

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Azienda Sanitaria Universitaria
Integrata di Trieste



ASUITS - T-GEN-III-3-L

SCGP

0007223 - A

05/06/2018

TRA

IL DIRETTORE GENERALE
(NOMINATO CON DGR N. 1637 DD. 01.09.2017)

E

LA DELEGAZIONE DI PARTE SINDACALE
DI CUI ART. 8, COMMA 3 DEL CCNL 21.5.2018

VIENE STIPULATO IL SEGUENTE

CONTRATTO COLLETTIVO INTEGRATIVO
AI SENSI DELL'ART. 8, COMMA 5 DEL CCNL 21.5.2018

**ACCORDO PER LA FINALIZZAZIONE COMPLESSIVA DELLE RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI.
ESERCIZIO 2017**

Premesso che

l'art. 4 del CCNL dd. 07.04.1999, tutt'ora in vigore, demanda alla contrattazione collettiva integrativa la regolamentazione dei sistemi di incentivazione del personale sulla base di obiettivi, programmi e progetti di incremento della produttività e di miglioramento della qualità del servizio, con la definizione di criteri generali delle metodologie di valutazione e di ripartizione delle risorse del fondo della produttività e delle risorse regionali eventualmente assegnate ove previsto dal contratto nazionale;

che in applicazione della L.R. 17/2014, con deliberazione della Giunta regionale n. 679 dd. 22.04.2016, è stata disposta, a decorrere dal 01.05.2016, l'istituzione dell'Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste (A.S.U.I.TS), dall'incorporazione dell'Azienda ospedaliero universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste da parte dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 "Triestina";

rilevato che, in data 04.04.2016, l'Assessore regionale alla salute, integrazione socio sanitaria e politiche sociali e le OO.SS. dell'area del Comparto hanno sottoscritto l'accordo sull'attribuzione delle risorse aggiuntive regionali per l'esercizio 2016, reso esecutivo con DGR N. 579 dd. 08.04.2016;

dato atto che, la citata DGR 579/2016 precisa che *"in coerenza con la gradualità del processo di trasformazione organizzativa in atto e, nell'ottica di accompagnare la riforma consolidandone scelte e azioni, l'accordo sottoscritto il 04.04.2016 assume validità triennale per la parte normativa ed economica, con la precisazione che le risorse economiche per l'attuazione della prima annualità sono contenute nell'accordo citato e le stesse saranno soggette a conferma con le modalità della programmazione regionale e rese operative previo accordo con le OO.SS. che in tale sede potranno rivedere altri aspetti di contenuto progettuale"*;

accertato che, in data 25 maggio 2017, è stata sottoscritta l'Intesa regionale sull'attribuzione delle risorse aggiuntive regionali per l'esercizio 2017, resa esecutiva con DGR N. 1000 dd. 01.06.2017;

rilevato

che, con il predetto documento, la Regione ha messo a disposizione delle Aziende Sanitarie Regionali l'importo complessivo di € **15.525.752,07**, al netto di qualsiasi onere, da destinare all'Area del personale del Comparto per essere utilizzato nell'ambito del fondo per la retribuzione di produttività;

che la quota di risorse aggiuntive regionali assegnata all'ASUI TS per l'esercizio 2017 ammonta complessivamente a € **3.381,302,13** così suddivisa:

- risorse regionali aggiuntive distribuite pro-capite con destinazione prioritaria agli obiettivi regionali pari a € **1.374.472,09**;
- risorse aggiuntive per incentivi lavoro notturno e festivo, turno, personale ota/oss, tutor e coordinatori pari a € **2.006.830,04**;

preso atto

che l'Accordo regionale stabilisce che il finanziamento complessivo stanziato e distribuito per il 2017 deve essere prioritariamente utilizzato per l'incentivazione degli obiettivi correlati al disagio legato al lavoro notturno e festivo, ai turni, personale OTA/OSS, nonché per consentire l'omogeneità di trattamento economico complessivamente assegnato al personale a disposizione dei corsi di laurea di area sanitaria (punto 1-4, pag. 5-6 dell'accordo regionale dd 4.4.2016);

che, in relazione alla tipologia dell'incentivo direttamente riconducibile a tutto il personale che opera in servizi attivi sulle 24 ore e sulle 12 ore, le prime due forme incentivanti (incentivo per il lavoro notturno e festivo, incentivo turno) trovano immediata applicazione nei confronti del personale avente diritto;

che va ovviamente determinata la maggiorazione anche per la festività cd. *"incompleta"* (ridotta)

che, diversamente, l'incentivo per il personale OTA/OSS, esteso anche al personale ausiliario specializzato nei servizi socio assistenziali – categoria A, tenuto conto della tipologia di attività descritta nell'accordo regionale, richiede anche per l'anno 2017, una riflessione congiunta con la

delegazione sindacale aziendale del comparto, in ordine all'individuazione dei criteri per la definizione dei possibili destinatari;

preso atto inoltre

che le parti regionali hanno confermato la necessità che le risorse destinate al personale distaccato presso i corsi di laurea sanitaria debbano essere correlate a specifiche progettualità da individuarsi a livello aziendale sentita l'Università, prevedendosi indicatori e parametri idonei ad accertare l'effettivo raggiungimento degli obiettivi assegnati;

verificato

che le ulteriori risorse regionali disponibili, che vengono demandate alla contrattazione integrativa aziendale, devono essere finalizzate al finanziamento delle problematiche nell'ambito degli obiettivi individuati a livello regionale e secondariamente correlate al raggiungimento di obiettivi strategici, di efficienza e di sviluppo ricavandone miglioramenti nelle prestazioni, in collegamento con gli obiettivi contenuti nelle linee programmatiche regionali e definiti nei piani attuativi aziendali, tenuto anche conto delle condizioni organizzative di lavoro;

che, in particolare, l'Accordo regionale prevede che il finanziamento complessivamente messo a disposizione dalla Regione per il 2017 debba essere finalizzato e vincolato al perseguimento dei seguenti principi:

- premiare progettualità ulteriori e coerenti con la programmazione regionale di regola diversificate rispetto agli obiettivi annuali correlati al normale fondo della produttività;
- confermare la valorizzazione delle professionalità impegnate nella gestione del momento assistenziale nelle strutture sanitarie al fine di fronteggiare le condizioni di complessità lavorativa legate all'assistenza e ai processi di riorganizzazione;
- garantire l'efficace attuazione dei processi di riorganizzazione conseguenti alla definizione dei nuovi assetti organizzativi mantenendo la qualità e quantità dei servizi resi;
- dare impulso allo sviluppo dei progetti di riorganizzazione delle funzioni;
- promuovere politiche del personale in aree/settori individuati nell'accordo stesso e ritenuti particolarmente critici per i quali la programmazione regionale richiede la finalizzazione di risorse e interventi mirati da parte delle nuove aziende ed enti del SSR;
- individuare politiche e strategie volte a valorizzare il personale coinvolto nelle riorganizzazioni, i rispettivi ruoli e competenze anche in relazione ai processi di assegnazione di referenze di specialisti nell'assistenza avanzata, alla ricollocazione e mobilità volti a garantire la funzionalità organizzativa di ciascuna amministrazione;
- rafforzare, in coerenza con le disposizioni nazionali che definiscono flussi procedurali legati alla performance, il processo di associazione delle risorse economiche a risultati misurabili e valutabili, ribadendo che le risorse aggiuntive regionali, in quanto utilizzate nel fondo della produttività, ne seguono i principi, come codificati nel CCNL, vale a dire:
 - o gli obiettivi devono essere preventivamente concordati con la metodologia budgetaria;
 - o i criteri di valutazione ai fini della corresponsione delle risorse ai dipendenti sono realizzati in modo da garantire la selettività ed il loro effettivo carattere incentivante;
 - o poiché l'erogazione dei compensi attiene al raggiungimento di obiettivi di miglioramento dei servizi e di produttività, ulteriori rispetto all'attività istituzionale, la relativa valutazione tiene conto dell'effettivo apporto partecipativo e qualitativo dei dipendenti coinvolti nei progetti regionali e programmi di produttività;

considerato

che l'Accordo regionale dd. 25.05.2017 stabilisce inoltre che, al fine dell'impiego delle risorse, l'individuazione dei destinatari, dei risultati attesi in riferimento agli indicatori nonché l'utilizzazione, basata su modalità che non possano acquisire carattere di irreversibilità e/o distribuzione indistinta, debbano essere definiti a livello integrativo aziendale;

dato atto

che, in data 14.09.2017 è stata sottoscritta l'Intesa regionale sull'attribuzione delle risorse aggiuntive regionali a fronte di progettualità legate all'attuazione delle attività previste dal Piano Regionale Prevenzione con particolare riferimento al piano vaccinale, per l'esercizio 2017, resa esecutiva con DGR N. 1785 dd. 22.9.2017;

rilevato

che, con il predetto documento, la Regione ha messo a disposizione delle Aziende Sanitarie Regionali una quota aggiuntiva pari a € 321.002,69, al netto di qualsiasi onere, da destinare all'Area del personale del Comparto per essere utilizzato nell'ambito del fondo per la retribuzione di produttività;

che la quota di risorse aggiuntive regionali assegnata all'ASUI TS per il piano vaccinale per l'esercizio 2017 ammonta complessivamente a € 30.046,00;

che in data 30.11.2017 è stato sottoscritto l'accordo inerente la definizione dei criteri generali di ripartizione delle risorse del fondo della produttività collettiva per il miglioramento dei servizi e per il premio della qualità delle prestazioni individuali;

che, rispettivamente, in data 13.03.2017, 22.5.2017, 25.09.2017, 22.12.2017 sono stati sottoscritti i seguenti Accordi sull'utilizzo delle risorse aggiuntive regionali 2017, che si richiamano integralmente in questa sede:

- Accordo Stralcio sull'utilizzo delle risorse del fondo della produttività – risorse aggiuntive regionali, per il mantenimento del turno h24 presso il laboratorio SPOKE del Burlo 2017;
- Accordo Stralcio sull'utilizzo delle risorse del fondo della produttività – risorse aggiuntive regionali 2017, per l'incentivazione del personale coinvolto nell'avvio e nell'attuazione della centrale operativa 118 unica regionale;
- Accordo Stralcio sull'utilizzo delle risorse aggiuntive regionali per il mantenimento dei livelli assistenziali e di attività nel periodo estivo 2017;
- Accordo sulle finalizzazioni delle risorse dei fondi contrattuali 2017;
- Accordo Stralcio sull'utilizzo delle risorse del fondo della produttività – risorse aggiuntive regionali 2017, per l'incentivazione del personale operante nell'ambito del complesso operatorio (ospedale di Cattinara – ospedale Maggiore – SC Cardiochirurgia);

impegnando parte delle risorse aggiuntive regionali di competenza dell'A.S.U.I.TS;

che peraltro, nella citata ipotesi sulle finalizzazioni le parti hanno peraltro demandato ad una seconda fase di contrattazione la finalizzazione complessiva delle risorse aggiuntive regionali 2017;

accertato quindi

che vi sono tutti gli elementi per procedere alla negoziazione in ordine alla gestione complessiva delle risorse aggiuntive regionali dell'A.S.U.I.TS, per l'esercizio 2017;

dato atto

che, a tal fine, con nota Prot. N. 12725/GEN.III.3.L3 dd. 15.12.2017, si è provveduto a convocare la Delegazione di Parte Sindacale del Comparto per attivare la relativa negoziazione in data 22.12.2017;

che nella medesima seduta la Delegazione di Parte Sindacale ha formulato una controproposta accolta dalla Delegazione di Parte Pubblica;

che al fine di concludere la negoziazione le delegazioni trattanti sono state convocate, con nota prot. 13086/GEN.III.3.L.3 dd. 27.12.2017, per il giorno 28.12.2017, come concordato durante la seduta dd. 22.12.2017;

che nella medesima seduta del 28.12.2017 le Parti hanno sottoscritto l'ipotesi di accordo in argomento;

che, in applicazione dell'art. 4 del CCNL 19.04.2004, come adeguato dall'art. 40, c. 3 sexies del D.Lgs. 165/2001 e s.m. e i., detta ipotesi di contratto è stata trasmessa con nota Prot. n. 8 dd. 2.1.2018 al Collegio Sindacale per le verifiche di competenza;

che, il Collegio, nella seduta del 17.1.2018 (verbale n. 50), sulla base della relazione illustrativa e della relazione tecnico finanziaria, ha espresso parere favorevole in merito all'accordo ai fini delle previsioni del D. Lgs. 165/2001 e s.m. e i.;

che, pertanto, al fine di provvedere alla sottoscrizione del relativo contratto collettivo integrativo, la Delegazione Trattante di Parte Sindacale è stata convocata con nota Prot. n° 411 – P e n° 662 - P dd. rispettivamente 15.1.2018 e 18.1.2018;

che, nella seduta del 19.01.2018, la Delegazione di Parte Sindacale ha dichiarato di poter procedere alla sottoscrizione dell'Intesa soltanto a seguito della conferma della disponibilità delle risorse da destinare al personale della SC Informatica e Telecomunicazione, in parte escluso, per mero errore materiale, dall'elenco dei partecipanti all'obiettivo;

accertato

che, è ora possibile individuare una quantità di risorse, a tal fine disponibili, nell'ambito delle risorse aggiuntive regionali 2017, in quanto derivanti dalla mancata partecipazione di alcuni dipendenti agli obiettivi definiti con l'ipotesi già sottoscritta in data 28.12.2017;

che, quindi vi sono ora tutti gli elementi utili, per poter procedere con la sottoscrizione della relativa Intesa;

dato infine atto

che, in data 21.05.2018, è stato sottoscritto il CCNL del personale del comparto relativo al triennio 2016-2018.

Tutto ciò premesso,

le Parti, prima di procedere alla sottoscrizione dell'Intesa, condividono quanto segue:

il personale complessivamente coinvolto negli obiettivi attribuiti alla SC Informatica e Telecomunicazioni per l'esercizio 2017 e valorizzati con le risorse aggiuntive regionali 2017, è pari a complessive 29 unità, così suddivise per categoria:

- 18 D/Ds;
- 10 C;
- 1 B/Bs.

Tenuto conto dell'eccedenza oraria richiesta al personale coinvolto nei suddetti obiettivi, ed altresì delle tariffe orarie distinte per categoria, e già condivise, la quota complessivamente destinata ai suddetti obiettivi è pari a € 13.039,00, finanziata come di seguito:

- € 4.889,10 già impegnato con l'ipotesi dd. 28.12.2017;
- € 8.149,90 con le risorse derivante da quote rar 2017 non impegnate per effetto della mancata partecipazione di alcuni dipendenti agli obiettivi definiti con la citata ipotesi, e pertanto disponibili.

Al termine, le parti sopra citate procedono alla sottoscrizione del testo nella versione che segue.

tra l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste

e

la RSU e le OO.SS. del Comparto

SI CONVIENE QUANTO SEGUE

PRIMA PARTE: L'AMMINISTRAZIONE RENDE NOTO QUANTO SEGUE

1. QUANTIFICAZIONE DEL FONDO DELLA PRODUTTIVITÀ COLLETTIVA PER IL MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI E PER IL PREMIO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI INDIVIDUALI – ESERCIZIO 2017

Si richiama l'accordo sottoscritto in data 22.12.2017 (Allegato A2), nel quale si è provveduto a quantificare le risorse del fondo per la produttività collettiva e la qualità delle prestazioni individuali dell'esercizio 2017, sulla base degli elementi all'epoca noti. Si riportano di seguito, per pronta evidenza, i valori delle risorse aggiuntive regionali 2017 attribuite all'ASUI TS con gli specifici accordi regionali 2017, unitamente al valore dei residui del 2016 ad oggi noto.

1A RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI (ACCORDI REGIONALI DD 25.05.2017 E DD. 14.09.2017)

Le parti prendono atto che le risorse aggiuntive regionali assegnate per l'esercizio 2017 all'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (ASUI TS) sono complessivamente pari a € **3.381.302,13**, ripartite come di seguito descritto:

| risorse | importi ASUI TS |
|---|---------------------|
| personale turnista/tutor e coordinatori | 2.006.830,04 |
| risorse regionali | 1.374.472,09 |
| risorse totali | 3.381.302,13 |

Le quote, attualmente note, dei residui delle risorse regionali aggiuntive assegnate per esercizio 2016 risultano pari a € **89.547,50**. In applicazione dell'accordo regionale dd. 25.05.2017, dette quote vengono riportate nell'esercizio 2017 ed utilizzate per gli obiettivi regionali riportati nello stesso.

La quota di risorse aggiuntive regionali assegnata all'ASUI TS per il **piano vaccinale** per l'esercizio 2017 ammonta complessivamente a € **30.046,00**;

Il fondo integrato con le voci suddette viene quantificato nella tabella, allegata al presente accordo (**Allegato 1**).

Il valore definitivo del fondo contrattuale sarà noto in sede di bilancio consuntivo 2017, e verrà quantificato tenuto conto delle eventuali ed ulteriori indicazioni in materia di quantificazione delle risorse che potrebbero pervenire da parte dei competenti organismi ed altresì in relazione alle disposizioni introdotte dal D. Lgs. 75/2017, fatte salve eventuali modifiche e integrazioni.

Come già anticipato con l'accordo dd. 22.12.2017 recante: "*Finalizzazione delle risorse dei fondi contrattuali*" l'Amministrazione si impegna a comunicare alla Delegazione Sindacale il valore definitivo del fondo per la produttività dell'esercizio 2017, eventualmente adeguato in sede di bilancio consuntivo.

2. QUANTIFICAZIONE DELLA QUOTA DI RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI 2017 ANCORA DISPONIBILI PER LA CONTRATTAZIONE INTEGRATIVA AZIENDALE.

1. Le parti richiamano le Intese sotto elencate, con le quali sono state impegnate le quote ivi indicate:

a) Accordo Stralcio sull'utilizzo delle risorse del fondo della produttività – risorse aggiuntive regionali, per il mantenimento del turno h24 presso il laboratorio SPOKE del Burlo 2017:

- € **2.820,00** per il mantenimento del turno h 24 presso il laboratorio spoke del Burlo (intesa dd. 13.03.2017);

b) Accordo Stralcio sull'utilizzo delle risorse del fondo della produttività – risorse aggiuntive regionali 2017, per l'incentivazione del personale coinvolto nell'avvio e nell'attuazione della centrale operativa 118 unica regionale:

- € **24.235,81** per l'incentivazione del personale coinvolto nell'avvio e nell'attuazione della centrale operativa 118 unica regionale (intesa dd. 22.05.2017);

c) Accordo Stralcio sull'utilizzo delle risorse aggiuntive regionali per il mantenimento dei livelli assistenziali e di attività nel periodo estivo 2017;

- € **462.000,00** di cui € 395.000,00 per il progetto relativo al mantenimento dei livelli assistenziali a fronte di assenze non preventivabili, € 35.000,00 per il progetto relativo al mantenimento dei livelli di attività nelle strutture economiche, € 32.000,00 per il progetto

relativo al mantenimento dei livelli di attività di vigilanza antincendio, (intesa dd. 25.09.2017);

d) Accordo Stralcio sull'utilizzo delle risorse del fondo della produttività – risorse aggiuntive regionali 2017, per l'incentivazione del personale operante nell'ambito del complesso operatorio (ospedale di Cattinara – ospedale Maggiore – SC Cardiochirurgia):

- € 81.120,00 per l'incentivazione del personale del Complesso Operatorio dell'Ospedale di Cattinara (intesa dd. 22.12.2017);

e) Accordo sulle finalizzazione delle risorse dei fondi contrattuali, esercizio 2017:

- € 240.000,00 per la remunerazione del disagio del personale che svolge l'attività in servizi articolati su tre turni, chiamato a garantire la continuità dei servizi essenziali durante il turno notturno (intesa dd. 22.12.2017).

Per quanto concerne la quota impegnata con l'accordo dd. 22.12.2017, di cui alla precedente lettera e), si richiama la nota Prot. N° 56004 dd. 26.10.2017. Per effetto di quanto previsto nella medesima, la quota di maggiorazione, erogata sino al 30.06 a carico della quota delle RAR distribuite per personale turnista, viene imputata sullo stesso capitolo anche per la seconda metà dell'anno.

Ne consegue che la quota di risorse aggiuntive regionali destinata alla fattispecie indicata nella lettera e) ed imputabile alle risorse destinate alla contrattazione integrativa è pari a € 120.000,00.

2. Si provvede di seguito a definire la **quota di risorse aggiuntive regionali 2017 ancora disponibili per la contrattazione integrativa aziendale**, tenuto conto delle quote già impegnate e descritte nel punto precedente, delle relative proiezioni di spesa 2017, ed altresì di quanto previsto nel paragrafo "Modalità gestionali", punto 3 dell'accordo regionale dd. 25.05.2017 ("*Qualora gli importi complessivamente destinati per l'incentivazione degli obiettivi di cui al "Disagio" si rivelassero insufficienti rispetto al fabbisogno emergente nel 2017, si utilizzerà la parte di risorse regionali aggiuntive disponibili, al fine di riconoscere i diritti spettanti al personale interessato*").

| rar ASUI TS 2017 (accordo regionale 25/05/2017) | | spesa (effettiva o in proiezione) | risorse ancora disponibili per contrattazione aziendale |
|--|--------------|---|--|
| rar tutor e coordinatori | 77.000,00 | 100.000,00 | -23.000,00 |
| rar per personale turnista | 1.929.830,04 | 1.956.255,27 | -26.425,23 |
| rar per contrattazione aziendale | 1.374.472,09 | 747.655,75 | 626.816,34 |
| | | Totale | 577.391,11 |

| | |
|---|-----------|
| residui rar 2016 disponibili per contrattazione aziendale 2017 | 89.547,50 |
|---|-----------|

| | |
|---|-------------------|
| Totale rar 2017 per contrattazione aziendale | 666.938,61 |
|---|-------------------|

| | |
|--|------------------|
| Rar 2017 per piano vaccinale (accordo 14/09/2017) | 30.046,00 |
|--|------------------|

SECONDA PARTE:

LE PARTI COME INTESATE IN EPIGRAFE CONCORDANO QUANTO SEGUE

1.UTILIZZO DELLE RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI 2017 – "DISAGIO"

1. In applicazione delle disposizioni di cui all'accordo regionale dd. 04.04.2016, come confermato dall'accordo regionale dd. 25.05.2017, una quota pari a € **2.006.830,04** vanno utilizzate prioritariamente per l'incentivazione degli obiettivi correlati al disagio legato al lavoro

notturno e festivo, ai turni, personale OTA/OSS esteso anche al personale ausiliario specializzato nei servizi socio-assistenziali – categoria A (€ 1.929.830,04), nonché per consentire l'omogeneità di trattamento economico complessivamente assegnato al personale distaccato – diplomi universitari (€ 77.000,00), secondo il dettaglio seguente.

