizzazione uffici Trattamento Economico e Contributi e invio al Responsabile della S.C. tramite mail entro il 30/09/2018.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
		Serri Laura Sinico Roberta	
8. Quantificazione mensile delle ritenute volontarie sullo stipendio dei dipendenti	L'obiettivo si propone di istituire una dettagliata evidenza mensile delle singole voci di trattenuta stipendiale per : sindacati/istituti finanziari/prestiti Inpdap/assicurazioni, al fine di garantire la correttezza dei dati complessivi, sottoposti alla firma del Direttore della Struttura Gestione del Personale	Ufficio Contributi: Giorgio Valentina Saccavino Elena Sinico Roberta	Produzione di prospetti dettagliati/Evidenze mensili per verifica correttezza dati a far data da aprile 2018, entro il giorno 15 del mese successivo.
9. Organizzazione della medicina convenzionata	1. Individuazione e raccolta della normativa in formato editabile della medicina di base 2. Individuazione e raccolta della normativa in formato editabile della medicina specialistica 3. Mappatura istituti contrattuali che disciplinano il trattamento economico degli specialisti ambulatoriali 4. Mappatura quiescenze MMG, PLS 2019 2010 e suddivisione professionisti per ambito e Distretto 5. Predisposizione del nuovo	Battiston, Zarritto  Minkusck, Salvaro  Minkusck, Salvaro  Battiston, Zarritto  G. Farina	Aggiornamento server cartella – 31.12.18  Report con elenco istituti contrattuali – 31.12.18  Elenco professionisti – 31.12.18  Produzione regolamento – 31.12.18

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	regolamento aziendale in materia di partecipazione quale discente ad eventi sponsorizzati		
10. Allineamento procedure ex AOOUTS/ ASS	1. Redazione e aggiornamento schede polizza Kasko e conseguenti, previa verifica attualità dello strumento.Coordinamento del flusso delle informazioni 2. Implementazione mensile dei dati aggiornati	Diego Vergara Elisa Pikiz Rebecca Rajko Patrizia Mandarano MervatBassim Lucia Paulich	1. Entro 30.06.18 invio @al Responsabile SCGP delle schede di rilevazione revisionate 2. Entro 31.12.18 invio @ al Responsabile SCGP delle schede con riepilogo dati anno 2018
11. Atto Aziendale – Corsi di Laurea	Nuova organizzazione della gestione amministrativa dei Corsi di Laurea	Elisa Pikiz Roberto Marcovich Susanna Schiavuzzi	Entro 30.04.18 disposizione nuova organizzazione e transitoria – invio nota ai Referenti e RAFF. Entro 30.06.18 incontro con i RAFF e referenti professioni – invio convocazione, elaborazione verbale incontro. Entro 30.06.18 analisi e confronto con i RAFF per applicazione SSD / tutor – elaborazione verbale.
12. Atto aziendale - Rapporti con Università	Nuovo Protocollo assegnisti di ricerca ASUITS / UNITS	Cristina Turco Rebecca Rajko	Entro 30.04.18 presentazione proposta regolamento (invio tramite @ alla direzione amministrativa) e successivamente adempimenti conseguenti (una volta ricevuto il nullaosta dalla Direzione, inoltrare proposta Protocollo all'Università).
13. Atto Aziendale – Corsi di Laurea	Nuova organizzazione della gestione amministrativa dei Corsi di Laurea	Elisa Pikiz Roberto Marcovich	Entro 30.09.2018 ridefinizione delle modalità per la liquidazione delle

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			competenze del personale ASUITs che svolge attività didattica per i CdL delle professioni sanitarie
14. Motivazione personale - Alimentazione spirito di squadra	Incontri con i responsabili degli Uffici mensili	Cristina Turco Mandarano Patrizia (MervatBassim)	Elaborazione sintesi degli incontri. Inoltro tramite @ ai responsabili/referenti degli Uffici della SC GP delle sintesi.
15. Processo stabilizzazione legge Madia	1. Aggiornamento continuo e tempestivo della normativa e delle fonti 2. Proposta del decreto relativo al Piano dei fabbisogni triennale ex art. 20 d.lvo. 75/17 3. Analisi dell'evoluzione degli aspetti applicativi, proposta provvedimenti conseguenti	Cristina Turco Rebecca Rajko	1. Entro il 31.12.2018, inoltro tramite @ a Direzione Amministrativa, istruttoria inerente la normativa ed i relativi aggiornamenti. 2. Entro il 31.03.2018, proposta di decreto alla Direzione, tramite inserimento in ADWEB. 3. Entro il 31.12.2018, produzione relazione al DA
16. Rinnovo CCNL comparto sanita' Riliquidazione pensioni personale asuits e burlo	Aggiornamento fascicoli previdenziali di ciascun pensionato con inserimento stampe INSIEL per applicazione miglioramenti economici dopo applicazione rinnovo CCNL	<b>Ufficio Trattamento Previdenziale:</b> 4 persone: SALAMONE, SCROCCARO, SENTIERI, BERRI.	1. Creazione di sottocartella RILIQUIDAZIONE CCNL nel fascicolo previdenziale e inserimento di tabulati specifici INSIEL. 2. Notifica al pensionato e al Patronato dell'aggiornamento dati economici per la riliquidazione da parte dell'INPS GDP. 3. Archiviazione della suddetta pratica nella sottocartella del fascicolo previdenziale del pensionato.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			Tempistica: entro il 31/12/2018.
17. Allineamento procedure ex AOOTS/ ASS 1	Unificazione delle procedure di valutazione delle attività professionali della dirigenza, ai sensi dell'art. 15 c. 5 del D.Lgs. 502/92 e s.m. ei. e degli artt. 25-32 del CCNL 03.11.2005 della Dirigenza Medica e Veterinaria e della Dirigenza S.P.T.A., mediante l'adozione della nuova regolamentazione dell'A.S.U.I.TS.	SS Acquisizione e Carriera del Personale: Gabriele Bosazzi Maria Ciciulla Chiara Ponton	1. Rilevazione delle principali differenze procedurali nei vigenti regolamenti dell'ex A.A.S. 1 e dell'ex A.O.U. "Ospedali Riuniti", da inviarsi mediante mail alla responsabile della SC Gestione del Personale entro il 31.05.2018. 2. Invio della proposta di nuovo regolamento per la valutazione dei Dirigenti dell'A.S.U.I.TS, mediante mail, alla responsabile della SC Gestione del Personale entro il 31.07.2018 3. Inserimento del Regolamento e relativo Decreto di adozione nella piattaforma ADWEB entro 15 giorni dalla conferma del testo (con gli eventuali correttivi) da parte della responsabile della SC Gestione del Personale, previo espletamento dell'opportuna informazione sindacale.
18. Allineamento procedure ex AOOTS/ ASS	Unificazione delle procedure di avviso pubblico per assunzioni a tempo determinato, mediante l'adozione della nuova regolamentazione dell'A.S.U.I.TS.	SS Acquisizione e Carriera del Personale: Sergio Fuccaro Marina Bensi Gelindo De Candido Cinzia Quagliariella Damir Simone	1. Rilevazione dei principali ambiti di miglioramento/innovazione/adequamento alla normativa vigente del vigente regolamento dell'ex A.O.U. "Ospedali Riuniti", da inviarsi mediante mail alla responsabile della SC Gestione del Personale entro il 31.05.2018. 2.