2. Le proiezioni di spesa 2017, relative alle predette fattispecie, elaborate sulla base degli elementi oggi noti, risultano pari a:

- rar tutor e coordinatori: € 100.000,00;
- rar per personale turnista: € 1.956.255,27.

3. Al personale avente titolo, va attribuita una quota di incentivo pari ad **€ 9,71 per ciascun turno notturno di effettivo servizio**, nonché una quota di incentivo pari a **€ 5,42 per ciascun turno festivo di effettivo servizio "completo"**, ridotto del **50% nel caso di festività c.d. "incompleta"** (art. 44, c. 12 CCNL 1995).

4. Si conviene di attribuire una quota di incentivo pari ad **€ 1,00 per ciascuna giornata di effettivo servizio su due turni (12 ore)** ed una quota di incentivo pari ad **€ 4,49 per ciascuna giornata di effettivo servizio su tre turni (24 ore)**.

5. Si prende atto che al personale avente titolo, va erogata una quota di incentivo pari ad **€ 1,50 per ciascuna giornata di effettivo servizio per il personale OTA e operatori tecnici**, **€ 2,58 per ciascuna giornata di effettivo servizio per il personale OSS** e **€ 1,25 per ciascuna giornata di effettivo servizio per il personale ausiliario specializzato nei servizi socio-assistenziali – categoria A che presta servizio nelle terapie intensive, sub-intensive, sale operatorie, servizi di nefrologia – dialisi e servizi di malattie infettive**.

6. L'erogazione delle maggiorazioni spettanti avviene secondo le quantità e le decorrenze specificamente indicate nell'intesa regionale, nonché sulla base delle disposizioni vigenti per il 2017 in tema di turnistica.

7. In applicazione di quanto previsto dalle disposizioni di cui all'accordo regionale dd. 04.04.2016, come confermato dall'accordo regionale dd. 25.05.2017, nell'ambito delle quote complessive di cui al precedente punto 1.1, una quota pari a € 77.000,00 (€ 100.000,00 in proiezione di spesa) viene destinata a favore del personale distaccato corsi di laurea area sanitaria (in comando all'Università). Le risorse in argomento devono essere correlate a specifiche progettualità da individuarsi a livello aziendale, prevedendosi indicatori e parametri idonei ad accertare l'effettivo raggiungimento degli obiettivi assegnati. A tal fine, si richiama la nota Prot. N° 22602 dd. 04.07.2017 con la quale l'Università degli Studi di Trieste ha espresso parere favorevole ai criteri proposti, in applicazione all'Intesa regionale. L'importo verrà erogato a consuntivo, al verificarsi delle condizioni previste, e nei limiti delle quote annue.

2.UTILIZZO DELLE RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI 2017 – OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI PRIORITARI E NON PRIORITARI (ACCORDO REGIONALE DD. 25.5.2017)

1. Le parti prendono altresì atto di quanto disposto dall'Accordo Regionale dd. 25.05.2017 rispetto alle risorse aggiuntive regionali che devono essere finalizzate, in prima istanza, a remunerare gli obiettivi strategici regionali prioritari individuati con l'Accordo predetto.

2. Condividono pertanto che una parte delle risorse del fondo per la produttività 2017, così come integrate dal finanziamento regionale, debba essere associata agli obiettivi indicati dalla Regione.

3. In ottemperanza ai principi ispiratori della produttività del personale del comparto, stabiliti dall'art. 47 e s.m. e i. del CCNL dd. 01.09.1995, la Direzione Generale individua gli obiettivi aziendali correlati alle indicazioni regionali.

4. Il perseguimento degli obiettivi in argomento prevede uno specifico impegno temporale, aggiuntivo rispetto a quello ordinario ("eccedenza oraria"), che dovrà pertanto essere garantito esclusivamente nel periodo di vigenza dell'obiettivo. Le ore così lavorate non saranno oggetto, in ogni caso, né di recupero né di altra forma di pagamento – comprese le relative indennità di turno e/ presenza, essendo compensate dal valore dell'incentivo erogato corrispondente, di regola:

| Categoria | Valore €/h |
|-----------|------------|
| A | 24 |
| B-Bs | 27 |
| C | 31 |
| D- Ds | 37 |

5. Le attività progettuali sono descritte nell'**Allegato 2** al presente Accordo, in cui sono indicati per ciascun progetto l'obiettivo strategico regionale, il contesto, la motivazione, l'obiettivo aziendale, gli indicatori e le modalità di valutazione, il personale coinvolto, l'orario aggiuntivo previsto ed il budget di progetto. Si precisa che tra il personale coinvolto è ricompreso in via generale anche il personale a tempo determinato ed il personale in posizione di comando presso l'ASUITS, in quanto partecipa di specifici progetti.

Ferme restando le quote di incentivazione pro capite (e corrispondente all'orario aggiuntivo richiesto) desumibili dalla tabella allegata, si precisa altresì che:

- il personale con contratto part time può partecipare alle attività progettuali in proporzione alla percentuale dell'orario da assicurare rispetto al tempo pieno;
- fatto salvo il necessario raggiungimento dell'obiettivo prefissato, qualora il dipendente coinvolto in taluna attività progettuale risulti aver effettuato, nel periodo di valenza progettuale, una quantità di orario aggiuntivo solo in parte corrispondente a quello previsto, la quota incentivante individuale sarà proporzionalmente ridotta;
- nel rispetto del budget assegnato, le quote pro capite potranno essere incrementate, in misura non superiore al 25% qualora il personale coinvolto risulti numericamente inferiore a quanto previsto, o si verifichino le condizioni del punto precedente, nell'ambito della medesima categoria;
- qualora il personale coinvolto sia superiore alla forza inizialmente prevista, le quote pro capite saranno riproporzionate in base al rapporto tra il budget assegnato e il numero dei dipendenti coinvolti;
- al fine di assicurare l'equilibrio nel trattamento economico, la quota di incentivazione complessiva di ciascun dipendente coinvolto nelle progettualità valorizzate con le risorse aggiuntive regionali 2017 non potrà superare € 1.500,00. Il limite non si applica alle progettualità che prevedono l'acquisizione di prestazioni aggiuntive e pertanto alle attività valorizzate con le risorse di cui agli accordi stralcio di data rispettivamente 13.03.2017, 22.5.2017, 25.09.2017, 22.12.2017 (Accordo Stralcio sull'utilizzo delle risorse del fondo della produttività – risorse aggiuntive regionali, per il mantenimento del turno h24 presso il laboratorio SPOKE del Burlo 2017; Accordo Stralcio sull'utilizzo delle risorse del fondo della produttività – risorse aggiuntive regionali 2017, per l'incentivazione del personale coinvolto nell'avvio e nell'attuazione della centrale operativa 118 unica regionale; Accordo Stralcio sull'utilizzo delle risorse aggiuntive regionali per il mantenimento dei livelli assistenziali e di attività nel periodo estivo 2017, Accordo Stralcio sull'utilizzo delle risorse del fondo della produttività – risorse aggiuntive regionali 2017, per l'incentivazione del personale operante nell'ambito del complesso operatorio (ospedale di Cattinara – ospedale Maggiore – SC Cardiochirurgia).

6. Le quote di incentivazione saranno riconosciute a saldo, previa verifica degli esiti da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione, in relazione al grado di raggiungimento dell'obiettivo e dell'apporto specifico dei singoli partecipanti attestato dal responsabile progettuale, nel rispetto dei criteri di cui al presente Accordo.

7. L'erogazione dell'incentivo sarà in ogni caso consentita previa verifica della sussistenza di un credito orario individuale al 31/12/2017, pari ad almeno le ore svolte in eccedenza oraria per i progetti di cui al presente accordo, al netto di eventuali recuperi ore pregressi.

8. L'eventuale eccedenza oraria non remunerata, in relazione al mancato parziale o totale raggiungimento dell'obiettivo, non potrà comunque essere liquidata.

9. Per il finanziamento di quota parte delle progettualità viene utilizzata la produttività strategica 2017, come definita nell'accordo dd. 22.12.2017 sulle finalizzazioni 2017, per un importo pari a € 66.726,27.

10. Le risorse utilizzate per la valorizzazione dei progetti definiti nell'allegato 2 al presente accordo sono riepilogate nella tabella di cui all'allegato 3.

3. NORME FINALI






1. Per quanto non espressamente disciplinato con il presente accordo, si rinvia agli accordi regionali dd. 4.4.2016, 25.5.2017 e 14.9.2017, nonché alle disposizioni di cui all'accordo dd.30.11.2017 recante: "Definizione dei Criteri generali di ripartizione delle risorse del fondo della produttività collettiva per il miglioramento dei servizi per il premio della qualità delle prestazioni individuali", in quanto compatibili.
2. Eventuali errori materiali che si dovessero rilevare nel presente testo verranno opportunamente perfezionati in sede di Intesa.
3. In applicazione del paragrafo "Modalità gestionali" dell'accordo regionale dd. 04.04.2016, copia del presente accordo verrà trasmessa alla Direzione Centrale Salute Integrazione sociosanitaria e politiche sociali.

Trieste, 5 Giugno 2018

DIRETTORE GENERALE



LA DELEGAZIONE DI PARTE SINDACALE

R > v 
CIC 
CGILFP 
FIALS 
OIL FPL 

| COMPARTO 2017 | |
|--|---------------------|
| Fondo per la produttività collettiva e la qualità delle prestazioni individuali | ASUITS |
| Fondo storico consolidato | 2.020.985,16 |
| app.ne art. 9, c. 2 bis L.122/2010 (agg.ta L.190/2014) - decurtazione stabile a decorrere dal 01/01/2015 (valore 2014) | -67.575,39 |
| Fondo 2015 | 1.953.409,77 |
| Riconduzione fondo 2016 al limite soglia 2015 (applicazione art. 1, c. 236 L. 208 del 28/12/2015) | 0,00 |
| Riduzione fondo 2016 per riduzione forza, rispetto al 31/12/2015 (applicazione art. 1, c. 236 L.208/2015) | 0,00 |
| Totale fondo 2016 dopo riconduzione limite soglia 2015 (applicazione art.1,c.236 L.208/2015) | 1.953.409,77 |
| Riconduzione fondo 2017 al limite soglia 2016 (applicazione art. 23, c. 2, D.Lgs. 75/2017) | 0,00 |
| Totale fondo 2017 post applicazione D.Lgs.75/2017 | 1.953.409,77 |
| quota fondo trasferita all'EGAS dal 01/02/2017 (DGR 2036/2016 Nota DCS 18417/2016) | -4.404,93 |
| risorse aggiuntive regionali 2017 (DGR 1000 dd.01/06/2017) | 3.381.302,13 |
| risorse aggiuntive regionali 2017 per il piano vaccinale (DGR 1785 dd. 22/09/2017) | 30.046,00 |
| residui risorse aggiuntive regionali 2016 | 89.547,50 |
| libera professione - fondo comune 2016 | 0,00 |
| altri fondi comuni da attiv. a pagamento 2016 | 0,00 |
| Applicazione art.43 L.449/97 (Convenzioni varie) | 0,00 |
| residui 2017 - fondo art. 29 (competenze accessorie) | 0,00 |
| residui 2017 - fondo art. 31 (classificazione del personale) | 0,00 |
| FONDO 2017 PROVVISORIO | 5.449.900,47 |
| 1% monte salari (art. 30, c. 3, lett. c. CCNL 2004) | |
| quota 0,00% m.s. su consuntivo '01 Indicazioni metodologiche 2017 | 0,00 |
| FONDO 2017 PROVVISORIO con 0,00% monte salari | 5.449.900,47 |

| | |
|--|------------|
| incentivi Centro Regionale Trapianti (Del. DG n. 169 dd. 19/05/2008) | 15.816,66 |
| progetto ortodonzia autofinanziato (Del. DG N. 255 dd. 23/09/2014) | 46.577,36 |
| incentivi di cui all'art. 18 della L. 109 dd. 11/02/1994 e all'art. 11 della L.R 14 dd. 31/05/2002 | 139.566,69 |

| Riepilogo risorse impiegate per valorizzazione progetti | 2017 |
|---|-------------------|
| Budget per valorizzazione progetti (fabbisogno) | 733.677,88 |
| Budget per valorizzazione piano vaccinale (fabbisogno) | 30.033,00 |
| Totale budget complessivo per progetti | 763.710,88 |
| Risorse disponibili | |
| <i>Risorse aggiuntive regionali</i> | |
| Risorse aggiuntive regionali 2017 disponibili per contrattazione aziendale | 577.391,11 |
| Residui risorse aggiuntive regionali 2016 | 89.547,50 |
| Totale risorse aggiuntive regionali 2017 disponibili | 666.938,61 |
| Risorse aggiuntive regionali per piano vaccinale (accordo regionale 14/09/2017) | 30.046,00 |
| Produttività strategica 2017 | 66.726,27 |
| Totale risorse disponibili | 763.710,88 |
| Impieghi | |
| quota per obiettivi strategici regionali prioritari e strategici aziendali | 763.710,88 |
| Totale impieghi | 763.710,88 |

Handwritten signatures and initials are present below the table, including a large signature on the left, a signature in the center, and several other marks on the right side.

L'assemblea RSU, riunitasi in data 28 dicembre 2017, stigmatizza l'estremo ritardo con cui l'azienda ha presentato il testo dell'accordo sui progetti finanziati con le RAR 2017.

Rileviamo con rammarico che - anche quest'anno - la programmazione ha presentato enormi difficoltà nella conoscenza dei vari progetti, creando ulteriori incertezze e sconcerto tra i lavoratori interessati.

Per i lavoratori e la RSU non è ulteriormente accettabile arrivare a fine esercizio senza conoscere in tempi utili gli obiettivi da raggiungere.

La RSU in seduta odierna, con grande senso di responsabilità verso i lavoratori, firma l'accordo sui progetti 2017 pur rimanendo contrariata dalle modalità gestionali e dai ritardi di questa azienda.

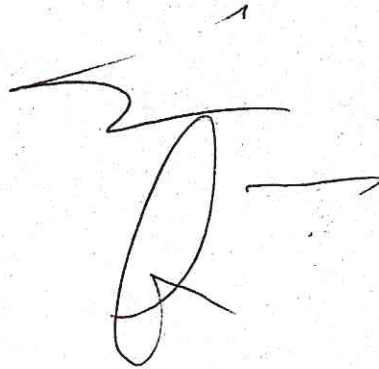
Dato positivo per la scrivente è l'accettazione da parte aziendale della richiesta sindacale di parificare il valore economico dell'orario con le quote degli accordi sui progetti precedentemente sottoscritti.

Ciò premesso questa RSU ribadisce la necessità di presentare i prossimi progetti RAR alla delegazione sindacale entro il mese di giugno 2018. In caso contrario sarà nostra cura avvisare i lavoratori che la RSU non accetterà nessun accordo se la tempistica aziendale non sarà corrispondente alla nostra proposta.

28/12/2017

LA RSU ELETTA NELL'ANNO 2018 CONFERMA A TUTTO
SOTTOSCRITTO IN DATA 28/12/2017

D/S/G/2018



| STRUTTURA | Obiettivo Strategico regionale | Contesto / motivazione | Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza) | Target /Modalità di valutazione | Tariffa | | | | Proposta orario aggiuntivo | | | | media | BUDGET PER CATEGORIA | | | | BUDGET PROGETTO | |
|--|--|---|--|---|------------------|-----|-----|----|-----------------------------|-------|-------|-------|-------------|----------------------|-----------|-----------|----------|-----------------|-----------|
| | | | | | 1875 | 188 | 512 | 58 | 37,00 | 31,00 | 27,00 | 24,00 | | | | | | | |
| | | | | | Numero personale | | | | (Complessivo per categoria) | | | | ORE/persona | | | | | Totale | |
| Area Territoriale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SO Distretto 1 | h) integrazione assistenziale h-t e sviluppo di percorsi assistenziali | Attuazione legge regionale di riforma sanitaria 17/2014 nel garantire la continuità assistenziale e potenziare i percorsi integrati e costruire reti tra ospedale e territorio | Revisione del protocollo di continuità assistenziale e dimissione protetta. Rafforzamento del percorso ad opera delle PO della SCTSA e dei coordinatori del SID e del SIA, verso i coordinatori infermieristici di reparto: 1. recepimento dei nuovi protocolli di continuità 2. definizione del modello da adottare (incontri peer to peer - a gruppi, singoli) 3. suddivisione in aree dipartimentali 4. incontri di gruppo ristretti per aree omogenee Fonte dati: - Scheda presenza - Verbali riunioni Report finale Responsabile attività: P.O Distretto Valutatori di prima Istanza: Dirigente Infermieristico | PO e i coordinatori del SID e SIA - Almeno 1 incontro per ogni area omogenea - Almeno tre incontri del gruppo ristretto - Partecipazione alla revisione del protocollo e sua applicazione | 3 | | | | | 26 | 0 | 0 | 0 | 8,6 | 954,60 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 954,60 |
| SO Distretto 1 | b) Assistenza domiciliare nell'ambito dell'assistenza primaria | Attuazione legge regionale di riforma sanitaria 17/2014 nel garantire la continuità assistenziale e potenziare i percorsi integrati e costruire reti tra ospedale e territorio c) interventi socio sanitari | A) Garantire continuità assistenziale nel territorio 7 giorni su 7, 365 giorni all'anno e potenziare i percorsi ospedale / territorio, in particolare nell'area delle medicine e chirurgie generali, della dialisi, pronto soccorso e del Burlo, in particolare per l'area materno-infantile. B) Attivare percorso di dimissione protetta da P.S. con infermiere dedicato al pronto soccorso 365 gg/*anno C) Continuità delle cure nelle persone in carico distrettuale che abbisognano di supporto infermieristico domiciliare a sostegno alle attività domiciliari del SID. Responsabile attività: coordinatori SCTSA - SCTSBADF Valutatori prima istanza: Dirigente infermieristica | Indicatori: A1) presa in carico SID entro 24 h dalla segnalazione >= l'80% A2) Valutazione delle persone segnalate in continuità assistenziale entro 72 h dalla segnalazione >= 80% A3) 100% delle coppie mamma/bambino inviate dal Burlo (come da protocollo) hanno avuto almeno un intervento ostetrico o infermieristico B) Valutazione del 100% delle persone segnalate dal Pronto Soccorso. C) Almeno 20 accessi domiciliari ad infermiere dedicato ad attività ambulatoriali Modalità di valutazione: A1) File controllo prese in carico 24 h A2) B) C) Registro / file Continuità Assistenziali, SIASI A3) dati INSIEL: bilancio di salute | 48 | | 8 | | | 413 | 0 | 69 | 0 | 8,6 | 15.273,60 | 0,00 | 1.857,60 | 0,00 | 17.131,20 |
| SO Distretto 1 | c) interventi socio sanitari | Nell'applicazione delle indicazioni della LR.17 dd 16/10/2014 migliorare le attività integrate con altri Enti/ Strutture per l'attuazione e il monitoraggio del progetto individuale del bambino/adolescente in tutti i contesti di vita. | Obiettivo: Accessi integrati con altre strutture/Enti (scuola, ricreatorio, Comune...) per i bambini/adolescenti in carico alle strutture Responsabile: Coordinatore della Struttura Semplice Tutela salute Bambini e Adolescenti Distretto 1 Valutatore di prima Istanza: Direttore di SC TSBADoF | Almeno 20 accessi a operatore integrati con altre strutture/Enti (scuola, ricreatorio, Comune...) per i bambini/adolescenti in carico alla struttura. Modalità di valutazione: dati SIASI | 4 | | | | | 34 | 0 | 0 | 0 | 8,6 | 1.272,80 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.272,80 |
| SO Distretto 1 | Interventi sociosanitari | Piani di Zona 2017: implementazione delle "Procedure comuni per i rapporti tra Servizio Sociale e le SC TSBADOF della provincia di Trieste per l'attività socio-sanitaria integrata per bambine/i e ragazze/i" nonché quelle relative all'Area Adulti con la responsabilizzazione del profilo dell'assistente sociale | Garantire per i nuovi casi complessi individuati di Minori o Adulti (segnalazioni inviate o ricevute dai Servizi sociali, con provvedimenti o meno dell'AA.GG.) quanto previsto nelle Procedure Comuni. Responsabile: Responsabile SS Consultorio Valutatore in prima istanza: Direttore SC | Assistenti Sociali del Consultorio Familiare di Distretto Indicatori: L' 80% dei casi individuati seguono le Procedure Comuni garantendo la discussione in équipe multiprofessionale e l'individuazione dell'operatore referente. Fonte dati: Registro casi nella struttura Cartella personale utenza Verbali di équipe/UVM | 2 | | | | | 17 | 0 | 0 | 0 | 8,6 | 636,40 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 636,40 |
| SO Distretto 1 | Processi di riorganizzazione | Mantenimento della qualità e quantità dei servizi resi, a seguito dell'unificazione di ex AAS 1 e AOUTS. Riorganizzazione del lavoro a fine di adeguarlo ai nuovi regolamenti aziendali ed alle nuove modalità di utilizzo dei sistemi informatici | Garantire la corretta attuazione dei nuovi regolamenti e delle direttive mediante incontri specifici Responsabili attività: PO Amministrativa di Distretto Valutatore prima istanza: Direttore di Distretto | Personale amministrativo di distretto Indicatori: 3 incontri sulle specifiche procedure Produzione e applicazione di un documento che sintetizzi le procedure fornendo indicazioni Fonte dati: verbali delle riunioni documento/procedura | 2 | 3 | | | | 17 | 26 | 0 | 0 | 8,6 | 636,40 | 799,80 | 0,00 | 0,00 | 1.436,20 |
| SO Distretto 1 - Personale di Riabilitazione Adulti e Minori | Percorsi di Riabilitazione | Nell'applicazione delle indicazioni della LR.17 dd 16/10/2014 migliorare la continuità assistenziale riabilitativa e la presa in carico delle persone a domicilio | Obiettivo: Presa in carico a domicilio delle persone valutate in continuità assistenziale/riabilitativa (protocollo di continuità riabilitativa) in Ospedale e nelle strutture private accreditate Responsabile: Coordinatore SS Dipartimentale Distrettuale Distretto 1 Valutatore di prima Istanza: Direttore Distretto | Almeno l'80% delle persone valutate e segnalate sono state prese in carico a domicilio entro 5 giorni lavorativi dalla dimissione Modalità di valutazione: fonte dati SIASI (data di dimissione/ data di presa in carico) | 11 | | | | | 95 | 0 | 0 | 0 | 8,6 | 3.500,20 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 3.500,20 |
| SO Distretto 2 | 1.h) integrazione assistenziale h-t e sviluppo di percorsi assistenziali | Attuazione legge regionale di riforma sanitaria 17/2014 nel garantire la continuità assistenziale e potenziare i percorsi integrati e costruire reti tra ospedale e territorio | Revisione del protocollo di continuità assistenziale e dimissione protetta. Rafforzamento del percorso ad opera della PO del Distretto e dei coordinatori del SID e del SIA, verso i coordinatori infermieristici di reparto: 1. recepimento del nuovo protocollo di continuità 2. definizione del modello da adottare (incontri peer to peer, a gruppi, singoli) 3. suddivisione in aree dipartimentali 4. incontri di gruppi ristretti per aree omogenee Fonte dati: - Scheda presenza - Verbali riunioni Report finale Responsabile attività: P.O. Distretto Valutatore di prima Istanza: Dirigente Infermieristico | PO e i coordinatori del SID e SIA - Almeno 1 incontro per ogni area omogenea - Almeno tre incontri del gruppo ristretto - Partecipazione alla revisione del protocollo e sua applicazione | 3 | | | | | 26 | 0 | 0 | 0 | 8,6 | 954,60 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 954,60 |
| | | | | | 1875 | 188 | 512 | 58 | 37,00 | 31,00 | 27,00 | 24,00 | 21249 | 563.214,00 | 67.156,54 | 95.828,94 | 7.478,40 | 733.677,88 | |