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
			<p>Invio della proposta di nuovo regolamento per la disciplina degli avvisi pubblici per assunzioni a tempo determinato, alla responsabile della SC Gestione del Personale entro il 31.07.2018</p> <p>3.</p> <p>Inserimento del Regolamento e relativo Decreto di adozione nella piattaforma ADWEB entro 15 giorni dalla conferma del testo (con gli eventuali correttivi) da parte della responsabile della SC Gestione del Personale, previo espletamento dell'opportuna informazione sindacale.</p>
<p>19. Definizione di una procedura per la quantificazione e gestione dei fondi contrattuali del personale dipendente (Comparto, Dirigenza Medico Veterinaria, Dirigenza SPTA)</p>	<p>Redazione della procedura con l'evidenza degli uffici coinvolti e delle relative competenze.</p>	<p>Il responsabile della SS Relazioni Sindacali Il competente titolare della posizione organizzativa dell'Ufficio Trattamento Economico</p>	<p>Presentazione della procedura al Responsabile della SC Gestione del Personale, tramite not@, per la relativa discussione entro il 30/11/18. Formalizzazione della procedura con specifica nota del Responsabile SC Gestione del Personale, da presentare alla firma entro 30 giorni dall'approvazione della relativa procedura.</p>
<p>20. Definizione del nuovo sistema di valorizzazione degli incarichi dirigenziali</p>	<p>Elaborazione di un documento preliminare da consegnare alla Direzione Strategica per la definizione delle possibili valorizzazioni degli incarichi (SC, SSD, SS, incarichi di alta specialità, incarichi professionali)</p>	<p>SS Relazioni Sindacali (tutto il personale)</p>	<p>Presentazione di un documento di simulazione (tabelle excell) della possibile valorizzazione degli incarichi per ciascuna area dirigenziale, per la relativa discussione entro il 30/09/18.</p>
<p>21.</p>	<p>Elaborazione di un'ipotesi di contratto</p>	<p>SS Relazioni Sindacali (tutto il</p>	<p>Presentazione della proposta di ipotesi di</p>



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Prosecuzione del percorso di omogeneizzazione dell'applicazione degli istituti contrattuali del personale dipendente.	collettivo integrativo del personale del comparto per la definizione dei criteri generali di erogazione delle indennità per particolari condizioni di lavoro.	personale)	accordo alla Direzione Amministrativa/Responsabile SC Gestione del Personale, tramite not@ entro il 31/01/2018, per l'avvio della relativa negoziazione.
22. Attuazione del PTPCT aziendale. Mappatura processi e procedimenti.	Mappatura di tutti i processi e procedimenti di competenza, a seguito delle modifiche intervenute con l'adozione del nuovo Atto Aziendale,	Direttore della SC e tutto il personale	Trasmissione della mappatura al RPC entro il 30.9.2018
23. Attuazione del PTPCT aziendale. Rilevazione del rischio.	A seguito della mappatura dei processi e procedimenti, analisi del rischio delle procedure / processi di competenza della struttura e graduazione del rischio mediante utilizzo della nuova scheda di rilevazione del rischio	RPC, Direttore della SC e Referente per la prevenzione della corruzione e della trasparenza con il RPC	Trasmissione della revisione alla Direzione Strategica entro il 31.12.2018
24. Attuazione del PTPCT aziendale. Aggiornamento della sezione del sito web <i>Amministrazione trasparente / Attività e procedimenti / Tipologie di procedimenti</i>	Analisi dei procedimenti amministrativi di competenza e aggiornamento dei dati, come da PTPCT - sezione trasparenza - da fornire al Responsabile della Trasparenza, ai fini dell'aggiornamento della sezione del sito web <i>Amministrazione trasparente / Attività e procedimenti / Tipologie di procedimenti</i>	Direttore della SC e tutto il personale	Trasmissione dei dati aggiornati al RT entro il 30.09.2018.
25. Garanzia dell'aggiornamento dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria nella sezione Amministrazione	Trasmissione dei dati e degli aggiornamenti dei dati, ai fini della pubblicazione oggetto di pubblicazione obbligatoria, all'Ufficio	Direttore della SC e tutto il personale	Rispetto delle scadenze di aggiornamento dei dati previste dal PTPCT (verificato con i monitoraggi periodi dell'Ufficio Amministrazione Trasparente)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
Trasparenza del sito web aziendale, come da PTPCT – sezione trasparenza-	Amministrazione Trasparente, nel rispetto delle scadenze previste dal PTPCT		