| STRUTTURA | Obiettivo Strategico regionale | Contesto / motivazione | Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza) | Target /Modalità di valutazione | Numero personale | | | | Proposta orario aggiuntivo | | | | media | BUDGET PER CATEGORIA | | | | BUDGET PROGETTO | |
|----------------|---|---|--|---|------------------|---|------|---|-----------------------------|-----|------|----|-------------|----------------------|-----------|----------|--------|-----------------|-----------|
| | | | | | D-DS | C | B-BS | A | (Complessivo per categoria) | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | D-DS | C | B-BS | A | ORE/persona | D-DS | C | B-BS | A | Totale | |
| SO Distretto 2 | 2.b) Assistenza domiciliare nell'ambito dell'assistenza primaria | Attuazione legge regionale di riforma sanitaria 17/2014 nel garantire la continuità assistenziale e potenziare i percorsi integrati e costruire reti tra ospedale e territorio c) interventi socio sanitari | A) Garantire continuità assistenziale nel territorio 7 giorni su 7, 365 giorni All'anno e potenziare i percorsi ospedale / territorio, in particolare nell'area della medicina e chirurgie generali, della dialisi, pronto soccorso e del Burlo, in particolare per l'area materno-infantile. B) Attivare percorso di dimissione protetta da P.S. con infermiere dedicato al pronto soccorso 365 gg/*anno C) Continuità delle cure nelle persone in carico che abbisognano anche di supporto infermieristico domiciliare a sostegno alle attività domiciliari del SID. Responsabile attività : coordinatori SCTSAA - SCTSBADF Responsabili attività: coordinatori delle strutture Valutatore di prima Istanza: Dirigente Infermieristico | A1) presa in carico SID entro 24 h dalla segnalazione >= l'80% A2) Valutazione delle persone segnalate in continuità assistenziale entro 72 h dalla segnalazione >= 80% A3) 100% delle mamme e dei bambini arrivate all'accogliimento sui invio del Burlo (come da protocollo) hanno avuto almeno un intervento B) Valutazioni del 100% delle persone segnalate dal Pronto Soccorso. C) Almeno 20 accessi domiciliari a infermiere dedicato ad attività ambulatoriali nel periodo Fonte dati: A1) File controllo prese in carico 24 h A2) B) C) Registro / file Continuità Assistenziali SIASI A3) dati INSIEL: bilancio di salute | 59 | | 4 | | | 507 | 0 | 34 | 0 | 8,6 | 18.773,80 | 0,00 | 928,80 | 0,00 | 19.702,60 |
| SO Distretto 2 | 6. Processi di riorganizzazione | Mantenimento della qualità e quantità dei servizi resi, a seguito dell'unificazione di ex AAS 1 e ADUTS. Riorganizzazione del lavoro a fine di adeguarlo ai nuovi regolamenti aziendali ed alle nuove modalità di utilizzo dei sistemi informatici | Garantire la corretta attuazione dei nuovi regolamenti e delle direttive mediante incontri specifici Responsabili attività: PO Amministrativa di Distretto Valutatore prima istanza: Direttore di Distretto | Personale amministrativo di distretto Indicatori: 3 incontri sulle specifiche procedure Produzione e applicazione di un documento che sintetizzi le procedure fornendo indicazioni Fonte dati: verbali delle riunioni documento/procedura | 2 | 4 | 1 | | | 17 | 34 | 9 | 0 | 8,6 | 636,40 | 1.066,40 | 232,20 | 0,00 | 1.935,00 |
| SO Distretto 2 | 7. Interventi socio sanitari | Nell'applicazione delle indicazioni della LR.17 dd 16/10/2014 migliorare le attività integrate con altri Enti/ Strutture per l'attuazione e il monitoraggio del progetto individuale del bambino/adolescente in tutti i contesti di vita | Accessi integrati con altre strutture/Enti (scuola, ricreatorio, Comune...) per i bambini/adolescenti in carico alle strutture Responsabile attività: Coordinatore della Struttura Semplice Tutela salute Bambini e Adolescenti anche di lingua slovena Valutatore in prima istanza: | Personale di Riabilitazione della Struttura Semplice Tutela salute Bambini e Adolescenti anche di lingua slovena Indicatori: Almeno 20 accessi integrati a operatore con altre strutture/Enti Fonte dati: dati SIASI | 7 | | | | | 60 | 0 | 0 | 0 | 8,6 | 2.227,40 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2.227,40 |
| SO Distretto 2 | 8. Percorsi di Riabilitazione | Nell'applicazione delle indicazioni della LR.17 dd 16/10/2014 migliorare la continuità assistenziale riabilitativa e la presa in carico delle persone a domicilio | Presenza in carico a domicilio delle persone valutate in continuità assistenziale/riabilitativa (protocollo di continuità riabilitativa) in Ospedale e nelle strutture private accreditate Responsabile Attività: Coordinatore SS Dipartimentale Distrettuale Distretto 2 Valutatore in prima istanza: Direttore Distretto | Personale di Riabilitazione della Struttura Semplice Dipartimentale di Riabilitazione del Distretto Indicatori: Almeno l'80% delle persone valutate e segnalate sono state prese in carico a domicilio entro 5 giorni lavorativi dalla dimissione Fonte dati: dati SIASI (data di dimissione/ data di presa in carico) | 10 | | | | | 86 | 0 | 0 | 0 | 8,6 | 3.182,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 3.182,00 |
| SO Distretto 2 | 9. Percorsi di Riabilitazione | Nell'applicazione delle indicazioni della LR.17 dd 16/10/2014 migliorare la continuità assistenziale riabilitativa e la presa in carico delle persone a domicilio. | Obiettivo: Effettuare degli accessi domiciliari delle persone valutate in continuità assistenziale/riabilitativa dalla RSA San Giusto verso il domicilio, al fine di favorire i processi di fornitura ausili, educazione caregiver e valutazione fisioterapia. Responsabile: Coordinatore attività Riabilitative RSA S.Giusto - Gilberto Cherri Valutatore in prima istanza: | Almeno 30 accessi domiciliari per continuità assistenziale/riabilitativa da RSA San Giusto verso domicilio. Modalità di valutazione: fonte dati SIASI. | 3 | | | | | 26 | 0 | 0 | 0 | 8,6 | 954,60 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 954,60 |
| SO Distretto 2 | 10. Interventi sociosanitari | Piani di Zona 2017: implementazione delle "Procedure comuni per i rapporti tra Servizio Sociale e le SC TSBADOF della provincia di Trieste per l'attività socio-sanitaria integrata per bambine/i e ragazze/i" nonché quelle relative all'Area Adulti con la responsabilizzazione del profilo dell'assistente sociale | Garantire per i nuovi casi complessi individuati di Minori o Adulti (segnalazioni inviate o ricevute dai Servizi sociali, con provvedimenti o meno dell'AA.GG.) quanto previsto nelle Procedure Comuni. Valutatore in prima istanza: Responsabile del Consultorio | Assistenti Sociali del Consultorio Familiare di Distretto Indicatori: L' 80% dei casi individuati seguono le Procedure Comuni garantendo la discussione in équipe multiprofessionale e l'individuazione dell'operatore referente. Fonte dati: Registro casi nella struttura Cartella personale utenza Verbali di équipe/UVM | 1 | | | | | 9 | 0 | 0 | 0 | 8,6 | 318,20 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 318,20 |
| SO Distretto 3 | h) integrazione assistenziale h-t e sviluppo di percorsi assistenza | Attuazione legge regionale di riforma sanitaria 17/2014 nel garantire la continuità assistenziale e potenziare i percorsi integrati e costruire reti tra ospedale e territorio | Revisione del protocollo di continuità assistenziale e dimissione protetta. Rafforzamento del percorso ad opera delle PO della SCTSAA e dei coordinatori del SID e del SIA, verso i coordinatori infermieristici di reparto: 1. recepimento dei nuovi protocolli di continuità 2. definizione del modello da adottare (incontri peer to peer -a gruppi, singoli)- n. incontri 3. suddivisione in aree dipartimentali 4. incontri di gruppi ristretti per aree omogenee Responsabile attività: P.O Distretto prima Istanza: Resp. SSD Serv Inf. | PO e i coordinatori del SID e SIA - Almeno 1 incontro per ogni area omogenea - Almeno tre incontri del gruppo ristretto - Partecipazione alla revisione del protocollo e sua applicazione Fonte dati: - Scheda presenza - Verbali riunioni Report finale | 3 | | | | | 26 | 0 | 0 | 0 | 8,6 | 954,60 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 954,60 |

| STRUTTURA | Obiettivo Strategico regionale | Contesto / motivazione | Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I Istanza) | Target /Modalità di valutazione | Numero personale | | | | Proposta orario aggiuntivo | | | | media | BUDGET PER CATEGORIA | | | | BUDGET PROGETTO |
|----------------------|---|--|---|--|------------------|---|------|---|-----------------------------|---|------|---|-------------|----------------------|--------|----------|------|-----------------|
| | | | | | D-DS | C | B-BS | A | (Complessivo per categoria) | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | D-DS | C | B-BS | A | ORE/persona | D-DS | C | B-BS | A | Totale |
| SO Distretto 3 | b) Assistenza domiciliare nell'ambito dell'assistenza primaria | Attuazione legge regionale di riforma sanitaria 17/2014 nel garantire la continuità assistenziale e potenziare i percorsi integrati e costruire reti tra ospedale e territorio c) interventi socio sanitari | A) Garantire continuità assistenziale nel territorio 7 giorni su 7, 365 giorni all'anno e potenziare i percorsi ospedale / territorio, in particolare nell'area delle medicine e chirurgie generali, della dialisi, pronto soccorso e del Burlo, in particolare per l'area materno-infantile. B) Attivare percorso di dimissione protetta da P.S. con infermiere dedicato al pronto soccorso 365 gg/*anno C) Continuità delle cure nelle persone in carico che abbisognano anche di supporto infermieristico domiciliare a sostegno alle attività domiciliari del SID. Responsabile attività : coordinatori SCTSAA - SCTSBAF Valutatori di prima Istanza: Resp. SSD Serv Inf. | Indicatori: A1) presa in carico SID entro 24 h dalla segnalazione >= l'80% A2) Valutazione delle persone segnalate in continuità assistenziale entro 72 h dalla segnalazione >= 80% A3) 100% delle mamme e dei bambini arrivate all'accoglimento su invio del Burlo (come da protocollo) hanno avuto almeno un intervento B) Valutazioni del 100% delle persone segnalate dal Pronto Soccorso. C) Almeno 20 accessi domiciliari a infermiere dedicato ad attività ambulatoriali nel periodo Modalità di valutazione: A1) File controllo prese in carico 24 h A2) B) C) Registro / file Continuità Assistenziali SIASI A3) dati INSIEL: bilancio di salute | 55 | | 10 | | 473 | 0 | 86 | 0 | 8,6 | 17.501,00 | 0,00 | 2.322,00 | 0,00 | 19.823,00 |
| SO Distretto 3 | e) qualità delle cure c) interventi socio-sanitari | Garantire l'apertura notturna del Centro Sanitario di Muggia per il Presidio Medico avanzato durante il periodo del Carnevale Muggesano in collaborazione con il Sistema 118 e il DdD | Obiettivo: evitare accessi impropri in pronto soccorso di persone con problemi legati all'abuso di sostanze alcoliche Responsabile attività: P.O. Distretto Valutatori di prima Istanza: Resp. SSD Serv Inf. | Indicatore: Gestione in Centro Sanitario di tutte le persone che si presentano per richiesta di cure o inviate/accompagnate dagli altri servizi coinvolti nel progetto Modalità di valutazione: Relazione del Responsabile progettuale con evidenza dei dati (ogni caso trattato /registro interno dedicato per gli interventi sanitari) | 4 | | 3 | | 34 | 0 | 26 | 0 | 8,6 | 1.272,80 | 0,00 | 696,60 | 0,00 | 1.969,40 |
| SO Distretto 3 | c) interventi socio sanitari | Nell'applicazione delle indicazioni della LR.17 dd 16/10/2014 migliorare le attività integrate con altri Enti/ Strutture per l'attuazione e il monitoraggio del progetto individuale del bambino/adolescente in tutti i contesti di vita | Obiettivo: Accessi integrati con altre strutture/Enti (scuola, ricreatorio, Comune...) per i bambini/adolescenti in carico alle strutture Responsabile: Coordinatore della Struttura Semplice Tutela salute Bambini e Adolescenti Distretto 3 Valutatore di prima Istanza: Resp. SC BADOE | Indicatori: Almeno 20 accessi a professionista integrati con altre strutture/Enti (scuola, ricreatorio, Comune...) per i bambini/adolescenti in carico alla struttura. Modalità di valutazione: dati SIASI | 5 | | | | 43 | 0 | 0 | 0 | 8,6 | 1.591,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.591,00 |
| SO Distretto 3 | Processi di riorganizzazione. | Mantenimento dei livelli dei servizi, a seguito dell'unificazione di ex AAS 1 e AOUTS, riorganizzazione del lavoro al fine di adeguarlo ai nuovi regolamenti aziendali ed alle nuove modalità di utilizzo dei sistemi informatici | Obiettivo: - garantire la corretta attuazione dei nuovi regolamenti e delle direttive mediante: - 3 incontri sulle specifiche procedure - Produzione e applicazione di un documento che sintetizzi le procedure fornendo indicazioni Responsabile dell'attività: P.O. Attività amministrativa Loriana Vigni Valutatore prima istanza: dott.a Ofelia Altomare | - presenza dei verbali delle riunioni sottoscritti da tutti i presenti - presenza del documento/procedura | 3 | 1 | | | 26 | 9 | 0 | 0 | 8,6 | 954,60 | 266,60 | 0,00 | 0,00 | 1.221,20 |
| SO Distretto 3 | h) integrazione assistenziale h-t e sviluppo di percorsi assistenza | Nell'applicazione delle indicazioni della LR.17 dd 16/10/2014 migliorare la continuità assistenziale riabilitativa e la presa in carico delle persone a domicilio | Obiettivo: Presa in carico a domicilio delle persone valutate in continuità assistenziale/riabilitativa (protocollo di continuità riabilitativa) in Ospedale e nelle strutture private accreditate Responsabile: Coordinatore SSDipartimentale Distrettuale Distretto 3 Valutatore in prima istanza: Direttore Distretto | Indicatori: -Almeno l'80% delle persone valutate e segnalate sono state prese in carico a domicilio entro 5 giorni lavorativi dalla dimissione -Modalità di valutazione: fonte dati SIASI (data di dimissione/ data di presa in carico) | 8 | | | | 69 | 0 | 0 | 0 | 8,6 | 2.545,60 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2.545,60 |
| SO Distretto 4 | h) Integrazione ospedale / territorio e sviluppo percorsi assistenziali | Attuazione legge regionale di riforma sanitaria 17/2014 nel garantire la continuità assistenziale e potenziare i percorsi integrati e costruire reti tra ospedale e territorio | Revisione del protocollo di continuità assistenziale e dimissione protetta. Rafforzamento del percorso ad opera delle PO della SCTSAA e dei coordinatori del SID e del SIA verso i coordinatori infermieristici di reparto: 1. recepimento dei nuovi protocolli di continuità assistenziale. 2. definizione del modello da adottare (incontri peer to peer -a gruppi, singoli-; n. incontri) 3. suddivisione in aree dipartimentali 4. incontri di gruppi ristretti per aree omogenee Responsabile attività : Posizione Organizzativa Valutatori prima istanza : Dirigente Infermieristico | PO e i coordinatori del SID e SIA - Almeno 1 incontro per ogni area omogenea -Almeno tre incontri del gruppo ristretto - Partecipazione alla revisione del protocollo e sua applicazione Fonte dati: - Scheda presenza - Verbali riunioni Report finale | 3 | | | | 26 | 0 | 0 | 0 | 8,6 | 954,60 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 954,60 |
| SO Distretto 4 - SID | b) Assistenza domiciliare nell'ambito dell'assistenza primaria c) interventi socio-sanitari | Attuazione legge regionale di riforma sanitaria 17/2014 nel garantire la continuità assistenziale e potenziare i percorsi integrati e costruire reti tra ospedale e territorio | Obiettivo: A) Garantire continuità assistenziale nel territorio 7 giorni su 7, 365 giorni all'anno e potenziare i percorsi ospedale / territorio, in particolare nell'area delle medicine e chirurgie generali, della dialisi, pronto soccorso e del Burlo, in particolare per l'area materno-infantile. B) Mantenere attivo il percorso di presa in carico con l'infermiere dedicato al pronto soccorso C) Continuità delle cure nelle persone in carico che abbisognano anche di supporto infermieristico domiciliare a sostegno alle attività domiciliari del SID. D) Valutazioni congiunte con il Servizio Sociale Comunale Responsabile attività : coordinatori SCTSAA - SCTSBAF Valutatori prima istanza : dirigente infermieristico | Indicatori: A1) presa in carico SID entro 24 h dalla segnalazione >= l'80% A2) Valutazione delle persone segnalate in continuità assistenziale entro 72 h dalla segnalazione >= 80% A3) 100% delle mamme e dei bambini arrivati all'accoglimento su invio del Burlo (da protocollo) hanno avuto almeno 1 intervento B) Valutazioni del 100% delle persone segnalate dal Pronto Soccorso. C) Almeno 20 accessi domiciliari a infermiere dedicato ad attività ambulatoriali nel periodo D) Almeno 100 accessi congiunti con SSC Modalità di valutazione: A1) File controllo prese in carico 24 h A2) B) C) A3) report interno Registro / file Continuità Assistenziali SIASI | 64 | | 11 | | 550 | 0 | 95 | 0 | 8,6 | 20.364,80 | 0,00 | 2.554,20 | 0,00 | 22.919,00 |
| SO Distretto 4 - SID | Punto a) Processi di riorganizzazione. (turn over) Punto e) qualità delle cure | Attuazione legge regionale di riforma sanitaria 17/2014 nel garantire la continuità assistenziale e potenziare i percorsi integrati e costruire reti tra ospedale e territorio | Obiettivi: a) Garantire l'attività del CAP nella sede decentrata di Via Pietà con la rotazione di tutto il personale infermieristico del SIA e la collaborazione del personale OSS (non acquisite le risorse necessarie e malattia long term) b) Garantire accesso alle prestazioni ambulatoriali con programmazione congiunta di tutta la SS Cura Ambulatoriali e Domiciliari d4 Responsabile Coordinatori Infermieristici SSCAD Resp/valutatori di prima: Dirigente inf | a) Tutto il personale infermieristico del SIA presta servizio anche al CAP della sede decentrata di Via Pietà per garantire l'attività dello stesso b) Valutazione nel 100% dei casi programmati nella SSCAD Fonte: Turnistica SIA / registro / file interno | 7 | | 1 | | 60 | 0 | 9 | 0 | 8,6 | 2.227,40 | 0,00 | 232,20 | 0,00 | 2.459,60 |

| STRUTTURA | Obiettivo Strategico regionale | Contesto / motivazione | Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza) | Target /Modalità di valutazione | Numero personale | | | | Proposta orario aggiuntivo | | | | media | BUDGET PER CATEGORIA | | | | BUDGET PROGETTO |
|---|--|---|--|--|------------------|---|------|---|-----------------------------|----|------|---|-------------|----------------------|----------|----------|--------|-----------------|
| | | | | | D-DS | C | B-BS | A | (Complessivo per categoria) | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | D-DS | C | B-BS | A | ORE/persona | D-DS | C | B-BS | A | Totale |
| SO Distretto 4 - SID | Punto b) Assistenza Domiciliare nell'ambito dell'assistenza primaria | Attuazione legge regionale di riforma sanitaria 17/2014 nel garantire la continuità assistenziale e potenziare i percorsi integrati e costruire reti tra ospedale e territorio | Accessi integrati con altre strutture /Enti (scuola, ricreatorio, Comune..) per i bambini adolescenti in carico alle strutture Responsabile attività : coordinatore SID Valutatore prima istanza : Dirigente infermieristico | Indicatori: Almeno 20 accessi a operatore integrati con altre strutture /Enti (scuola, ricreatorio, Comune..) per i bambini adolescenti in carico alle strutture Modalità di valutazione : dati SIASI Report accessi | 5 | | | | 43 | 0 | 0 | 0 | 8,6 | 1.591,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.591,00 |
| SO Distretto 4 - ass.soc. Fulvia Rossi | Interventi socio-sanitari h) Integrazione ospedale / territorio e sviluppo percorsi assistenziali | Attuazione legge regionale di riforma sanitaria 17/2014 nel garantire la continuità assistenziale e potenziare i percorsi integrati e costruire reti tra ospedale e territorio | Obiettivo : 1)Esaminare ed aggiornare la situazione familiare, sociale e ambientale delle persone sottoposte a trattamento sostitutivo di Dialisi Peritoneale . 2) Intervenire dove si presentino problematiche che ostacolino la possibilità di permanenza al proprio domicilio Responsabile:Responsabile SS Anziani e Residenze Valutatore prima istanza Direttore di DDistretto | Assistente Sociale Fulvia Rossi Referente Assistenza Dializzati e Trapiantati ASUITS 1)Almeno 20 accessi domiciliari 2) Attivazione percorsi e servizi coerenti a risolvere le problematiche rilevate (SSC, Associazioni, Servizi Distrettuali, Ater etc) | 1 | | | | 9 | 0 | 0 | 0 | 8,6 | 318,20 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 318,20 |
| SO Distretto 4 - riabilitazione | Percorsi di Riabilitazione | Nell'applicazione delle indicazioni della LR.17 dd 16/10/2014 migliorare la continuità assistenziale riabilitativa e la presa in carico delle persone a domicilio | Obiettivo: Presa in carico a domicilio delle persone valutate in continuità assistenziale/riabilitativa (protocollo di continuità riabilitativo) in Ospedale e nelle strutture private accreditate Responsabile: Coordinatore SSDipartimentale Distretto 4 Valutatore di I istanza Direttore di Distretto | Indicatori: Almeno l'80% delle persone valutate e segnalate sono state prese in carico a domicilio entro 5 giorni lavorativi dalla dimissione Modalità di valutazione: fonte dati SIASI (data di dimissione/ data di presa in carico) | 11 | | | | 95 | 0 | 0 | 0 | 8,6 | 3.500,20 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 3.500,20 |
| SO Distretto 4 - consultorio familiare - assistenti sociali | c) Interventi sociosanitari | Piani di Zona 2017: implementazione delle "Procedure comuni per i rapporti tra Servizio Sociale e le SC TSBADOF della provincia di Trieste per l'attività socio-sanitaria integrata per bambine/i e ragazze/i" nonché quelle relative all'Area Adulti con la responsabilizzazione del profilo dell'assistente sociale | Garantire per i nuovi casi complessi individuati di Minori o Adulti (segnalazioni inviate o ricevute dai Servizi sociali, con provvedimenti o meno dell'AA.GG.) quanto previsto nelle Procedure Comuni. REsponsabile: Coord. Annarosa Orel Valutatore di I istanza: Direttore SC BADOF | L' 80% dei casi individuati seguono le Procedure Comuni garantendo la discussione in équipe multiprofessionale e l'individuazione dell'operatore referente. Modalità di valutazione: Registro casi nella struttura Cartella personale utenza Verbali di équipe/UVM | 2 | | | | 17 | 0 | 0 | 0 | 8,6 | 636,40 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 636,40 |
| SO Distretto 4 | Processi di riorganizzazione | Mantenimento della qualità e quantità dei servizi resi, a seguito dell'unificazione di ex AAS 1 e AOUPS. Riorganizzazione del lavoro a fine di adeguarlo ai nuovi regolamenti aziendali ed alle nuove modalità di utilizzo dei sistemi informatici | Obiettivo: - garantire la corretta attuazione dei nuovi regolamenti e delle direttive mediante: - 3 incontri sulle specifiche procedure - Produzione e applicazione di un documento che sintetizzi le procedure fornendo indicazioni Responsabile REsponsabile amministrativo | - presenza dei verbali delle riunioni sottoscritti da tutti i presenti - presenza del documento/procedura | 4 | 2 | 3 | | 34 | 17 | 26 | 0 | 8,6 | 1.272,80 | 533,20 | 696,60 | 0,00 | 2.502,60 |
| SS centro diabetologico | e) Qualità delle cure | Attuazione Delibera Regionale n.303 24 febbraio 2017 avente per oggetto: " linee di indirizzo regionali sulle modalità di prescrizione e gestione del monitoraggio in continuo della glicemia nei pazienti diabetici". | Ampliare l'offerta di cura nei servizi diabetologici garantendo un'educazione specifica all'utenza sui nuovi sistemi di Flash Glucose Monitoring Responsabile attività: Nevia Daris Valutatore prima istanza: Riccardo Candido | Indicatori: 1. Almeno 70 assistiti sono stati educati all'uso del dispositivo di Flash Glucose Monitoring dal 1 gennaio al 31 dicembre 2017 2.Registrazione dati su file excell delle applicazioni e della contestuale educazione al self care ,svolta in relazione all'obiettivo, per ciascun operatore Infermieri = self care applicazione dispositivo dietiste = educazione alimentare su casi specifici di utenti utilizzatori dell'opzione calcolatore di bolo 3.Creazione opuscolo informativo di guida per l'utente Modalità di valutazione: 1. + 2. File excel comprovante consegna prodotto e self care avvenuto 3. Presenza opuscolo informativo per l'utente | 11 | | | | 95 | 0 | 0 | 0 | 8,6 | 3.500,20 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 3.500,20 |
| SO Dipartimento di Salute Mentale | a) Processi di riorganizzazione | Riorganizzazione gestionale realizzata a seguito della diminuzione di 2 unità di personale amministrativo e dell'avvio della nuova gara per i BldS. | Obiettivo: Redistribuire i carichi di lavoro di tipo amministrativo Responsabile: Paola Cecchini Valutatore di 1° istanza Roberto Mezzina | Indicatore: Evidenza della redistribuzione dei carichi di lavoro nel personale amministrativo in servizio presso la Direzione del DSM al 31 dicembre 2017 Modalità di valutazione Relazione illustrativa delle modalità di distribuzione delle attività. | 1 | 2 | 1 | | 9 | 17 | 9 | 0 | 8,6 | 318,20 | 533,20 | 232,20 | 0,00 | 1.083,60 |
| SO Dipartimento di Salute Mentale | e) Qualità delle cure | Riorganizzazione gestionale del lavoro territoriale in sotto équipe per la garanzia della continuità assistenziale delle persone ad alta, media, bassa intensità assistenziale | Obiettivo: Garantire l'implementazione del lavoro in sotto équipe nei 4 CSM 24 ore. Responsabile: Daniela Speh Valutatore di 1° istanza Roberto Mezzina | Indicatori: Relazione illustrativa dell'attività svolta con il calendario delle riunioni in sotto équipe e l'elenco delle persone entrate nei gruppi di continuità monitorata. Modalità di valutazione: Analisi dell'attività in sotto équipe a cura della Direzione del DSM | 16 | | | | 138 | 0 | 0 | 0 | 8,6 | 5.091,20 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 5.091,20 |
| SO Dipartimento di Salute Mentale | e) Qualità delle cure | Riorganizzazione gestionale della gestione dell'habitat nei servizi di salute mentale territoriali | Obiettivo: Redistribuire i carichi di lavoro relativi alla gestione dell'habitat Responsabile: Roberta Accardo Valutatore di 1° istanza Mezzina Roberto | Indicatore: Evidenza della redistribuzione dei carichi di lavoro connessi alla gestione dell'habitat nei servizi di salute mentale territoriali al 31 dicembre 2017. Modalità di valutazione Relazione illustrativa delle attività svolte. | 1 | | | | 9 | 0 | 0 | 0 | 8,6 | 318,20 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 318,20 |
| SO Dipartimento di Salute Mentale | e) Qualità delle cure | Miglioramento della qualità dell'intervento nelle situazioni critiche di accoglienza nel SPDC e/o nel CSM 24 ore. | Obiettivo: Miglioramento della qualità delle cure e della presa in carico nelle situazioni di crisi che hanno la necessità di sostegno anche a domicilio ad elevata intensità fino al superamento della crisi. Personale coinvolto: Personale del DSM, con rapporto di lavoro a tempo pieno indeterminato. Responsabile: Roberto Mezzina Valutatore di 1° istanza | Indicatore: n. persone prese in carico dall'équipe di crisi. Almeno 2 contatti con le persone così individuate da parte del personale coinvolto. Evidenza analisi a cura della Direzione DSM | 8 | | 1 | | 69 | 0 | 9 | 0 | 8,6 | 2.545,60 | 0,00 | 232,20 | 0,00 | 2.777,80 |
| SO Dipartimento di Salute Mentale | e) Qualità delle cure | Miglioramento della qualità delle cure e della presa in carico nelle situazioni che presentano criticità nella continuità terapeutica. | Obiettivo: Miglioramento della qualità delle cure e della presa in carico nelle situazioni che presentano criticità nella continuità terapeutica e che hanno la necessità di continuità assistenziale e di monitoraggio nei luoghi di vita. Personale coinvolto: Personale del DSM, con rapporto di lavoro a tempo pieno indeterminato o determinato e non turnista sulle 24 ore. Responsabile: Roberto Mezzina Valutatore di 1° istanza Direttore DAT | Indicatore: Persone con inquadramento diagnostico F20-29, età under 64 e/o con un TSO negli ultimi 5 anni o con un TSV protratto (> 60 gg.) in contatto con i CSM solo nel 2014 e/o nel 2015 e non nel 2016 segnalate ai CSM, al SAR ed al SPDC per la rivalutazione e l'eventuale ripresa in carico. Almeno 2 contatti per le persone così individuate da parte del personale coinvolto. Evidenza analisi a cura della Direzione DSM | 41 | 6 | 10 | 1 | 353 | 52 | 86 | 9 | 8,6 | 13.046,20 | 1.599,60 | 2.322,00 | 206,40 | 17.174,20 |

| STRUTTURA | Obiettivo Strategico regionale | Contesto / motivazione | Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza) | Target /Modalità di valutazione | Numero personale | | | | Proposta orario aggiuntivo | | | | media | BUDGET PER CATEGORIA | | | | BUDGET PROGETTO |
|----------------------------------|--|--|--|---|------------------|---|------|---|-----------------------------|----|------|---|-------------|----------------------|----------|----------|------|-----------------|
| | | | | | D-DS | C | B-BS | A | (Complessivo per categoria) | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | D-DS | C | B-BS | A | ORE/persona | D-DS | C | B-BS | A | Totale |
| SO Dipartimento delle Dipendenze | Aziendale | Realizzazione Progetto "Overnight" anno 2017 | Garantire la presenza di almeno 1 infermiere nei luoghi di divertimento e di aggregazione secondo la programmazione del progetto, concordata con i partners istituzionali. Responsabili: Micaela Pinter e Sabine Del Gaiso Valutatore di 1° istanza | Indicatori: Assicurare la presenza infermieristica in almeno 30 uscite progettuali. Modalità di valutazione: sistema informatico di presenza/assenza WINRAP | 5 | | | | 155 | 0 | 0 | 0 | 31,0 | 5.727,60 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 5.727,60 |
| SO Dipartimento delle Dipendenze | Aziendale | Consolidamento dell'attività dei due ambulatori per la gestione dei percorsi accertativi di tipo medico-legale presso SCDSI e SCDSL, aperti due pomeriggi a settimana | Garantire le attività accertative di tipo medico-legale attribuite ex lege al DDD (es. idoneità alla guida, secondo livello lavoratori, programmi Prefettura, adozioni) Responsabile: Micaela Pinter e Sabine Del Gaiso Valutatore di 1° istanza | Indicatori: assicurare 104 turni di presenza dalle ore 15.00 alle 17.00 presso il polo SCDSL (1 unità per turno) e 104 turni di presenza dalle ore 16.00 alle ore 19.00 presso il polo SCDSI (2 unità per turno) | 26 | 3 | 2 | 0 | 671 | 77 | 52 | 0 | 25,8 | 24.819,60 | 2.399,40 | 1.393,20 | 0,00 | 28.612,20 |
| SO Dipartimento delle Dipendenze | Obiettivo regionale e) "qualità delle cure" | Sviluppo di percorsi terapeutico-riabilitativi dedicati a donne con dipendenza da alcol. | Garantire la presenza infermieristica nell'équipe multiprofessionale impegnata nella realizzazione delle attività terapeutico-riabilitative "di genere" di tipo individuale e di gruppo. Responsabile: Sabine Del Gaiso Valutatore di 1° istanza | Indicatori: assicurare la presenza in turno di almeno 1 unità dalle 15.00 alle 18.30 nelle giornate di lunedì e giovedì presso il Centro di promozione della salute di Androna degli Orti. Modalità di valutazione: sistema informatico di presenza/assenza WINRAP | 9 | 2 | 1 | | 116 | 26 | 13 | 0 | 12,9 | 4.295,70 | 799,80 | 348,30 | 0,00 | 5.443,80 |
| SO Dipartimento delle Dipendenze | Obiettivo regionale c) "interventi socio-sanitari" | Realizzazione di percorsi personalizzati e di rete volti al reinserimento sociale ed all'esercizio del diritto di accesso alla casa | Garantire al target di utenti più svantaggiati e meno autonomi attività di informazione, supervisione, affiancamento ed accompagnamento agli uffici esterni (Patronato, Servizi sociali) per l'espletamento delle pratiche relative al bando ATER ed al censimento ATER Responsabile: Michela Brizzi Valutatore di 1° istanza | Indicatori: assicurare che almeno 80 utenti svantaggiati consegnino all'ATER/Patronato la domanda di alloggio e la documentazione prevista per il censimento Modalità di valutazione: piattaforma informatica MFPS | 7 | | | | 90 | 0 | 0 | 0 | 12,9 | 3.341,10 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 3.341,10 |
| SO Dipartimento di Prevenzione | Prevenzione (con attenzione alle linee di gestione del SSR 2017) | Emergenza disinfestazione zanzara tigre e Zika virus. Obiettivi sovraaziendali: Decreto del DG 493 d.d. 26.07.2017 | Descrizione Organizzazione di eventi formativi Conferenze pubbliche Interventi di disinfestazione sul territorio regionale su segnalati dai servizi profilassi dei Dipartimenti di Prevenzione in caso di arbovirus, secondo il "Piano di sorveglianza dei casi umani di arbovirus trasmessi da zanzare (Aedes sp.) con particolare riferimento ai virus Chikungunya, Dengue e Zika 2017". Responsabile attività Riccardo Tominz Valutatore di I istanza Valentino Patussi | Organizzazione di eventi formativi/ Conferenze pubbliche rivolti a: - Operatori dei Gruppi di lavoro dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende sanitarie della regione - Volontari della Protezione Civile - Comuni della regione - Popolazione residente in Friuli Venezia Giulia. Interventi di disinfestazione nei luoghi di vita e di lavoro del territorio interessato, in funzione delle richieste. | 1 | | 2 | | 13 | 0 | 26 | 0 | 12,9 | 477,30 | 0,00 | 696,60 | 0,00 | 1.173,90 |
| SO Dipartimento di Prevenzione | Studio pilota di monitoraggio biologico umano per le popolazioni residenti in prossimità dell'impianto siderurgico Ferreria di Trieste e centrale termoelettrica AZA di Monfalcone Linee per la Gestione del Sistema Sanitario Regionale per il 2016 - approvate con DGR n. 2559/2015 Finanziamento previsto dalla Regione Autonoma Friuli | Promotore: Direzione Centrale Salute, Integrazione Sociosanitaria, Politiche Sociali e Famiglia del Friuli Venezia Giulia - Servizio Epidemiologia e flussi informativi L'attività di ricerca si propone di verificare la fattibilità, a Trieste e a Monfalcone, di uno studio di MBU delle popolazioni residenti in prossimità della Ferreria e della centrale AZA, individuando la percentuale di persone da arruolare per poter avere una numerosità campionaria idonea a misurare eventuali differenze di esposizione, nonché di identificare i biomarcatori da utilizzare per valutare l'entità e il trend di esposizione dei cittadini a inquinanti emessi da tali siti industriali e da altre sorgenti inquinanti locali di natura puntuale o lineare. | Descrizione Acquisizione del consenso informato scritto dai soggetti arruolati, utilizzando le informative ed i Consensi approvati dal Comitato Etico Unico Regionale FVG. Arruolamento del campione di soggetti maggiorenni stratificati per genere ed età, come da Protocollo, interviste, raccolta e stoccaggio dei campioni di urine. Responsabile attività Riccardo Tominz Valutatore di I istanza Valentino Patussi | 50 interviste ai soggetti arruolati 50 campioni di urine raccolti e stoccati Durata presunta sino al 31 dicembre 2017 | 4 | | | | 52 | 0 | 0 | 0 | 12,9 | 1.909,20 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.909,20 |
| SC Centro Cardiovascolare | R-F | Contenimento tempi di attesa Medicina dello Sport. | Obiettivo: Aumentare l'offerta di prestazioni di medicina dello sport al fine di ridurre i tempi di attesa. Responsabile: Coordinatore infermieristico Maria Rosaria Macchiarella Valutatore di prima istanza: PO | Indicatori: da 1 settembre 2017 a 31 dicembre 2017 garantire turni aggiuntivi da un minimo di 1 ora a un max di 4 ore per complessive 20 ore operatore Modalità di valutazione: Codice di riferimento per timbratura RAR visualizzabile sul cartellino mensile. Attività visite erogate 2017 ≥ 2016 | 5 | | 3 | | 43 | 0 | 26 | 0 | 8,6 | 1.591,00 | 0,00 | 696,60 | 0,00 | 2.287,60 |
| SC Centro Cardiovascolare | R-F | Garantire H12 la continuità assistenziale e il servizio di accettazione per presa in carico infermieristica assistiti con cardiopatia cronica segnalati dall'Ospedale/118/Pronto Soccorso/AFT/CAP. | Obiettivo: mantenimento entro 10 giorni, dalla segnalazione, la presa in carico valutazione infermieristica degli assistiti dimessi e/o segnalati da AFT/CAP, con cardiopatia cronica ed organizzazione delle visite cardiologiche e strumentali necessarie in base al timing indicato. Responsabile: PO Donatella Radini Valutatore di prima istanza: Direttore SC | Indicatori: da 1 settembre 2017 a 31 dicembre 2017 garantire turni aggiuntivi da un minimo di 1 ora a un max di 4 ore per complessive 20 ore operatore Modalità di valutazione: Codice di riferimento per timbratura RAR visualizzabile sul cartellino mensile. Attività presa in carico infermieristica 2017 ≥ 2016 | 5 | | 2 | | 43 | 0 | 17 | 0 | 8,6 | 1.591,00 | 0,00 | 464,40 | 0,00 | 2.055,40 |
| SC Centro Sociale Oncologico | Qualità delle cure | Il paziente terminale in cure palliative può necessitare di paracentesi evacuative. Il trasporto del paziente, in questa fase, peggiora notevolmente la qualità di vita a causa della mobilitazione forzata, del tempo da trascorrere sulla barella in attesa di eseguire la procedura. Inoltre il trasporto presso la struttura protetta prevede l'utilizzo di ambulanze con il conseguente problema organizzativo/economico. | Organizzare paracentesi a domicilio con l'utilizzo dell'ecografo portatile garantendo la sicurezza del paziente, migliorando la qualità di vita ed evitando il trasporto presso la struttura ospedaliera. Responsabile del progetto: Lorena Castellani Responsabile dell'attività: Fausta Lorenzon Valutatore di prima istanza: Direzione SC | Almeno 30 paracentesi eseguite a domicilio nel paziente in cure palliative in fase terminale (evidenza tra prescrizioni/prestazioni erogate) | 3 | | 1 | | 26 | 0 | 9 | 0 | 8,6 | 954,60 | 0,00 | 232,20 | 0,00 | 1.186,80 |