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
1. Definizione del nuovo Titolare per classificazione documenti	1 valutazione dei documenti in arrivo/partenza tra le varie strutture di Asuits 2 verifica classificazioni in uso 3 creazione nuovo titolare	SCAGLA : Degan, Bacci, Stocchi, Tonini, Rustja, Serbo, Magaina , Bertazzolo	Bozza titolare aggiornato entro 31.12.18
2. Informatizzazione delle procedure per la fatturazione dei ricoveri di utenti comunitari ed extracomunitari per l'attività di recupero crediti in sostituzione dell'attuale percorso	Predisposizione di una nuova procedura consistente nella creazione di report mensili dal sistema SISR da inviare per convalida all'Accettazione Amm.va e successivamente all'Econ Finanziario per la fatturazione  L'obiettivo coinvolge il personale della Scagla , d'intesa con Accettazione Amm.va e la Scef	SCAGLA : Zilli, Colavito, Bierti, Salandra, Semeja, Aresca, Crevatin , Pompilio	Nuova procedura di contabilizzazione di tutti i crediti maturati. Trasmissione di una relazione finale entro 31.12.2018 da inviare al DA
3. Adozione della nuova procedura per la gestione della polizza Kasko comprensiva di Database e modulistica aggiornati	1 Ricognizione generale delle strutture e dei dipendenti che usufruiscono della polizza 2 Creazione di una nuova modulistica condivisa e di un unico archivio e database contenente i dati necessari alla gestione della polizza per l'intera azienda e dei relativi sinistri 3 Redazione della nuova procedura per	SCAGLA : Norcia, Piscanec, Napolitano, Pinchera	Aggiornamento della procedura per la gestione della polizza KASKO, con relativi database e modulistica entro il 31.12.2018 da inviare al DA

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	la copertura assicurativa Kasko così come previsto dal CCNL vigente 4. Nota al D.A. entro il 31/12/2018		
4. Predisposizione proposta organizzativa del Protocollo Generale	Predisposizione proposta organizzativa del Protocollo Generale	SCAGLA DIRIGENTE: Berni	Invio proposta entro 31.12.2018 alla Direzione Strategica
5. Attuazione del PTPCT aziendale. Mappatura processi e procedimenti.	Mappatura di tutti i processi e procedimenti di competenza, a seguito delle modifiche intervenute con l'adozione del nuovo Atto Aziendale,	Direttore della SC e tutto il personale	Trasmissione della mappatura al RPC entro il 30.9.2018
6. Attuazione del PTPCT aziendale. Rilevazione del rischio.	A seguito della mappatura dei processi e procedimenti, analisi del rischio delle procedure / processi di competenza della struttura e graduazione del rischio mediante utilizzo della nuova scheda di rilevazione del rischio	RPC, Direttore della SC e Referente per la prevenzione della corruzione e della trasparenza con il RPC Delise	Trasmissione della revisione alla Direzione Strategica entro il 31.12.2018
7. Attuazione del PTPCT aziendale. Aggiornamento della sezione del sito web <i>Amministrazione trasparente / Attività e procedimenti / Tipologie di procedimenti</i>	Analisi dei procedimenti amministrativi di competenza e aggiornamento dei dati, come da PTPCT - sezione trasparenza - da fornire al Responsabile della Trasparenza, ai fini dell'aggiornamento della sezione del sito web <i>Amministrazione trasparente / Attività e procedimenti / Tipologie di procedimenti</i>	Direttore della SC e tutto il personale	Trasmissione dei dati aggiornati al RT entro il 30.09.2018.
8. Garanzia dell'aggiornamento dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale, come da PTPCT – sezione trasparenza-	Trasmissione dei dati e degli aggiornamenti dei dati, ai fini della pubblicazione oggetto di pubblicazione obbligatoria, all'Ufficio Amministrazione Trasparente, nel rispetto delle scadenze previste dal PTPCT	Direttore della SC e tutto il personale	Rispetto delle scadenze di aggiornamento dei dati previste dal PTPCT (verificato con i monitoraggi periodici dell'Ufficio Amministrazione Trasparente)

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
9. Disdetta prestazioni sanitarie prenotate	Studio delle procedure complete relativamente alla sanzione per mancata disdetta di prestazioni prenotate	Dirigente SCAGLA In comune con DAT : Rummo, Zilli, Colavito, Bierti, Salandra, Semeja, Aresca, Crevatin Pompilio	Presentazione procedura al DA entro 31/07/2018