| STRUTTURA | Obiettivo Strategico regionale | Contesto / motivazione | Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza) | Target /Modalità di valutazione | Numero personale | | | | Proposta orario aggiuntivo | | | | media | BUDGET PER CATEGORIA | | | | BUDGET PROGETTO |
|--|--|--|---|--|------------------|---|------|---|-----------------------------|----|------|----|-------------|----------------------|--------|----------|--------|-----------------|
| | | | | | D-DS | C | B-BS | A | (Complessivo per categoria) | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | D-DS | C | B-BS | A | ORE/persona | D-DS | C | B-BS | A | Totale |
| Area Ospedaliera | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SC Direzione Medica di Presidio | Qualità delle cure | L'attività di verifica della completezza delle cartelle cliniche richieste per rilascio copia è stata trasferita dalla SC Informatica e Telecom. alla Dir. Medica con aggravio dell'impegno lavorativo sia per il personale di comparto che dirigenziale | Rispetto dei tempi di rilascio di copia della cartella clinica Resp.le attività: Dott.ssa Lucia Pelusi Valutatore di I istanza: Direttore Sanitario Partecipanti: personale del comparto e dirigenti medici (vedi scheda dirigenza) | Target: entro dicembre 2017 riduzione dei tempi di rilascio di copia cartella clinica Modalità di valutazione: relazione sul raggiungimento del target progettuale | 1 | 2 | 6 | 2 | 9 | 17 | 52 | 17 | 8,6 | 318,20 | 533,20 | 1.393,20 | 412,80 | 2.657,40 |
| SC Direzione Medica di Presidio | Qualità delle cure | Vista l'introduzione, a partire da gennaio 2017, della "nuova" SDO, l'Insiel ha avviato i lavori di adeguamento tecnico del sistema informatico che hanno portato al blocco dell'inserimento delle SDO relative ai primi due mesi dell'anno. Il Ministero ha posticipato ed unificato al 31 marzo il termine di inserimento delle SDO dei primi due mesi dell'anno. Le SDO non inserite entro tale termine dovranno essere registrate, unitamente alle SDO del mese di marzo, entro il 30 aprile. | Inserimento della SDO dei dimessi nel 2017 nel flusso informativo Durata:7 marzo – 30 aprile 2017 Resp.le attività: Dott.ssa Lucia Pelusi Valutatore di I istanza: Direttore Sanitario | Target: 1) Entro il 30 aprile, inserimento nel flusso informativo delle SDO cartacee consegnate dai Reparti all'Accettazione Amministrativa, relative ai dimessi nei primi tre mesi dell'anno 2) Controllo del corretto passaggio in SIASI delle SDO registrate Modalità di valutazione: relazione sul raggiungimento del target progettuale | 1 | 1 | 6 | | 9 | 9 | 52 | 0 | 8,6 | 318,20 | 266,60 | 1.393,20 | 0,00 | 1.978,00 |
| SC Direzione Medica di Presidio | Qualità delle Cure: La prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza OC OM | Dall'analisi delle criticità riscontrati nei reparti nel 2016 sono emerse un deficit nella prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza attraverso: - L'igiene delle mani. - Alta disinfezione Sonde endoscopiche. | Ottimizzazione della gestione delle criticità tramite: Breve termine: - Corsi di formazione per i responsabili nei reparti: Co- partecipazione nella formazione Infezioni Correlate all'assistenza ARTA OM - "Formazione e aggiornamento del personale ASUITS in "Tema di controllo delle infezioni attraverso delle igiene delle mani. - Implementazione e revisioni dei documenti pre esistenti sul controllo e prevenzione infezioni CA. - Aggiornamenti dei protocolli per la standardizzazione dei comportamenti degli operatori e familiari dei pazienti - Dimostrazione diretta sul campo con box didattico igiene delle mani. Medio-lungo termine: - Aggiornamenti protocolli sull'alta disinfezione. - Elaborazione documento e formazione dei caregiver. - Diffusione d'indicazioni sui comportamenti in caso d'infezioni Resp.le attività: Dott.ssa Lucia Pelusi | - Schede d'ispezione sterilizzazione - Osservazione diretta sul campo Survey. - Osservazione sull'adesione al documento per la gestioni dei caregiver. - Osservazione sull'adesione nell'igiene delle mani - Feedback nei reparti coinvolti. Modalità di valutazione: relazione sul raggiungimento del target progettuale | 9 | 1 | | 1 | 77 | 9 | 0 | 9 | 8,6 | 2.863,80 | 266,60 | 0,00 | 206,40 | 3.336,80 |
| SC Cardiocirurgia | R-E | Presa in carico dell'operato cardiocirurgico affetto da patologia diabetica | Obiettivo: Prevenire l'insorgenza o il ritardo di comparsa delle complicanze maggiori del diabete mediante l'attuazione del disease management tramite la presa in carico della persona candidata ad intervento cardiocirurgico affetto da diabete.Gli utenti ricoverati in regime ordinario saranno sottoposti a un monitoraggio dell'Hb glicata e inseriti di un percorso educativo che verrà monitorato su specifica modulistica. Responsabile di Progetto Coordinatore inf. SC Cardiocirurgia-Deg. e RID del DAI Cardiovascolare Valutatore di prima istanza Direttore SC Direzione infermieristica | Indicatori: 100% degli utenti in regime di ricovero ordinario candidati a intervento cardiocirurgico con diagnosi di diabete verranno arruolati nel percorso di presa in carico. Modalità di valutazione: Tutte le schede di monitoraggio al momento della dimissione verranno inserite all'interno delle cartelle cliniche.Periodo di riferimento luglio - dicembre 2017. | 23 | 0 | 11 | | 198 | 0 | 95 | 0 | 8,6 | 7.318,60 | 0,00 | 2.554,20 | 0,00 | 9.872,80 |
| SC Cardiocirurgia Terapia Intensiva e Sala Operatoria | Consolidamento del ruolo di hub nel settore cardiovascolare | Consolidamento del ruolo di hub nel settore cardiovascolare: linea A - attività della CCH-Terapia Intensiva e Sala Operatoria; linea B- attività della Cardiologia Sala Emodinamica; linea C - attività della CCH Terapia Intensiva | Supporto alla SC Cardiologia Emodinamica nell'esecuzione di procedure interventistiche di alta complessità quali impianti di TAVI, Mitraclip, correzione dei difetti del setto atriale (PFO) e ablazione a radiofrequenza della fibrillazione atriale. Garantite le procedure rispetto ai livelli dello stesso periodo dell'anno precedente Linea A) Attività della CCH Ter. Intensiva e Sala Operatoria. Copertura del servizio nella fascia oraria pomeridiana dopo le ore 14.00 a fine procedura. Sono previsti 2 giorni /settimana dedicati all'attività interventistica in Emodinamica con un impegno orario stimato per l'anno 2017 di 280 ore straordinarie erogate da personale infermieristico e tecnico perfusionista (ove richiesto) di sala operatoria e terapia intensiva Linea B) Attività della Cardiologia Sala Emodinamica Copertura del servizio con 2-3 operatori(infermieri e tecnici)della fascia oraria pomeridiana dopo le ore 15.12 a fine procedura. | Procedure garantite pari a 65 +/- 10% nel periodo di riferimento. Linea A e B 1) Evidenza della necessità di attività presso la SC Cardiologia al di fuori della normale turnazione in Terapia Intensiva e Sala Operatoria della SC Cardiocirurgia 2) Evidenza della partecipazione del personale della SC Cardiocirurgia -TI e SO alle procedure in argomento (numero di procedure, ore effettive in ragione delle quali saranno corrisposte le quote incentivanti), periodo di riferimento gennaio - dicembre 2017 3) Evidenza della partecipazione del personale della SC Cardiologia Sala Emodinamica alle procedure in argomento (numero di procedure, ore effettive in ragione delle quali saranno corrisposte le quote incentivanti), periodo di riferimento gennaio - dicembre 2017 | 10 | 0 | 0 | 0 | 241 | 0 | 0 | 0 | 24,1 | 8.909,60 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 8.909,60 |

| STRUTTURA | Obiettivo Strategico regionale | Contesto / motivazione | Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza) | Target /Modalità di valutazione | Numero personale | | | | Proposta orario aggiuntivo | | | | media | BUDGET PER CATEGORIA | | | | BUDGET PROGETTO |
|---|---|---|---|--|------------------|---|------|---|-----------------------------|----|------|---|-------|----------------------|--------|----------|--------|------------------|
| | | | | | D-DS | C | B-BS | A | (Complessivo per categoria) | | | | | ORE/persona | D-DS | C | B-BS | |
| | | | | | | | | | D-DS | C | B-BS | A | | | | | | |
| SC Cardiocirurgia Sala Emodinamica; | Consolidamento del ruolo di hub nel settore cardiovascolare | Consolidamento del ruolo di hub nel settore cardiovascolare: linea A - attività della CCH-Terapia Intensiva e Sala Operatoria; linea B - attività della Cardiologia Sala Emodinamica; linea C - attività della CCH Terapia Intensiva | Supporto alla SC Cardiologia Emodinamica nell'esecuzione di procedure interventistiche di alta complessità quali impianti di TAVI, Mitraclip, correzione dei difetti del setto atriale (PFO) e ablazione a radiofrequenza della fibrillazione atriale. Garantire le procedure rispetto ai livelli dello stesso periodo dell'anno precedente Linea A) Attività della CCH Ter. Intensiva e Sala Operatoria. Copertura del servizio nella fascia oraria pomeridiana dopo le ore 14.00 a fine procedura. Sono previsti 2 giorni /settimana dedicati all'attività interventistica in Emodinamica con un impegno orario stimato per l'anno 2017 di 280 ore straordinarie erogate da personale infermieristico e tecnico perfusionista (ove richiesto) di sala operatoria e terapia intensiva Linea B) Attività della Cardiologia Sala Emodinamica Copertura del servizio con 2-3 operatori(infermieri e tecnici)della fascia oraria pomeridiana dopo le ore 15.12 a fine procedura. | Procedure garantite pari a 65 +/- 10% nel periodo di riferimento. Linea A e B 1) Evidenza della necessità di attività presso la SC Cardiologia al di fuori della normale turnazione in Terapia Intensiva e Sala Operatoria della SC Cardiocirurgia 2) Evidenza della partecipazione del personale della SC Cardiocirurgia -TI e SO alle procedure in argomento (numero di procedure, ore effettive in ragione delle quali saranno corrisposte le quote incentivanti). periodo di riferimento gennaio - dicembre 2017 3) Evidenza della partecipazione del personale della SC Cardiologia Sala Emodinamica alle procedure in argomento (numero di procedure, ore effettive in ragione delle quali saranno corrisposte le quote incentivanti). periodo di riferimento gennaio - dicembre 2017 | 11 | 0 | 0 | 0 | 344 | 0 | 0 | 0 | 31,3 | 12.728,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 12.728,00 |
| SC Cardiocirurgia CCH Terapia Intensiva | Consolidamento del ruolo di hub nel settore cardiovascolare | Consolidamento del ruolo di hub nel settore cardiovascolare: linea A - attività della CCH-Terapia Intensiva e Sala Operatoria; linea B - attività della Cardiologia Sala Emodinamica; linea C - attività della CCH Terapia Intensiva | Obiettivo: Supporto alla SC Cardiologia Emodinamica nell'esecuzione di procedure interventistiche di alta complessità quali impianti di TAVI, Mitraclip, correzione dei difetti del setto atriale (PFO) e ablazione a radiofrequenza della fibrillazione atriale. Garantire le procedure rispetto ai livelli dello stesso periodo dell'anno precedente Linea C) Attività della CCH Terapia Intensiva Consolidamento dell'attività ECMO in cardiocirurgia, e a supporto di pazienti di altre strutture candidati al trattamento (stimate circa 15 +/- 20% procedure). | Procedure garantite pari a 65 +/- 10% nel periodo di riferimento. Linea C 1) Evidenza del numero di ECMO cui si è data assistenza infermieristica 2) Evidenza della partecipazione del personale della SC Cardiocirurgia -TI alle procedure in argomento (numero di procedure, ore effettive in ragione delle quali saranno corrisposte le quote incentivanti) Modalità di valutazione Relazione del responsabile del progetto contenente gli elementi previsti dagli indicatori | 26 | 0 | 0 | 0 | 320 | 0 | 0 | 0 | 12,3 | 11.837,04 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 11.837,04 |
| SC Cardiologia | Consolidamento del ruolo di hub nel settore cardiovascolare | Revisione del modello organizzativo per la Gestione delle CVE erogate in regime ambulatoriale, con riduzione dei tempi di permanenza dell'utente all'interno della Struttura | Obiettivo: 1) Revisione Protocollo 2) garantire l'esecuzione delle CVE in modo sicuro ed efficace, 3) snellire i percorsi dell'utente all'interno della Struttura, identificando le funzioni relative alle sezioni ambulatorio, degenza, uitc, sala elettrofisiologia Responsabile di Progetto Direttore SC Cardiologia Coordinatori inf. SC Cardiologia e RID del DAI Cardiovascolare Valutatore di prima istanza Direttore DAO | Indicatori 1) Revisione datata dei documenti previsti 2) Evidenza di una significativa adesione al protocollo (% di compliance al Protocollo); 3) Tempo complessivo di gestione della procedura (<181' nell'85% delle CVE salvo complicazioni) Modalità di valutazione Relazione del Direttore della SC contenente gli elementi previsti dagli indicatori | 87 | 4 | 24 | 1 | 599 | 17 | 103 | 4 | 6,2 | 22.146,72 | 533,20 | 2.786,40 | 103,20 | 25.569,52 |
| SC Medicina D'urgenza | Processi di riorganizzazione (obiettivi declinati nell'accordo del 4/4/2016: favorire le aree e i settori critici coinvolti nei processi di riorganizzazione coerenti con le tematiche della programmazione regionale e dell'applicazione dell'Atto Aziendale. Inoltre per il 2017: armonizzare gli istituti contrattuali, migliorare i servizi a fronte dell'elevato turnover) | Nel biennio 2016/17 la Medicina d'urgenza ha subito un alto turnover di personale infermieristico e di supporto, anche in relazione all'incremento dell'attività avvenuto a partire da fine 2015 (aumento di 3 posti letto semintensivi e 4 di degenza ordinaria. L'inserimento del personale costituisce un parametro chiave di progettazione sanitaria e pone l'accento sulla necessità imprescindibile che tutti i professionisti siano preparati alle prestazioni da erogare. Un obiettivo fondamentale da perseguire è l'integrazione funzionale ed operativa del personale, sviluppando percorsi formativi utili alla condivisione di procedure di gestione nei processi di assistenza clinica. | Integrare, favorire ed ottimizzare l'inserimento del personale neo assunto/inserito afferente alla s.c. med. d'urgenza attraverso un graduale e progressivo apprendimento mantenendo un adeguato rapporto tempo-apprendimento, favorire standard qualitativi delle prestazioni e unificare procedure e protocolli di interesse comuni e garantire autonomia professionale del personale di nuova assunzione. Responsabile: Coordinatore valutatore di I Istanza: Direzione Infermieristica | Mantenimento degli standard quali/quantitativi delle prestazioni Effettuato 100 % delle valutazioni periodiche dell'apprendimento dei neo assunti Report del percorso di inserimento dei neoassunti | 20 | 1 | 10 | | 120 | 6 | 60 | 0 | 6,0 | 4.454,80 | 186,62 | 1.625,40 | 0,00 | 6.266,82 |

| STRUTTURA | Obiettivo Strategico regionale | Contesto / motivazione | Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I Istanza) | Target /Modalità di valutazione | Numero personale | | | | Proposta orario aggiuntivo | | | | media | BUDGET PER CATEGORIA | | | | BUDGET PROGETTO | |
|---|--|---|---|---|------------------|---|------|---|-----------------------------|-----|------|----|-------------|----------------------|-----------|--------|----------|-----------------|-----------|
| | | | | | D-DS | C | B-BS | A | (Complessivo per categoria) | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | D-DS | C | B-BS | A | ORE/persona | D-DS | C | B-BS | A | Totale | |
| SC Chirurgia Toracica | Integrazione ospedale/territorio e sviluppo percorsi assistenziali | contenimento della durata della degenza e dei ricoveri ripetuti per la stessa patologia. Mantenimento standard followup telefonico all'interno del programma di fast-track | Somministrare e produrre le schede PAM-PHE nel periodo post operatorio nei pazienti con criteri di inclusione (intervento chirurgico, patologie croniche multiple correlate ecc..), in provincia di Trieste. Lo scopo è rilevare il diverso livello di attivazione con una seconda valutazione nel primo periodo di domiciliarizzazione. Attivazione e formazione del personale di reparto sull'utilizzo degli strumenti PAM-PHE. Attivazione corso PAM PHE e mantenimento del 100% somministrazione schede PAM PHE, nei pazienti con i criteri di inclusione alla loro dimissione. Personale coinvolto Infermieri ed OSS della degenza. Responsabile: Coordinatore valutatore di I Istanza: RID | Attivazione,somministrazione di almeno 20 schede in pazienti con caratteristiche di eleggibilità. Targhet: 20 schede complete di follow-up. Registrazione delle schede e valutazione dei dati su percentuale di incongruenze o variazioni/modifiche e relative azioni correttive. Target : registrazione delle schede -contatti , relazione finale con evidenza del risultato e confronto fra le due valutazioni personale coinvolto : infermiere ed OSS dell'ambulatorio. Mantenimento del 100% di somministrazione delle schede PAM-PHE nei pazienti con criteri di inclusione ed inserimento nel registro/elenco informatizzato sperimentale del gruppo di lavoro (distretti). personale coinvolto Infermieri ed OSS della degenza di Chirurgia Toracica. | 9 | | 4 | | | 54 | 0 | 24 | 0 | 6,0 | 2.004,66 | 0,00 | 650,16 | 0,00 | 2.654,82 |
| SC (Uco)Chirurgia Generale - clinica chirurgica ambulatori | Processi di riorganizzazione Contenimento tempi di attesa | Per consentire l'inizio delle opere di riqualificazione dell'Ospedale di Cattinara è stato richiesto ai Responsabili delle Strutture di individuare altre sedi in cui svolgere alcune delle attività offerte agli Assistenti. Nello specifico si è presentata la necessità di identificare uno spazio, tra quelli già disponibili, consono all'erogazione delle prestazioni fruibili su 5 giorni nell'ambulatorio della U.C.O. di Chirurgia Generale del 13° piano della Torre Chirurgica. Per le sue caratteristiche strutturali, è stato scelto l'ambulatorio chirurgico st. 38 della Palazzina dei Poliambulatori presso cui vengono già programmate diverse visite nell'arco della settimana. Pertanto sarà indispensabile riorganizzare le attività presso la st. 38 nel rispetto del contenimento dei tempi d'attesa e delle peculiarità degli Assistenti e delle loro necessità. Inoltre sarà indispensabile ragionare su come riallocare le risorse in considerazione delle attività assistenziali; quindi sarà auspicabile utilizzare modalità operative uniformi e documentazioni comuni condivise. | Obiettivi: 1. Ridefinire i modi e i tempi di erogazione delle diverse prestazioni; 2. mantenere il numero delle prestazioni dell'ambulatorio di reparto; 3. modulare il numero delle prestazioni offerte dalla st. 38 in base alle nuove esigenze organizzative; 4. rispettare lo standard dei tempi d'attesa per le prime visite chirurgiche; 5. revisionare ed aggiornare le informative da consegnare agli Assistenti e la modulistica interna; 6. condividere e maturare il cambiamento, affrontare le difficoltà al loro presentarsi. Periodo di svolgimento: dal 1/6/2017 al 31/12/2017. Responsabili: RID Valutatore di prima istanza: Direttore dell'U.C.O. di Chirurgia Generale | Indicatori: 1. Evidenza del materiale (allegato); 2. 100% le attività mantenute; 3. 100% le attività mantenute; 4. 100% l'evasione delle prime visite entro i termini previsti dalla codifica B (Breve)(entro 10 giorni) e D (Differibile)(entro 30 giorni); 5. evidenza del materiale (allegato); 6. evidenza dei verbali (allegati) di almeno 2 riunioni: O.d.G. condiviso, diffusione del verbale via e-mail. Inizio attività condivisa: 7/8/2017. Modalità di valutazione: produzione di report/relazione dell'attività del Responsabile sui risultati conseguiti; i dati saranno ricavati dalla casistica delle prestazioni erogate, il tempo d'attesa desunto dalle liste di prenotazione. La periodo esaminato sarà dal 7/8/2017 al 31/12/2017. | 9 | 1 | 1 | | | 54 | 6 | 6 | 0 | 6,0 | 2.004,66 | 186,62 | 162,54 | 0,00 | 2.353,82 |
| SC (Uco)Chirurgia Generale - personale della degenza XV piano | Processi di Riorganizzazione | l'accorpamento della degenza di Clinica ortopedica con la degenza dell'UCO di Chirurgia Generale al 14° ha delle ricadute anche sull'organizzazione del 15° piano di Chirurgia generale. Prima dell'accorpamento tutti gli accessi in regime di urgenza/emergenza affluivano esclusivamente al 14° piano ma ora dopo l'accorpamento con l'Ortopedia un numero considerevole di casi vengono inviati anche alla degenza del 15° che fino ad ora era organizzata /attrezzata per i percorsi di elezione. Per ciò mentre la degenza , si farà carico di sostenere l'ortopedia per le fratture di femore anche la degenza del 15° verrà coinvolta per le urgenze/emergenze . | Riorganizzazione dell'assistenza con recepimento delle procedure di gestione dell'urgenza emergenza , riorganizzazione della turnistica e della degenza per settori e sperimentazione dell'inserimento sulle 24 ore di un OSS per favorire la gestione dei casi nella fascia oraria notturna. Responsabile: Direttore della SC Per l'apporto individuale RID del DAI Valutazione di I Istanza : Direzione Infermieristica | Indicatori: Tutti i casi che vengono ricoverati che accolti in regime di urgenza /emergenza saranno regolarmente preparati secondo le procedure previste dal 14° piano. Sono previsti almeno 3 incontri di audit per la discussione dei casi. Modalità di valutazione: Relazione del responsabile con evidenza delle informazioni di cui agli indicatori rispetto al numero dei casi, qualità e tempistica della loro preparazione ed evidenza delle riunioni di audit. | 19 | 1 | 14 | | | 82 | 4 | 60 | 0 | 4,3 | 3.022,90 | 133,30 | 1.625,40 | 0,00 | 4.781,60 |
| SC (UCO)Chirurgia Plastica | R-E | Monitoraggio post operatorio di tipo semintensivo dei pazienti sottoposti ad interventi ricostruttivi con lembo/i libero/i microchirurgici presso la S.C. di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva. Nel post operatorio immediato, il paziente viene monitorato dall'infermiere dedicato, il quale oltre che rilevare i parametri vitali, monitorizza il lembo microchirurgico. Questo tipo di monitoraggio semintensivo permette di intervenire precocemente in caso di complicanze | Obiettivo: Mantenimento del monitoraggio post operatorio di tipo semintensivo in Chirurgia Plastica negli interventi ricostruttivi con lembo/i libero/i microchirurgici esclusivamente nel turno notturno. Responsabili del progetto Direttore Chirurgia Plastica Coordinatore Infermieristico S.C. Chirurgia Plastica per l'apporto individuale del comparto Valutazione di I Istanza : Direzione Infermieristica | Indicatore Evidenza dell'esigenza di monitoraggio (interventi ed ore richieste in ragione delle quali saranno corrisposte le quote incentivanti); Modalità di valutazione Relazione finale basata sulle evidenze desunte dal registro orario dei parametri di monitoraggio evidenziati e loro conservazione in cartella clinica. | 11 | | | | | 189 | 0 | 0 | 0 | 17,2 | 7.000,40 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 7.000,40 |
| Clinica Odontostomatologica Anestesia e Rianimazione HM | 1.qualità delle cure 2. contenimento delle liste d'attesa | In linea con l'obiettivo regionale dell'odontoiatria sociale si propone il consolidamento e la revisione del progetto attivato nel 2015 dedicato ai pazienti odontoiatrici con disabilità al fine di ottimizzare i percorsi, i tempi d'attesa e la qualità delle cure con un iter clinico/assistenziale multidisciplinare | Consolidare un percorso clinico assistenziale condiviso tra le strutture coinvolte (cl. Stomatologica- Anestesia Rianimazione HM) dedicato alle persone con gravi disabilità che necessitano di cure odontostomatologiche da effettuarsi in Sala Operatoria. Responsabile del progetto: Direttrice di struttura. RID Valutazione di I Istanza : Direzione Infermieristica | Revisione e consolidamento della procedura condivisa tra le SSSC, coinvolte nel percorso. Applicazione in almeno 10 casi di persone con grave disabilità. Elaborato finale condiviso. | 23 | | 1 | 2 | | 99 | 0 | 4 | 9 | 4,3 | 3.659,30 | 0,00 | 116,10 | 206,40 | 3.981,80 |
| DAI Medicina Interna | Qualità delle cure | Le persone ricoverate nelle S.C. di Medicina Interna del DAI (1 Medica, 3 Medica, Medicina Clinica, Clinica Medica, Geriatria, Nefrologia, 1 Medica BIC , ACCO) sono prevalentemente anziane e possono avere deterioramenti cognitivi. Si rende necessaria una valutazione oggettiva dello stato cognitivo e/o confusionale per garantire una assistenza puntuale e personalizzata attraverso le Scale di Valutazione Pfeiffer e CAM | Dal 1 agosto si sono introdotte due scale di valutazione per lo screening dello stato confusionale /cognitivo delle persone ricoverate Responsabile: Dott.ssa Daniela De Matteis Valutazione di I Istanza : Direzione Infermieristica | Report delle valutazioni e rivalutazioni dello stato cognitivo e/o confusionale delle persone ricoverate dal 1 Agosto al 31 Dicembre 2017 Personale Coinvolto: Infermieri, Infermieri Generici, Oss, e Amministrativi assegnati alle S.C. 1 Medica, 1 Medica BIC, 3 Medica, Clinica Medica, Medicina Clinica, Geriatria, Nefrologia e ACCO Periodo di valutazione: agosto- dicembre 2017 | 116 | 3 | | | | 499 | 13 | 0 | 0 | 4,3 | 18.455,60 | 399,90 | 0,00 | 0,00 | 18.855,50 |

| STRUTTURA | Obiettivo Strategico regionale | Contesto / motivazione | Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza) | Target /Modalità di valutazione | Numero personale | | | | Proposta orario aggiuntivo | | | | media | BUDGET PER CATEGORIA | | | | BUDGET PROGETTO |
|--|---------------------------------|--|--|---|------------------|---|------|----|-----------------------------|----|------|-----|-------------|----------------------|--------|-----------|----------|-----------------|
| | | | | | D-DS | C | B-BS | A | (Complessivo per categoria) | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | D-DS | C | B-BS | A | ORE/persona | D-DS | C | B-BS | A | Totale |
| DAI Medicina Interna | Qualità delle cure | Da aprile 2017 sono stati messi disposizione del DAI circa 200 sovrasmaterassi da utilizzare per tutte le persone ricoverate a rischio di LdP. Le persone dimesse dalle S.C. del DAI (1 Medica, 3 Medica, Medicina Clinica, Clinica Medica, Geriatria , ACCO) e che durante la degenza hanno avuto bisogno del Sovra materasso ad aria alternata, vengono dimesse a domicilio con il medesimo presidio antidecubito evitando tempi di attesa che potrebbero ledere ulteriormente la salute della persona | Questa nuova dotazione ha permesso di implementare l'uso di materassi ad aria nelle strutture del Dai e dimettere le persone con il materasso già in uso. Per incrementare l'uso dei materassi senza accrescere i costi di ripristino verranno sanificati in Ospedale i sovrasmaterassi dei degenti che hanno avuto una degenza inferiore ai sette giorni, in assenza di patologie infettive e in assenza di evidenti tracce di residui biologici Responsabile: Dott.ssa Daniela De Matteis Valutazione di I istanza : Direzione Infermieristica | Report delle persone dimesse con il sovra materasso Report numero materassi sanificati in Accogliimento Condiviso senza l'intervento della ditta esterna Personale Coinvolto: Oss, e Ausiliari del DAI e dell'ACCO Periodo di valutazione: aprile- dicembre 2017 | | | 122 | 3 | 0 | 0 | 525 | 13 | 4,3 | 0,00 | 0,00 | 14.164,20 | 309,60 | 14.473,80 |
| DAI Medicina Interna – DAI Chirurgie -Direzione Medica(Servizio di Dietetica) (Ufficio Qualità Accreditamento e Rischio Clinico); Direzione Sanitaria (ACCO) | Qualità delle cure | La Regione FVG nel 2017 sta facendo una revisione delle schede di valutazione in modo da uniformarle in tutti gli ambienti ospedalieri. Lo screening nutrizionale è stata la scheda scelta e definito come indispensabile per definire una corretta valutazione assistenziale. Dal 2013 tutte le persone ricoverate nel DAI di Medicina Interna al momento dell'accogliimento presso l'ACCO vengono sottoposte a Screening Nutrizionale evidenziando i deficit nutrizionali possibile fonte di aggravamento della patologia o rallentamento della guarigione. Si vuole, quindi, estendere la cultura della valutazione dello stato nutrizionale a tutti i colleghi infermieri e nel contempo valutare lo stato nutrizionale di tutte le persone degenti in ASUITS. | ACCO continua a fare lo screening al 100%dei nuovi accolti nel DAI di Medicina Interna, Da Settembre 2017 si estende la medesima valutazione a tutti i degenti del DAI di Chirurgia generale e Ortopedia a cura del personale Infermieristico. Gli infermieri della chir gen e della clinica ortopedica, verranno formati entro fine ottobre sull' utilizzo/compilazione del modulo dello screening nutrizionale attualmente già usato nel DAI di Medicina (circa un' ora a fine turno) dal personale ACCO e dalla dott.ssa Di Pasquale Gli Infermieri della Medicina Clinica, formati dalle dietiste nel mese di ottobre, in via sperimentale evidenzieranno al Medico di reparto le persone con Screening positivo in modo da attivare la consulenza delle Dietiste in maniera tempestiva.. Briefing mensili con l' UFFICIO QUALITÀ ACCREDITAMENTO E RISCHIO CLINICO sullo stato dell'arte Responsabile: Dott.ssa Daniela De Matteis Valutazione di I istanza : Direzione Infermieristica | Report dello screening Nutrizionale dell'ACCO Report dello screening Nutrizionale del DAI di Chirurgia (chir gen e ortopedia) . almeno nell' 80% delle cartelle dei ricoverati dal 1° novembre al 31/12/2017 sarà presente il modulo dello screening compilato. Report delle segnalazioni alle Dietiste da parte della Medicina Clinica Relazione a cura dell' con l' UFFICIO QUALITÀ ACCREDITAMENTO E RISCHIO CLINICO Personale coinvolto: Infermieri delle S.C. Medicina Clinica, ACCO, Chirurgia Generale, Ortopedia; Dietiste; PO Ufficio Qualità Accreditamento e Rischio Clinico Periodo di valutazione: aprile- dicembre 2017 | 100 | | | | 215 | 0 | 0 | 0 | 2,2 | 7.955,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 7.955,00 |
| SC NEFROLOGIA E DIALISI – SEZIONE DIALISI | Processi di riorganizzazione | L'informatizzazione nella gestione clinica del paziente cronico nefropatico permette di avere una visione immediata e completa della storia clinica presente e passata del malato, facilita l'integrazione dell'equipe nelle due sedi della Struttura, assicura completezza nelle informazioni e riduce l'errore interpretativo. Il suo utilizzo risulta inoltre propedeutico se integrato con la cartella elettronica regionale che verrà implementata a breve come previsto dalle Linee Guida regionali. | Implementazione nell'utilizzo della cartella informatizzata per tutti gli utenti in trattamento emodialitico. Responsabile: dott.ssa Giulia Valle Valutatore di I istanza : direzione Infermieristica | Utilizzo della cartella per almeno l'80% degli utenti in trattamento. Utilizzo della cartella informatizzata per almeno il 90% del personale. | 60 | | 9 | | 258 | 0 | 39 | 0 | 4,3 | 9.546,00 | 0,00 | 1.044,90 | 0,00 | 10.590,90 |
| SC PRONTO SOCCORSO | Qualità delle cure | Nell'ambito della riorganizzazione del Pronto Soccorso orientata ad una miglior efficienza del servizio ed ad una riduzione dei tempi d'attesa si propone una revisione delle cartelle infermieristiche e delle schede utilizzate dal personale di supporto per migliorare la qualità delle consegne e la continuità delle informazioni degli assistiti. | Obiettivo: Revisionare le cartelle infermieristiche e le schede utilizzate dal personale di supporto per incrementare la qualità e la completezza delle informazioni degli assistiti. Responsabili del progetto: Coordinatori Infermieristici Valutatore di I istanza: Direzione Infermieristica | Indicatori: 1) Report di almeno 4 incontri dei gruppi di lavoro nelle fasi di progettazione e attivazione; 2) Realizzazione dei seguenti documenti: - una nuova cartella infermieristica per le consegne; - una nuova scheda di consegne per il personale Oss/Ass. Applicazione dei nuovi documenti entro dicembre 2017 | 70 | 1 | 26 | 36 | 301 | 4 | 112 | 155 | 4,3 | 11.137,00 | 133,30 | 3.018,60 | 3.715,20 | 18.004,10 |
| SS Sistema 118 | 3.1.5. Urgenza emergenza | Nell'ambito dei processi di riorganizzazione previsti dal PEU, si contestualizza l'introduzione del nuovo software gestionale della Centrale operativa unica regionale SORES. A far data dal mese di marzo 2017 si registra uno scarto importante di dati imputati destinati ai flussi EMUR. Su indicazione del Direttore Centrale FVG è necessario provvedere alla sanatoria dell'arretrato. | Obiettivo: Implementazione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (D.M. 17dicembre 2008) Imputazione dell'arretrato risalente al mese di luglio 2017 Responsabile attività: dott.ssa Barbara Brajnik Responsabile valutatore di I istanza: dott. Alberto Peratoner | Al 31 dicembre 2017, attraverso l'analisi del Sistema informatico CUS 118 l'inserimento delle schede arretrate risulterà in linea per almeno il 90% | 36 | 3 | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Complesso Operatorio_OC/ Breast Unit | E) Qualità delle cure | La letteratura scientifica evidenzia che la presa in carico perioperatoria della persona candidata ad intervento chirurgico riduce sensibilmente il livello di ansia e favorisce una miglior risposta terapeutica. Nell'ambito delle progettualità del Complesso Operatorio e della Breast Unit, si propone un progetto pilota per migliorare la qualità delle cure offerte alla persona con neoplasia della mammella, dedicando a questa attività un infermiere di sala operatoria di chirurgia generale con competenze avanzate in questa specialità. | Obiettivo: Garantire la presa in carico infermieristica delle donne nella fase perioperatoria attraverso un percorso di accompagnamento all' intervento chirurgico senologico. Responsabili: Prof. U. Lucangelo Prof.ssa M. Bortul Dott.ssa V. Giurissevich AFD M. Cannarella Valutatore di I istanza: SC Direzione Infermieristica | Indicatori: 1) Presentazione di un report sulle modalità operative e sui risultati. 2) Presa in carico di almeno 60 persone candidate ad intervento chirurgico senologico Personale Coinvolto: Infermiera Elena Barba Periodo progettuale: Gennaio-dicembre 2017 | 1 | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Day Surgery HM Sala Operatoria | Sviluppo percorsi assistenziali | Vi è l'esigenza di migliorare l'efficienza organizzativa per il mantenimento e/o eventuale aumento delle termoablazioni tiroidee eco guidate a seguito di una continua maggiore richiesta di tale procedura ablativa (attualmente tra 40 e 50 casi/anno), con afferenza di pazienti anche da fuori regione e da altri paesi. Progetto comune con S.C. Radiologia O.M., Ambulatorio Moduli Day Surgery , S.C. Anestesia Rianimazione e Terapia Antalgica O.M., S.C. Medicina Clinica | Si ritiene opportuno ottimizzare l'organizzazione mettendo a punto dettagliatamente la procedura organizzativa Responsabile: dr. Fulvio Stacul Valutatore di I istanza: Direttore Sanitario | 1) Evidenza di protocollo operativo entro il 31.12.2017 2) Relazione finale che evidenzia: - Mantenimento/incremento delle procedure termoablative tiroidee - Mantenimento degli esami pre/post intervento e intervento di termo ablazione entro 60 gg dall'arruolamento - Archiviazione della documentazione | 4 | | 1 | | 52 | 0 | 13 | 0 | 12,9 | 1.909,20 | 0,00 | 348,30 | 0,00 | 2.257,50 |
| Unità di Day Surgery – Cl.Oculistica – Sale Operatorie – Ospedale Maggiore | e) qualità delle cure | Al seguito dell'attivazione dell'ambulatorio di classe A, che ha permesso di spostare parte dell'attività chirurgica fuori dal blocco operatorio, si presenta saltuariamente l'opportunità di utilizzare le sale non coperte da programmazione chirurgica per la chirurgia ambulatoriale. | Obiettivo: ottimizzare l'utilizzo delle sale operatorie dell'Ospedale Maggiore attraverso una gestione flessibile della disponibilità di sala. Responsabile del progetto: Coordinatore Infermieristico CO-OM. Valutatore di I istanza Direzione Infermieristica | Indicatore: Incremento dell'offerta di sedute per chirurgia ambulatoriale: almeno 1 o 2 sedute mensili oltre la programmazione standard dedicate alla chirurgia ambulatoriale in regime istituzionale. Modalità di valutazione: relazione finale sull'incremento di attività rispetto il primo quadrimestre 2017. Periodo di riferimento: Settembre - Dicembre 2017 | 17 | 1 | 2 | 0 | 219 | 13 | 26 | 0 | 12,9 | 8.114,10 | 399,90 | 696,60 | 0,00 | 9.210,60 |

| STRUTTURA | Obiettivo Strategico regionale | Contesto / motivazione | Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza) | Target /Modalità di valutazione | Numero personale | | | | Proposta orario aggiuntivo | | | | media | BUDGET PER CATEGORIA | | | | BUDGET PROGETTO |
|--|--|---|--|---|------------------|---|------|---|-----------------------------|----|------|----|-------------|----------------------|--------|----------|--------|-----------------|
| | | | | | D-DS | C | B-BS | A | (Complessivo per categoria) | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | D-DS | C | B-BS | A | ORE/persona | D-DS | C | B-BS | A | Totale |
| SC (UCO)Anestesia e Rianimazione e Terapia Antalgica | Qualità delle cure | Nell'ambito degli obiettivi aziendali (Linea 3.7.2. PAL 2017) il progetto si propone di favorire l'apertura dei reparti di terapia intensiva e dei servizi ambulatoriali di della SC ARTA ai care giver per "una razionale riduzione o abolizione di tutte le limitazioni non motivatamente necessarie poste a livello temporale, fisico e relazionale". | Obiettivo: Promuovere l'apertura delle terapie intensive e dei servizi ambulatoriali (terapia antalgica e Acute Pain Service) ai care giver attraverso un percorso di sensibilizzazione e di cambiamento culturale sia per il personale che per i cittadini attraverso i seguenti interventi: - formazione del personale infermieristico e di supporto all'assistenza; - attivazione di gruppi di lavoro per la revisione della letteratura e per la creazione di una procedura interna, di un poster e delle brochure dedicati ai care giver e finalizzati ad educare le persone sui comportamenti attesi all'interno delle strutture in oggetto. Responsabile del Progetto: Coordinatore Infermieristico Valutatore di la Istanza: SC Direzione Infermieristica | Indicatori: - report delle riunioni effettuate con i gruppi di lavoro; - redazione di una procedura interna per definire i criteri e le modalità di accesso nonché per garantire comportamenti omogenei e coerenti; - realizzazione di un poster e di una bochure per la terapia intensiva e per i servizi ambulatoriali di afferenza. Attivazione dell'apertura delle strutture ai care giver entro dicembre 2017. | 52 | 0 | 8 | 1 | 224 | 0 | 34 | 4 | 4,3 | 8.273,20 | 0,00 | 928,80 | 103,20 | 9.305,20 |
| Dipartimento di Medicina Trasfusionale (DIMT) | Processi di riorganizzazione Qualità delle cure | Mediante l'UMR (Unità Mobile Raccolta) in dotazione al DIMT, annualmente si raccolgono circa l'8% delle unità di sangue e plasma. E' necessario mantenere la raccolta mediante UMR in quanto una importante fonte di approvvigionamento di sangue e plasma, Entro fine 2017, il Centro Donatori e Ambulatorio Trasfusionale presso l'Ospedale Maggiore verrà trasferito in nuovi locali, ed è pertanto necessario predisporre un piano che descriva la nuova organizzazione del lavoro. | Obiettivo: Sostenere la raccolta di sangue intero e di plasma per mezzo della UMR contribuendo all'obiettivo regionale dell'autosufficienza del sangue intero e del plasma Garantire il trasporto delle unità raccolte al CUPRO a Palmanova nei tempi previsti per la lavorazione. Predisporre un piano con l'organizzazione del lavoro nel nuovo Centro presso l'Ospedale Maggiore. Responsabile: Direttore del DIMT. Per l'apporto individuale del comparto: Coordinatore infermieristico del Dipartimento di Medicina Trasfusionale Valutatore I istanza Direttore della SC Direzione infermieristica | Indicatori Aderenza al calendario stabilito in accordo con le associazioni di volontariato per il 2017 (target: n. uscite svolte > 90% delle programmate) Produzione di un documento che descriva l'organizzazione dell'attività infermieristica inerente le donazioni di sangue e attività ambulatoriale per il nuovo centro presso l'Ospedale Maggiore. | 20 | 1 | 6 | 2 | 344 | 17 | 103 | 34 | 17,2 | 12.728,00 | 533,20 | 2.786,40 | 825,60 | 16.873,20 |
| Dipartimento di Medicina Trasfusionale (DIMT) | Processi di riorganizzazione Percorsi hub&spoke Qualità delle cure | La chiusura del punto nascita di Gorizia ed il mantenimento di quello di Monfalcone, impone di rivedere l'organizzazione dei turni di reperibilità dei tecnici di laboratorio delle sedi isontine del DIMT. Nello specifico, un'analisi dei rischi indica che il trasferimento della sede di reperibilità a Monfalcone consente una migliore gestione trasfusionale della emorragia post-partum, la principale emergenza trasfusionale nell'isontino. Nel dicembre 2016, l'attività di crioconservazione delle cellule staminali è stata trasferita dall'IRCCS Burlo Garofolo ad ASUITS. E' quindi necessario svolgere un programma specifico di formazione e convalida per il personale tecnico di ASUITS. Negli ultimi mesi sono stati assunti 8 tecnici di laboratorio a copertura del turnover. Il personale neoassunto deve partecipare a programmi di inserimento secondo le procedure in uso, che prevedono attività di tutoraggio da parte dei tecnici con diversi anni di esperienza. | Obiettivi: Supporto al cambiamento organizzativo consistente nel trasferimento della sede di reperibilità del tecnico da Gorizia a Monfalcone. Organizzazione di una formazione specifica sulla crioconservazione delle cellule staminali. Partecipazione attiva dei tecnici nell'addestramento dei neoassunti. Responsabile: Direttore del DIMT. Per l'apporto individuale del comparto: Coordinatore tecnico del Dipartimento di Medicina Trasfusionale Valutatore I istanza Direttore della SC Direzione infermieristica | Indicatori: Trasferimento della sede di reperibilità del tecnico da Gorizia a Monfalcone. Modifica dei piani di lavoro. Report di attività in orario notturno e festivo. Report sull'attività di formazione sulle procedure di congelamento e crioconservazione delle CSE presso il Burlo. Report di convalida e di attività di crioconservazione. Scheda di formazione neoassunti. Report di attività di tutoraggio ai tecnici neoassunti Ore previste: 700 | 39 | | | | 335 | 0 | 0 | 0 | 8,6 | 12.409,80 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 12.409,80 |
| SSCC Malattie Infettive – Clinica Dermatologica Degenza - Riabilitazione | Qualità delle cure | Le meningiti possono causare disturbi psichici caratterizzati a volte da uno stato di agitazione psicomotoria, a volte da torpore e da uno stato confusionale con spunti deliranti. La famiglia è un'importante risorsa assistenziale, necessaria per ripristinare l'equilibrio della persona malata. Al fine di supportare la famiglia nell'affrontare la condizione del proprio caro e ottenere la massima collaborazione e outcomes positivi, divengono necessari alcuni interventi educativi mirati e un'assistenza continua multidisciplinare, finalizzata al miglioramento dell'efficacia del percorso di cura. Alcune persone affette da demenza, inoltre, vengono ricoverate per infezioni trasmissibili per via aerea e hanno la necessità di rispettare alcune precauzioni, onde evitare la trasmissione dell'agente infettivo. Può capitare, tuttavia che alcune forme di demenza non consentano all'ospite di rispettare le norme di precauzione (mascherine, isolamento) e sussiste il serio rischio di contagiare l'ambiente circostante. In tali casi, si rende necessaria un'assistenza intensiva, a fianco della persona malata | Obiettivi: 1) garantire l'assistenza intensiva e alle persone con stato confusionale acuto e agitazione psicomotoria conseguente a meningite; favorire outcomes positivi alla persona malata e alla sua famiglia, anche attraverso l'aiuto dei Volontari (Volontari Art. 13); 2) garantire l'assistenza continua e il rispetto delle norme di isolamento alle persone ricoverate per infezioni trasmissibili per via aerea e al contempo affette da demenza e agitazione psicomotoria Obiettivo secondario: trasmettere i case report in sessione plenaria (Coordinatori, PO e Dirigenti), al fine di proporre modelli avanzati di assistenza Responsabile del progetto: dott.ssa Raffaella C. Rissolo Coordinatore delle attività: Coordinatore Infermieristico Alessandro Conzina Valutatore di I istanza: Direzione Infermieristica | Indicatori: numero persone ricoverate e assistite secondo un piano multidisciplinare (infermieri, fisioterapisti, operatori socio-sanitari, familiari, care giver, volontariato) Modalità di valutazione: relazione finale da parte del Responsabile progettuale, in merito ai pazienti assistiti | 23 | | 8 | | 99 | 0 | 34 | 0 | 4,3 | 3.659,30 | 0,00 | 928,80 | 0,00 | 4.588,10 |