## SC Convenzioni III Settore e Gestione Immobili

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>1. Prosecuzione dell'attività di razionalizzazione afferente la Funzione immobiliare. Aggiornamento rapporti attivi e passivi dell'A.S.U.I.Ts in essere alla data del 15.12.2018</p>	<p>1. Aggiornamento - tramite raccolta e classificazione dei dati agli atti dell'ufficio immobiliare - del "file riepilogativo già redatto relativamente all'anno 2017" con riguardo ai contratti attivi e passivi in vigore al 15.12.2018 inerenti: - gli immobili di proprietà dell'Azienda utilizzati da terzi; - gli immobili detenuti dall'Azienda a vario titolo; - i titoli giuridici di utilizzo con relative scadenze contrattuali/convenzionali; - ove esistenti e/o recuperabili, gli estremi dei provvedimenti di cessione o acquisizione con indicazione dei dati identificativi dei relativi contratti/atti/convenzioni/ (ad es. n. repertorio e data di sottoscrizione). 2. Inserimento risultanze di cui al precedente punto 1.1 nel "file riepilogativo relativo all'anno 2018"</p>	<p>Fabio Carbone Fabio Crevatin Elena Zompicchiatti Emmanuela Quinz</p>	<p>Predisposizione di un file excel contenente "Elenco immobili, titoli giuridici di utilizzo e scadenze contrattuali – anno 2018" (in vigore al 15.12.2018), con evidenza delle occupazioni <i>sine titulo</i>.  Entro il 31.12.2018.</p>
<p>2. Gestione del patrimonio immobiliare aziendale. Verifica, revisione, aggiornamento ed eventuale integrazione delle procedure di alienazione del patrimonio</p>	<p>1. Verifica della normativa di riferimento e della necessità di revisione, aggiornamento ed eventuale integrazione, in ordine all'applicabilità e vigenza della normativa indicata nella</p>	<p>Fabio Carbone Fabio Crevatin Elena Zompicchiatti Emmanuela Quinz</p>	<p>Redazione di proposta di testo regolamentare per la disciplina delle procedure di alienazione del patrimonio immobiliare dell'A.S.U.I.Ts., revisionata, aggiornata ed eventualmente integrata rispetto alla</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
<p>immobiliare dell'A.S.U.I.Ts.</p>	<p>precedente bozza di regolamento (anno 2012).  2. Valutazione circa l'opportunità di eventuali maggiori dettagli o - al contrario - di semplificazione delle procedure.  3. Redazione di proposta di testo regolamentare per la disciplina delle procedure di alienazione del patrimonio immobiliare dell'A.S.U.I.Ts, revisionata, aggiornata ed eventualmente integrata, sulla scorta delle risultanze di cui ai punti 2.1 e 2.2.</p>		<p>precedente (anno 2012).   Entro il 31.12.2018.</p>
<p>3. Valorizzazione dell'apporto del Terzo Settore a supporto delle attività istituzionali dell'A.S.U.I.Ts. Disciplina aziendale dei rapporti con le associazioni di volontariato e di promozione sociale. Semplificazione delle procedure amministrative e disciplina per l'eventuale messa a disposizione di spazi aziendali.  <u>(obiettivo dirigenziale)</u></p>	<p>1. Verifica della attuale regolamentazione aziendale ex provv. n. 51/2018, anche alla luce delle difficoltà evidenziatesi in ambito di prima applicazione.  2. Esame e valutazione delle possibili modifiche / semplificazioni e delle esigenze di revisione con la Direzione dei Servizi Sociosanitari.  3. Redazione di proposta di revisione/semplificazione ed intergrazione, con la disciplina per l'eventuale messa a disposizione di spazi aziendali, del testo regolamentare dell'A.S.U.I.Ts sui rapporti con le associazioni di</p>	<p>Dott.a Alessandra Croceni   con il supporto - per quanto al punto 3.2 - della Direzione dei Servizi Sociosanitari.</p>	<p>Redazione di proposta di revisione/semplificazione ed intergrazione, con la disciplina per l'eventuale messa a disposizione di spazi aziendali, del testo regolamentare dell'A.S.U.I.Ts sui rapporti con le associazioni di volontariato e di promozione sociale.   Entro il 31.12.2018.</p>

Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	volontariato e di promozione sociale.		
4. Gestione dei rapporti con le associazioni di volontariato, ai fini della concessione dei contributi aziendali.	1. Verifica della documentazione in atti. 2. Implementazione del file comparativo delle richieste di contributi e delle relative concessioni/erogazioni aziendali dal 2010 al 2018. 3. Archiviazione delle posizioni sino al 2017 compreso.	Stefano Rizzetto Chiara Carpani	- Implementazione del file comparativo delle richieste di contributi e delle relative concessioni/erogazioni aziendali dal 2010 al 2018 - Archiviazione delle posizioni sino al 2017 compreso.  Entro il 31.12.2018.
5. Riconoscimento dei rapporti convenzionali vigenti con il Terzo Settore, non soggetti alla disciplina del Codice dei Contratti e non attribuiti ad altra articolazione aziendale.	1. Verifica delle tipologie convenzionali in atto con il Terzo Settore, sulla base alla normativa vigente nazionale e regionale. 2. Monitoraggio e controllo amministrativo. 3. Redazione di un file dei rapporti convenzionali, vigenti al 30.11.2018 con il Terzo Settore, non soggetti al Codice dei Contratti e non attribuiti ad altra articolazione aziendale.	Paola Blanzan Morena Dalmistro Odoni Chiara Carpani Stefano Rizzetto	Redazione di un file dei rapporti convenzionali con il Terzo Settore, non soggetti alla disciplina del Codice dei Contratti e non attribuiti ad altra articolazione aziendale in vigore al 30.11.2018.  Entro il 31.12.2018.
6. Implementazione dell'efficienza e dell'efficacia dell'azione amministrativa nei rapporti convenzionali con le Associazioni/Società sportive dilettantistiche e non dilettantistiche.	1. Analisi e studio della normativa d'interesse (Associazioni/Società sportive dilettantistiche) 2. Predisposizione dello schema tipo convenzionale per i rapporti con le	Paola Blanzan Morena Dalmistro Odoni Chiara Carpani Stefano Rizzetto	Predisposizione di uno schema tipo convenzionale per i rapporti con le Associazioni/Società sportive dilettantistiche, con evidenza dei documenti/dichiarazioni necessari ai fini della stipula.



Obiettivo generale	azione	s.s o c./personale	Indicatore / risultato atteso/tempo
	Associazioni/Società sportive dilettantistiche. 3. Evidenza dei documenti/dichiarazioni necessari ai fini la stipula.		Entro il 31.12.2018.
7. Attuazione del PTPCT aziendale. Mappatura processi e procedimenti.	Mappatura di tutti i processi e procedimenti di competenza, a seguito delle modifiche intervenute con l'adozione del nuovo Atto Aziendale,	Direttore della SC e tutto il personale	Trasmissione della mappatura al RPC entro il 30.9.2018
8. Attuazione del PTPCT aziendale. Rilevazione del rischio.	A seguito della mappatura dei processi e procedimenti, analisi del rischio delle procedure / processi di competenza della struttura e graduazione del rischio mediante utilizzo della nuova scheda di rilevazione del rischio	RPC, Direttore della SC e Referente per la prevenzione della corruzione e della trasparenza con il RPC	Trasmissione della revisione alla Direzione Strategica entro il 31.12.2018
9. Attuazione del PTPCT aziendale. Aggiornamento della sezione del sito web <i>Amministrazione trasparente / Attività e procedimenti / Tipologie di procedimenti</i>	Analisi dei procedimenti amministrativi di competenza e aggiornamento dei dati, come da PTPCT - sezione trasparenza - da fornire al Responsabile della Trasparenza, ai fini dell'aggiornamento della sezione del sito web <i>Amministrazione trasparente / Attività e procedimenti / Tipologie di procedimenti</i>	Direttore della SC e tutto il personale	Trasmissione dei dati aggiornati al RT entro il 30.09.2018.
10. Garanzia dell'aggiornamento dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web aziendale, come da PTPCT – sezione trasparenza-	Trasmissione dei dati e degli aggiornamenti dei dati, ai fini della pubblicazione oggetto di pubblicazione obbligatoria, all'Ufficio Amministrazione Trasparente, nel rispetto delle scadenze previste dal PTPCT	Direttore della SC e tutto il personale	Rispetto delle scadenze di aggiornamento dei dati previste dal PTPCT (verificato con i monitoraggi periodi dell'Ufficio Amministrazione Trasparente)