| STRUTTURA | Obiettivo Strategico regionale | Contesto / motivazione | Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza) | Target /Modalità di valutazione | Numero personale | | | | Proposta orario aggiuntivo | | | | media | BUDGET PER CATEGORIA | | | | BUDGET PROGETTO |
|---|---|---|---|--|------------------|---|------|---|-----------------------------|----|------|---|-------------|----------------------|--------|----------|------|-----------------|
| | | | | | D-DS | C | B-BS | A | (Complessivo per categoria) | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | D-DS | C | B-BS | A | ORE/persona | D-DS | C | B-BS | A | Totale |
| SC Pneumologia | Contenimento dei tempi d'attesa | Esiste una lunga lista d'attesa per eseguire la polisonnografia, anche a seguito del recepimento da parte del Governo italiano della Direttiva Europea 2014/85/UE, concernente la patente di guida. Si tratta di un esame fondamentale per valutare la qualità del sonno e comprendere le cause di eventuali fenomeni patologici, quali la sindrome delle apnee notturne (OSAS). E' possibile effettuare registrazioni polisonnografiche a domicilio, offrendo il vantaggio di rispettare le abitudini del sonno del paziente ed evitando inutili ricoveri in ospedale | Obiettivo: riduzione della lista d'attesa mediante chiamate telefoniche quotidiane e invito a presentarsi in reparto per il posizionamento del polisonnografo (2 persone/die per 5 giorni/7), contestualmente alla trasmissione delle indicazioni da seguire a domicilio per la corretta registrazione notturna. Responsabile: Coordinatore Infermieristico Annamaria Marsilli; Coordinatore delle Attività: TNF Mirco Bertossi. Valutatore di I istanza: Direzione Sanitaria | Indicatori: 1) riduzione del 50% della lista d'attesa; 2) evidenza delle chiamate effettuate (registro/quaderno ad hoc) Modalità di valutazione: chiamata di 200 persone nel periodo metà luglio /dicembre 2017 . Relazione finale | 15 | | | | 65 | 0 | 0 | 0 | 4,3 | 2.386,50 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2.386,50 |
| SC (UCO)Clinica Dermatologica | Qualità delle cure | Il ricorso all'ospedale o il ricovero del proprio figlio rappresentano sempre eventi altamente stressanti (Baluffi, 2004; Shaw, 2006). La preoccupazione per lo stato di salute del bambino, il timore di eventuali cambiamenti estetici o funzionali e l'ansia che precede la sedazione del bambino e gli interventi con il LASER, molto spesso impiegato nel trattamento delle lesioni/malformazioni vascolari del volto, rappresentano un'esperienza di estremo disagio per l'intero nucleo familiare. Sembra inoltre che lo stato emotivo dei genitori influenzi significativamente la percezione che questi hanno della condizione psicologica dei loro bambini (Shemesh, 2003 e 2005; Ferdinand, 2004; Meiser-stedman, 2006), spesso in senso dispercettivo. Anche il setting di lavoro, spesso frenetico, e gli stimoli ambientali, continui e intensi, non aiutano a rassicurare il bambino e i suoi genitori, nè a leggere e soddisfare i bisogni più profondi. Diviene pertanto necessario riservare al piccolo paziente e ai suoi familiari uno spazio per gli aspetti emotivi e psicologici, soprattutto attraverso un adeguato processo informativo ai genitori e ai bambini, la contenzione dell'ansia e delle attese, la creazione di un ambiente confortevole e meno asettico, l'adozione di tecniche distrattive e l'introduzione di elementi ludici e di intrattenimento. | Obiettivi: 1) contenere e mediare l'ansia e l'attesa dei bambini e dei loro genitori prima di un trattamento chirurgico con LASER, garantendo un clima relazionale finalizzato all'ascolto e all'informazione rassicurante; 2) umanizzare le cure attraverso la creazione di spazi che consentano l'adozione di tecniche distrattive e di intrattenimento; 3) valorizzare i professionisti attraverso l'aggiornamento e gli incontri mensili finalizzati alla pianificazione condivisa degli interventi assistenziali Responsabili: Coordinatore Infermieristico Raffaella Casalini RID Raffaella C. Rissolo Valutatore di I istanza: Direzione Infermieristica | Indicatori: 1) evidenza di un opuscolo informativo per i genitori (entro dicembre 2017); 2) abbellimento delle stanze riservate alla Chirurgia Pediatrica, attraverso l'inserimento di elementi ludici (giochi, libri, decorazioni, quadri) e di intrattenimento; 3) incontri mensili, finalizzati alla pianificazione condivisa degli interventi assistenziali (evidenza nei verbali); 4) telefonata ai genitori entro le 24 ore del trattamento -follow up - (evidenza in registro ad hoc); 5) assenza di reclami (evidenza presso l'URP) Modalità di valutazione: relazione finale da parte dei Responsabili progettuali | 14 | 1 | 5 | | 60 | 4 | 22 | 0 | 4,3 | 2.227,40 | 133,30 | 580,50 | 0,00 | 2.941,20 |
| CLINICA ORTOPEDICA con coinvolgimento della degenza integrata con la Clinica Chirurgica del 14° piano | Qualità delle cure / contenimento tempi di attesa | PDTA femore Mantenimento standard intervento frattura femore over 65 nelle 48 ore | Tutte le fratture che accedono in ricovero vengono preparate in urgenza per essere immediatamente sottoposte ad intervento chirurgico. (la preparazione consta in esami urgenti, verifica e completamento degli esami strumentali e predisposizione/ preparazione di tutti i malati con diagnosi di frattura del femore over 65) Responsabile: Direttore della SC Per l'apporto individuale RID del DAI Valutatore di prima istanza: Direttore SC Direzione Infermieristica | Indicatori: Tutti i casi che vengono ricoverati con diagnosi di frattura del femore, a " prescindere dal momento di ricovero", sono sottoposti ad esami ematochimici urgenti, esami strumentali e predisposti / preparati per la sala operatoria per essere operati entro le 48 ore. 1) 100% pazienti preparati in regime d' urgenza ; 2) il 70% degli ammalati preparati viene operato entro le 48 ore. Modalità di valutazione: Relazione del Responsabile con evidenza delle informazioni di cui agli indicatori | 50 | 5 | 37 | | 215 | 22 | 159 | 0 | 4,3 | 7.955,00 | 666,50 | 4.295,70 | 0,00 | 12.917,20 |
| SC Medicina Riabilitativa | B: Percorsi di riabilitazione | Mantenimento dei tempi di riabilitazione intraospedalieri previsti dal PDTA Fratture di femore consultabile anche on line sul sito: http://www.ass1.sanita.fvg.it/opencms/export/sites/ass1/it/azienda_informa/_docs/professionisti/04-femore-anca.pdf | Le persone operate di frattura di femore ricoverate presso la clinica ortopedica che non presentano controindicazioni vengono prese in carico dai fisioterapisti entro 48 dalla visita fisiatrica Responsabile: Referente di area riabilitativa ospedaliero Valutatore di prima istanza: Direzione SC | Nel periodo dal 1 luglio al 31 dicembre 2017 il 90% delle persone interessate viene preso in carico dai fisioterapisti entro 48 ore dalla visita fisiatrica Modalità di valutazione: Relazione del Responsabile con evidenza delle informazioni di cui agli indicatori | 17 | | | | 146 | 0 | 0 | 0 | 8,6 | 5.409,40 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 5.409,40 |
| SC Medicina Riabilitativa | Integrazione ospedale /territorio e sviluppo percorsi assistenziali | L'ambiente della dimissione e le aspettative del paziente e del care-giver devono essere considerate quando si devono stabilire gli outcome e si deve selezionare il trattamento che è di rilevante importanza per l'ambiente in cui il paziente andrà a vivere. Le necessità del paziente variano in termini di tipo e di durata dell'assistenza richiesta, qualche paziente necessita solo di supporto esterno, quelli con rilevante disabilità fisica senza problemi cognitivi possono richiedere una considerevole assistenza fisica, ma possono essere anche lasciati da soli una volta che le necessità primarie siano soddisfatte. Viceversa i pazienti con deficit cognitivi possono aver bisogno di un'assistenza fisica minore ma di una presenza costante. Per tutte queste ragioni è necessario che la pianificazione della dimissione risulti quanto più completa Dalla letteratura emerge come sia facile un legame tra le necessità del paziente e del care-giver ed i programmi riabilitativi. | Obiettivo: Mantenimento del numero di "dimissioni protette", dei monitoraggi e degli attuali interventi favorevoli la dimissione. Monitoraggio mediante questionari per predisporre al meglio la dimissione e l'autonomia della persona. Responsabile: Referente ospedaliero di area riabilitativa Valutatore di prima istanza: Direttore SC | Indicatori: 80% degli ammalati neurologici ottengono la dimissione entro il 5° permesso domiciliare; 50% degli ammalati alla valutazione neurologica, dopo un mese dalla dimissione, non hanno ricadute con conseguente ricovero; il 70% degli ammalati, prima della dimissione, abbia affrontato gli adattamenti strutturali e/o ambientali necessari all'appartamento. Modalità di valutazione: Relazione del Responsabile con evidenza delle informazioni di cui agli indicatori. Gli indicatori specifici saranno ricavati dai questionari somministrati e compilati durante il periodo dei permessi e alla dimissione. | 24 | 2 | 6 | | 206 | 17 | 52 | 0 | 8,6 | 7.636,80 | 533,20 | 1.393,20 | 0,00 | 9.563,20 |

| STRUTTURA | Obiettivo Strategico regionale | Contesto / motivazione | Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I Istanza) | Target /Modalità di valutazione | Numero personale | | | | Proposta orario aggiuntivo | | | | media | BUDGET PER CATEGORIA | | | | BUDGET PROGETTO | |
|--|---------------------------------|---|--|--|------------------|---|------|---|-----------------------------|----|------|----|-------------|----------------------|----------|----------|--------|-----------------|----------|
| | | | | | D-DS | C | B-BS | A | (Complessivo per categoria) | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | D-DS | C | B-BS | A | ORE/persona | D-DS | C | B-BS | A | Totale | |
| SC (Uco) Medicina Del Lavoro | A) Processi di riorganizzazione | A) Processi di riorganizzazione 1) Organizzazione delle attività della S.C. in funzione dell'allocazione modulata degli spazi, garantendo la continuità del servizio durante l'attivazione della nuova sede 2) Collaborazione nelle fasi di spostamento delle tecnologie e dei sistemi informatici. 3) Verifica e aggiornamento dei beni inventariati e dismissione programmata di arredi/apparecchiature obsolete. 4) Verifica e adeguamento della segnaletica, delle brochure "Esposizione professionale ad amianto" e delle informative destinate all'utenza. | Obiettivo: Riorganizzazione delle attività ambulatoriali, day-hospital e di Sorveglianza Sanitaria, lavoratori ASUITs e Università degli Studi di Trieste, presso la nuova sede al 1° piano di via Pietà 2/2 dell'Ospedale Maggiore, mantenendo i livelli qualitativi e quantitativi delle prestazioni. Responsabile: RID Valutatore di prima istanza : Direttore di Struttura | Indicatori: 1) N° di prestazioni pari al medesimo periodo del 2016 (+/- 5%) 2) Adeguamento della cartellonistica, brochure e informative aggiornate. 3) Aggiornamento della Carta dei Servizi S.C e S.S. Dipartimentale "Centro di Formazione e Ricerca per la prevenzione negli operatori del SSR" Modalità di valutazione: Relazione finale con report delle prestazioni ricavate dal sistema informatico e pubblicazione delle indicazioni aggiornate sui siti Intranet e Internet Aziendale Tempo: maggio-settembre 2017 | 12 | | 1 | | | 52 | 0 | 4 | 0 | 4,3 | 1.909,20 | 0,00 | 116,10 | 0,00 | 2.025,30 |
| SC (Uco) Anatomia e Istologia Patologica | Percorsi "hub & spoke" | Nel 2017 verranno eseguiti i lavori di ristrutturazione dei laboratori dell'Anatomia Patologica, sia per la messa a norma della zona di manipolazione della formalina, sostanza dichiarata cancerogena (Regolamento UE 895/2014), sia per ottemperare alle disposizioni regionali che indicano l'Anatomia Patologica di Trieste struttura hub per le attività di anatomia patologica dell'area giuliana isontina (riorganizzazione della medicina di Laboratorio DGR 2673/2014, DGR 929/2015 e DGR 599/2017). In questo contesto l'attività di alcuni laboratori dovrà essere spostata per un periodo piuttosto lungo e per motivi logistici dovrà necessariamente svolgersi su due piani (piano 0 e piano 2) della Palazzina dell'Anatomia Patologica, con conseguenti disagi per tutti gli operatori della struttura | 1.Mantenimento del regolare flusso lavorativo nel periodo di ristrutturazione e nella fase preparatoria, nel rispetto delle procedure previste e della sicurezza degli operatori. 2. Riorganizzazione delle attività in conseguenza della logistica dei nuovi laboratori e dell'introduzione delle nuove attrezzature (stampiatrici, istoprocessori, inclusi e cappe) Responsabile del Progetto: Responsabile Coord. Tec.. Dott.ssa Sandra Dudine Valutatore di I stanza Direttore di Struttura | Indicatori: mantenimento del tempo di allestimento della fase preanalitica dei preparati istologici (intervallo tra accettazione dei campioni e assegnazione in lettura) Modalità di valutazione: estrazione dal applicativo gestionale (APSys) della media delle giornate intercorse fra il momento dell'accettazione e quello di assegnazione in lettura dei preparati istologici. Confronto fra i tempi medi del 2017 rispetto a quelli registrati nel 2016 con uno scostamento non superiore ai 2 giorni medi | 23 | 0 | 6 | 2 | 198 | 0 | 52 | 17 | 8,6 | 7.318,60 | 0,00 | 1.393,20 | 412,80 | 9.124,60 | |
| Neurochirurgia – Servizio di Dietetica (Direzione Sanitaria) | Qualità delle cure | Numerosi soggetti ospedalizzati presentano una condizione di stato nutrizionale compromesso tale da influenzare la morbilità e la mortalità (Pirlich M. et al, 2006. The German hospital malnutrition study). Diventa pertanto fondamentale valutare il rischio nutrizionale, pianificare adeguati interventi dietetici e monitorare lo stato nutrizionale durante tutta la durata del ricovero, integrando le informazioni già raccolte nella cartella clinica, attraverso il lavoro di un team multidisciplinare (infermieri, dietisti, medici, personale di supporto). | Obiettivo: valutare il rischio nutrizionale, pianificare gli interventi nutrizionali e monitorare lo stato nutrizionale durante l'intera durata del ricovero, attraverso le diverse professionalità che interagiscono nella fase pre e post operatoria della persona sottoposta ad intervento di neurochirurgia Responsabile del progetto: Coordinatore Infermieristico: Lorena Lonzarich Durata: ottobre – dicembre 2017 Valutatore I Istanza: Direzione Infermieristica | Target: Comparto (SC NCH e Dietiste Visintin Maria Angela e Picerno Debora) Indicatori: 1) evidenza delle schede nutrizionali/diario alimentare compilate (pianificazione interventi nutrizionali, monitoraggio nutrizionale) 2) evidenza (verbali) degli interventi formativi/aggiornamento all'interno della Struttura Modalità di valutazione: relazione finale in merito alle azioni e agli indicatori evidenziati | 19 | 1 | 10 | 2 | 82 | 4 | 43 | 9 | 4,3 | 3.022,90 | 133,30 | 1.161,00 | 206,40 | 4.523,60 | |
| SC (Uco) Clinica Neurologica | Qualità delle cure | PROGETTO "ACQUA@BRAIN" La disidratazione, intesa come un inadeguato consumo di liquidi, è un fattore predisponente a patologie di origine metabolica, cardiovascolare, renale e urologica. Gli studi in merito allo stato di idratazione nel paziente con ictus sono piuttosto recenti, ma i risultati suggeriscono come squilibri elettrolitici e disidratazione siano correlati ad un peggior outcome clinico e ad un maggior grado di dipendenza (Lin et al. 2014; Liu et al 2014; Murray et al 2015; Wu et al 2017). Il rischio di disidratazione durante il periodo di ricovero sembra essere elevato non soltanto nei pazienti disfagici, ma anche in quelli non disfagici, dove nella maggior parte dei casi i pazienti non raggiungevano la quantità di liquidi suggerita dalle linee guida internazionali (Crary et al 2016; Murray et al. 2015). L'infermiere e tutta l'equipe dell'unità operativa sono le figure chiave per un corretto monitoraggio dello stato di idratazione del paziente, in quanto in prima linea nei processi di nutrizione, terapia e diuresi. All'interno del piano assistenziale del paziente ospedalizzato una corretta idratazione dovrebbe essere un aspetto primario, seppure molto spesso rimanga sottovalutato. Di fatto, i dati in merito alla corretta idratazione del paziente post-stroke sono ancora piuttosto preliminari e non sembrano esserci linee guida specifiche né riferimenti italiani. | Obiettivo: migliorare e innovare le cure del paziente in fase acuta post stroke, attraverso la produzione di evidenze sulla correlazione tra stato di idratazione e outcome del paziente Obiettivo secondario: contribuire allo sviluppo di linee guida specifiche Responsabili: Coordinatore Infermieristico Diego Stefi, Sig.ra Marina Gaio Valutatore di I Istanza: Direzione Infermieristica | Target: Comparto Indicatori: 1) Misurare lo stato di idratazione di pazienti colpiti da stroke in fase acuta all'accogliimento, e osservare eventuali correlazioni con l'outcome clinico o con le complicanze a 5 giorni di ricovero, a 10 giorni di ricovero o alla dimissione se entro i primi 10 giorni; 2) Misurare il bilancio idrico, valutando il consumo di liquidi e la diuresi dei pazienti durante i primi 10 giorni di ricovero, e osservare eventuali correlazioni con l'outcome clinico o con le complicanze. | 19 | 4 | 8 | 1 | 82 | 17 | 34 | 4 | 4,3 | 3.022,90 | 533,20 | 928,80 | 103,20 | 4.588,10 | |
| SC Clinica Oculistica e Day Surgery | Processi di riorganizzazione | Nei suoi 170 anni di vita, l'Oculistica triestina è sempre stata un importante riferimento grazie al continuo aggiornamento delle attrezzature e la preparazione del Personale. I volumi delle attività espletate dalla Struttura continuano ad evidenziare un trend di crescita, tra questi, spiccano gli interventi di cataratta e intravitreali. I volumi di attività, il peso della casistica trattata e l'incremento delle prestazioni erogate rendono necessaria una continua riorganizzazione e determinano delle rilevanti ripercussioni in ambito assistenziale, in quanto richiedono al personale di assistenza un impegno orario maggiore e una più efficiente articolazione del lavoro tra le diverse qualifiche. Diviene pertanto fondamentale un supporto al trend di crescita (in un contesto di iso risorse), al fine di garantire una risposta adeguata di assistenza e il mantenimento quantitativo e qualitativo degli standard assistenziali. | Obiettivo: supportare i crescenti volumi di attività (in particolare interventi di cataratta e intravitreali), al fine di garantire il mantenimento degli standard assistenziali. Durata: 2017 Responsabili del progetto: Prof. Daniele Tognetto (Dirigenza Medica): Coordinatore Infermieristico Kiss Elena (Comparto) Valutatore di I Istanza: Direzione Infermieristica | Indicatore: evidenza dell'incremento di attività (in particolare interventi di cataratta e intra vitreali) Modalità di valutazione: relazione finale (evidenza dei volumi di attività, confrontati con quelli del 2016) | 35 | 1 | 12 | 1 | 301 | 9 | 103 | 9 | 8,6 | 11.137,00 | 266,60 | 2.786,40 | 206,40 | 14.396,40 | |
| MEDICINA DEI SERVIZI | | L'avvio del sistema hub&spoke sulla piattaforma di laboratorio a risposta rapida Cattinara-Burlo, ha evidenziato il bisogno urgente di avviare un processo di integrazione organizzativa del personale e di allineamento dei processi e delle procedure. | Obiettivo: 3.1.7; Elaborazione di protocolli operativi comuni per la progressiva integrazione del personale tecnico, delle risorse e dei processi organizzativi, con ampliamento dell'offerta della diagnostica a risposta rapida e il consolidamento della matrice organizzativa comune tra i laboratori hub/spoke di Cattinara e del Burlo (obiettivo strategico "g") accordo regionale RAR 25/5/2017) Responsabile: M. Canaletti Valutatore di I Istanza Direttore Dipartimento | Indicatori: Garanzia di continuità operativa sulle due sedi e razionalizzazione dei costi correlati alla gestione Modalità di valutazione: Evidenza dei protocolli operativi comuni e della piena condivisione ed integrazione dei processi e delle risorse disponibili. | 32 | | 2 | | 275 | 0 | 17 | 0 | 8,6 | 10.182,40 | 0,00 | 464,40 | 0,00 | 10.646,80 | |

| STRUTTURA | Obiettivo Strategico regionale | Contesto / motivazione | Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I Istanza) | Target /Modalità di valutazione | Numero personale | | | | Proposta orario aggiuntivo | | | | media | BUDGET PER CATEGORIA | | | | BUDGET PROGETTO |
|--|--|--|--|---|------------------|---|------|---|-----------------------------|----|------|---|-------------|----------------------|----------|----------|--------|-----------------|
| | | | | | D-DS | C | B-BS | A | (Complessivo per categoria) | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | D-DS | C | B-BS | A | ORE/persona | D-DS | C | B-BS | A | Totale |
| MEDICINA DEI SERVIZI | | Necessità di creare almeno in via preliminare, un'area operativa in condivisione tra Patologia Clinica e Microbiologia e Virologia, come anche previsto dalla DGR 200 del 10/2/17 | Obiettivo: 3.1.7; Elaborazione di protocolli operativi comuni tra le due Strutture per lo sviluppo ed espansione delle attività delle due SSCC con la condivisione delle risorse e la realizzazione di nuovi percorsi diagnostici e di linee analitiche Responsabile: M. Canaletti Valutatore di I Istanza Direttore Dipartimento | Indicatori: - Ampliamento dell'offerta diagnostica Modalità di valutazione: - Disponibilità del regolamento operativo e dei protocolli diagnostici condivisi | 4 | | | | 52 | 0 | 0 | 0 | 12,9 | 1.909,20 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.909,20 |
| MEDICINA DEI SERVIZI | | L'acquisizione dell'attività analitica delle sedi di Monfalcone e Gorizia, richiede una completa riconfigurazione dei sistemi informatici, per renderli allineati, compatibili e conformi alle nuove esigenze | Obiettivo: 3.1.7.-Realizzazione di una nuova area informatica DNLab per l'area vasta giuliano isontina, mediante la creazione di un nuovo contenitore informatico da collocare tra i sistemi gestionali di ASUITs e dell'AAS2, riscrivendo le nuove configurazioni in un nuovo DNLab dedicato all'area vasta. Responsabile: M. Canaletti Valutatore di I Istanza Direttore Dipartimento | Indicatori: Uniformità operativa e di gestione dei dati e dei flussi informativi Modalità di valutazione: Evidenza e piena disponibilità della nuova piattaforma informatica | 4 | | | | 69 | 0 | 0 | 0 | 17,2 | 2.545,60 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2.545,60 |
| MEDICINA DEI SERVIZI | | Il sistema PoCT ereditato dal Burlo, ha evidenziato gravi carenze gestionali, indispensabili per garantire la qualità e la sicurezza del processo, tali da richiedere importanti interventi organizzativi e procedurali. | Obiettivo: 3.4.8; Realizzazione di una nuova postazione PoCT spoke del Burlo per il P.S. e la Pediatria e piena integrazione della postazione del CAP Distretto 3 in conformità alle norme di riferimento e ai requisiti per la gestione del rischio clinico. Progressiva messa in sicurezza di tutte le altre postazioni PoCT spoke, con adeguamenti per la gestione del rischio come, l'identificazione dei pazienti, gestione/valutazione del CQ, autorizzazioni di utilizzo e introduzione dei codici personalizzati per l'accesso ai dispositivi Responsabile: M. Canaletti Valutatore di I Istanza Direttore Dipartimento | Indicatori: - Garanzia di sicurezza e risultato della diagnostica di laboratorio decentrata nelle sedi spoke Modalità di valutazione: - Relazione e report di compliance per gli indicatori di esecuzione/valutazione del CQ e di identificazione del paziente. | 4 | | | | 34 | 0 | 0 | 0 | 8,6 | 1.272,80 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.272,80 |
| SC Microbiologia | Obiettivo g) "Percorsi hub & spoke" | Nell'ambito della riorganizzazione dei Laboratori di area vasta vi è la necessità di rivedere e migliorare le procedure organizzative per l'invio e trasporto dei campioni microbiologici dallo spoke Burlo (già in atto) e dallo spoke Gorizia - Monfalcone e delle modalità di processazione dei campioni e refertazione | Obiettivo: migliorare la gestione dei campioni microbiologici dal prelievo presso gli spoke alla consegna dei referti. Responsabile: M. Canaletti Valutatore di I Istanza Direttore SC | Indicatori: relazione finale sulla valutazione delle criticità e proposte per il miglioramento dei servizi. Modalità di valutazione: evidenza della relazione | 9 | | | | 39 | 0 | 0 | 0 | 4,3 | 1.431,90 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.431,90 |
| UCO Igiene | Obiettivo g) "Percorsi hub & spoke" | Il mantenimento nell'area spoke di Sierologia infettivologica e Virologia presso il Burlo, di una situazione logistica poco efficace da punto di vista organizzativo, ha prodotto come effetto una dilatazione dell'impegno orario delle due operatrici assegnate (1 Sierologia II° piano, 1 Virologia IV° piano), costringendole, nel caso di assenza di una delle due, a continui spostamenti tra i piani per garantire l'adeguata copertura operativa. | Obiettivo: garantire la continuità operativa in caso di assenza programmata o imprevista, senza integrazione di risorse. Responsabile: M. Canaletti Valutatore di I Istanza Direttore SC | Indicatori: mantenimento delle tempistiche di refertazione. Modalità di valutazione: evidenza della continuità operativa. | 2 | | | | 17 | 0 | 0 | 0 | 8,6 | 636,40 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 636,40 |
| SSCC Oncologia – Ematologia Clinica-Farmacologia – Patologia Clinica – Anatomia e Istologia Patologica e SSD Oncologia Senologica e dell'Apparato Riprodotto Femminile (attualmente CSO) | a) Processi di riorganizzazione | Alla fine del 2016 nella ASUITs è stata avviata l'Unità di allestimento dei Farmaci Antiblastici (UFA), finalizzata alla garanzia della qualità, della sicurezza, dell'efficacia e della tracciabilità di tutte le terapie antiblastiche, comprese quelle ancillari. Vincoli normativi, requisiti di accreditamento, un'attenta gestione del rischio clinico, la sicurezza degli operatori e la qualità del prodotto in uscita, rendono i processi produttivi dell'UFA tra i più complessi ed elaborati dell'area tecnico assistenziale. Le linee guida e le procedure che ne governano il funzionamento devono essere standardizzate, precise e stringenti, in funzione del risultato (prodotto) e devono lasciare poco spazio a individualità e interpretazioni. Per poter garantire la continuità operativa nel rispetto dei requisiti e dei vincoli sopra enunciati, con l'obiettivo di ottenere delle performance organizzative che rispondano ai necessari requisiti di qualità e sicurezza, è necessario un costante lavoro multidisciplinare dei Coordinatori e dei Responsabili del processo affinché si facciano carico della continua analisi del sistema e agiscano proattivamente o intervengano tempestivamente per la risoluzione di un problema. Essendo attualmente inadeguato il numero complessivo di professionisti operanti in UFA (infermieri e tecnici di laboratorio), rispetto al numero di preparazioni da allestire, si ritiene che l'attivazione di una progettualità con i fondi RAR, consenta di ridurre sensibilmente le criticità organizzative. | Obiettivo : garantire il funzionamento dell'UFA e il graduale aumento dei volumi di attività attraverso: 1) il completamento dei protocolli (Responsabile attività: Farmacista); 2) l'implementazione del numero di infermieri e tecnici formati e addestrati (Responsabili di attività: Farmacia e Coordinatori); 3) la flessibilità organizzativa del personale (Responsabili di attività: RID/RDT e Coordinatori); 4) la pianificazione coordinata delle ferie degli infermieri e tecnici idonei alle attività dell'UFA (Responsabili di attività: Coordinatori); 5) gli incontri settimanali di coordinamento tra i Coordinatori delle Strutture interessate, i Farmacisti e i Responsabili del progetto (responsabili di attività: RID/RDT) Responsabili del progetto: RID dott.ssa Rissolo Raffaella Cristina e RDT Canaletti Maurizio Responsabili delle attività: Coord Tecnico dott.ssa Sandra Dudine Coord. Inf. dott.ssa Sambo Lucia Coord Inf. Elena Calia dott. Riccardo Provasi Valutatore di I Istanza: Direzione Sanitaria | Target: Comparto Indicatori: 1) mantenimento e implementazione delle attività dell'UFA (evidenza dei protocolli e del numero delle diluizioni); 2) implementazione del numero di infermieri e tecnici formati (evidenza in SS Formazione e Aggiornamento); 3) evidenza della flessibilità dell'organizzazione del lavoro e del coordinamento delle Strutture (evidenza nel mantenimento delle attività dell'UFA); 4) pianificazione coordinata delle ferie degli operatori idonei alle attività dell'UFA (da ottobre 2017); 5) incontri settimanali tra Responsabili di progetto e delle attività (evidenza dei verbali). Durata: 2017 | 53 | 5 | 14 | 1 | 456 | 43 | 120 | 9 | 8,6 | 16.864,60 | 1.333,00 | 3.250,80 | 206,40 | 21.654,80 |
| SC Radioterapia e SC Radiologia Maggiore | Qualità delle cure | La tecnica VMAT (volumetric modulation arc therapy) , recentemente sviluppata nel Reparto di Radioterapia, permette di aumentare la dose di radiazioni al bersaglio e ridurre la dose di radiazioni agli organi a rischio adiacenti, garantendo sia il miglioramento dell'efficacia terapeutica che la riduzione degli effetti collaterali . Questa nuova tecnica di trattamento richiede una maggiore precisione nella definizione del volume bersaglio, ciò è garantito dall'esecuzione di indagini di Risonanza Magnetica | Mettere in atto la tecnica VMAT Migliore pianificazione e gestione delle risorse onde evitare l'estemporaneità nella programmazione dei trattamenti e garantire che gli stessi vengano effettuati in tempi congrui. Eseguire gli esami di RM nei tempi e nei modi prestabiliti che per consentire un diretto confronto tra i medici delle due S.C. per l'individuazione del volume bersaglio durante la fase del contouring presso la postazione dedicata nel Reparto di Radioterapia. Responsabile Dott. Beorchia | Numero totale di trattamenti VMAT attesi :50 Numero totale di RM attese: 80 | | | | | 0 | 30 | 0 | 0 | 4,3 | 0,00 | 933,10 | 0,00 | 0,00 | 933,10 |
| Radiologia O.M. | Integrazione ospedale/territorio e sviluppo percorsi assistenziali | A. Creazione di un percorso facilitato per il paziente con elevato sospetto clinico di neoplasia (lesioni epatiche sospette per secondarismi all'ecografia/lesione polmonare sospetta alla radiografia) B. La Direzione Sanitaria ha richiesto nel luglio scorso alla S.C. Radiologia O.M. di farsi carico dell'erogazione di esami radiologici (Rx, ecografia, TC, RM) a favore della Casa Circondariale non più eseguibili presso strutture convenzionate | A. Percorsi diagnostici dedicati a pazienti con elevato sospetto clinico di neoplasia o secondarismi B. Avvio dell'attività (Rx/eco/TC/RM) a favore della Casa Circondariale a far tempo dall'agosto 2017 Responsabile: Direttore SC valutatore di I Istanza: Direttore Dipartimento | A. - Produzione di protocollo - Creazione di agende dedicate (per TC/ biopsie) nell'ultimo trimestre 2017 - Avvio dell'attività con tempo intercorso tra prenotazione ed erogazione < 10 giorni almeno nel 90% dei pazienti B. Rendicontazione dell'attività effettuata (il computo dell'impegno orario si basa sul volume dell'attività pregressa presso strutture convenzionate) | 25 | 3 | 5 | 1 | 108 | 13 | 9 | 2 | 3,9 | 3.977,50 | 399,90 | 232,20 | 48,00 | 4.657,60 |

| STRUTTURA | Obiettivo Strategico regionale | Contesto / motivazione | Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza) | Target /Modalità di valutazione | Numero personale | | | | Proposta orario aggiuntivo | | | | media | BUDGET PER CATEGORIA | | | | BUDGET PROGETTO | |
|--|--|--|---|---|------------------|---|------|---|-----------------------------|----|------|---|-------------|----------------------|----------|--------|--------|-----------------|----------|
| | | | | | D-DS | C | B-BS | A | (Complessivo per categoria) | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | D-DS | C | B-BS | A | ORE/persona | D-DS | C | B-BS | A | Totale | |
| Radiologia O.M. | Sviluppo percorsi assistenziali | Vi è l'esigenza di migliorare l'efficienza organizzativa per il mantenimento e/o eventuale aumento delle termoablazioni tiroidee eco guidate a seguito di una continua maggiore richiesta di tale procedura ablativa (attualmente tra 40 e 50 casi/anno), con afferenza di pazienti anche da fuori regione e da altri paesi. Progetto comune con S.C. Radiologia O.M., Ambulatorio Moduli Day Surgery, S.C. Anestesia Rianimazione e Terapia Antalgica O.M., S.C. Medicina Clinica | Si ritiene opportuno ottimizzare l'organizzazione mettendo a punto dettagliatamente la procedura organizzativa Responsabile: Direttore SC valutatore di I istanza: Direttore Dipartimento | 1) Evidenza di protocollo operativo entro il 31.12.2017 2) Relazione finale che evidenzi: - Mantenimento/incremento delle procedure termoablative tiroidee - Mantenimento degli esami pre/post intervento e intervento di termo ablazione entro 60 gg dall'arruolamento - Archiviazione della documentazione | 4 | | 1 | | | 34 | 0 | 9 | 0 | 8,6 | 1.272,80 | 0,00 | 232,20 | 0,00 | 1.505,00 |
| UCO di Radiologia – Osp Cattinara | Tempi d'attesa Mantenimento/incremento dell'assistenza radiologica a garanzia dell'attività chirurgica ordinaria delle sale operatorie dell'Ospedale di Cattinara. | Nel 2016 il progetto ha permesso l'assistenza radiologica per il mantenimento/incremento dell'attività chirurgica ordinaria delle sale operatorie dell'Ospedale di Cattinara, finalizzato al contenimento dei tempi d'attesa per le patologie indice e strategiche non indice, nonché alla copertura dell'incremento di attività della traumatologia ortopedica. Una nuova indicazione da parte della Direzione che prevede un ampliamento dell'attività chirurgica nelle ore pomeridiane e la richiesta di una 4° unità tecnica (prevista due giornate settimanali) in sala operatoria nella fascia oraria della mattina, rendono necessario rinnovare la proposta del progetto in oggetto, con le stesse modalità previste nel 2016, in modo da garantire gli interventi chirurgici programmati e/o urgenti senza interferire nella programmazione della SC Radiologia e nel funzionamento delle sezioni radiologiche d'urgenza. A margine, si appunta che, da luglio 2016 una terza unità è stata assunta al fine di evitare il distacco in via estemporanea dalla Sezione di Pronto Soccorso. Nonostante la programmazione operatoria sia puntualmente pesata, modulata e condivisa tra i responsabili tecnici/infermieristici delle strutture coinvolte, emerge una costante insostenibilità organizzativa nel declinare i turni in sala rispetto la domanda, non risolvibile senza un incremento di risorse dedicate | Garantire, in base alla programmazione chirurgica condivisa tra le strutture coinvolte, la presenza della 4° unità tecnica per gli interventi nella fascia oraria della mattina per le giornate previste e una unità nella fascia oraria 14.30 – 17.30 al fine di mantenere le attività chirurgiche di elezione e le attività radiologiche istituzionali. Responsabile del progetto: Coordinatore Tecnico: Tiziana Ban, Walter Medvescek Soggetto valutatore di I istanza: Direzione SC | Indicatori di valutazione: Garanzia della presenza della della 4° unità tecnica nel 100% delle richieste Modalità di valutazione: relazione dei responsabili del progetto Durata: dal 1 febbraio 2017 al 31 dicembre 2017 Modalità di valutazione: Relazione dettagliata con evidenza: ☑ report dei programmi di attività chirurgica con l'evidenza della richiesta di assistenza radiologica oltre le tre presenze standard; ☑ documentazione del n° ore di presenza del personale TSRM in sala operatoria; ☑ volume delle prestazioni per pazienti ricoverati pari periodo 2016/2017 Modalità di ripartizione delle quote: Le quote di incentivazione saranno corrisposte a saldo, in relazione alle ore effettivamente svolte, previa verifica conclusiva di II istanza di competenza dell'Organismo Indipendente di Valutazione | 20 | | | | 516 | 0 | 0 | 0 | 25,8 | 19.092,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 19.092,00 | |
| UCO di Radiologia – Osp Cattinara | Tempi d'attesa Mantenimento del volume di attività in Risonanza Magnetica | Nell'ottobre 2017 è prevista la messa in funzione della seconda Risonanza Magnetica a 3 tesla Ci sarà la necessità di spostare parte del personale abilitato verso la nuova apparecchiatura garantendo nello stesso tempo la normale funzionalità della macchina già esistente non essendo previsto attualmente un necessario incremento del personale | Garantire lo stesso volume di attività svolto nel pari periodo 2016/17 Responsabile del progetto: Coordinatore Tecnico: Tiziana Ban & Walter Medvescek Soggetto valutatore di I istanza: Direzione Sanitaria | Indicatori di valutazione: Volume di attività 2017 almeno = al 2016 Modalità di valutazione: relazione dei responsabili del progetto con evidenza: ☑ documentazione del n° ore di presenza del personale TSRM ☑ volume delle prestazioni per pazienti ricoverati pari periodo 2016/2017. Durata: dal 1 ottobre 2017 al 31 dicembre 2017 Modalità di ripartizione delle quote: Le quote di incentivazione saranno corrisposte a saldo, in relazione alle ore effettivamente svolte, previa verifica conclusiva di II istanza di competenza dell'Organismo Indipendente di Valutazione | 35 | | | | 189 | 0 | 0 | 0 | 5,4 | 7.000,40 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 7.000,40 | |
| DIREZIONE GENERALE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SC Affari Giuridici e delle Attività di Supporto Direzionale | Processi di riorganizzazione a) | I sistemi sanitario ed universitario sono reciprocamente interconnessi, ai fini di garantire la necessaria integrazione tra attività assistenziale, di didattica e di ricerca. Lo svolgimento delle attività assistenziali dell'Università degli Studi di Trieste è disciplinato da un Protocollo d'Intesa stipulato tra la Regione FVG e l'Università stessa (DGR 612/2016), la cui attuazione viene monitorata dall'Organo di Indirizzo dell'Azienda, supportato dai competenti Uffici di staff della Direzione di ASUITS. | Obiettivo: Analisi del Protocollo d'Intesa ed elaborazione di una scheda sinottica per la rilevazione dello stato dell'arte dell'attuazione dei contenuti del Protocollo stesso. Implementazione della scheda sinottica, anche con la collaborazione delle strutture aziendali competenti per ciascun adempimento. Raccolta ed archiviazione della documentazione di supporto. Responsabile: dott.ssa Daniela Zaro | scheda sinottica entro il 31.12.2017. Modalità di valutazione: l'obiettivo si intende raggiunto con l'inoltro all'Organo di Indirizzo della scheda sinottica integralmente implementata e della documentazione di supporto entro il 31.12.2017 | 1 | 4 | 2 | | 13 | 52 | 26 | 0 | 12,9 | 477,30 | 1.599,60 | 696,60 | 0,00 | 2.773,50 | |
| SC Affari Giuridici e delle Attività di Supporto Direzionale | Processi di riorganizzazione a) | Prima dell'avvio del cantiere di Cattinara che avrà un impatto significativo sul presidio ospedaliero interessato, è necessario avviare da subito una procedura di rilievo della qualità nella gestione dei rifiuti. | Obiettivo: è necessaria una modalità di rilievo per la verifica di rispondenza della procedura per la corretta gestione dei rifiuti da cantiere. Responsabile attività: dott. Francesca Dragani Responsabile valutatore di prima istanza: direttore della SC di afferenza della "gestione ambientale". | redazione di una check list per la verifica del rispetto delle condizioni ambientali nel trattamento dei rifiuti nei cantieri edili-impiantistici e sperimentazione della reportistica su almeno 2 cantieri entro il 31.12.2017. | 5 | 1 | | | 65 | 13 | 0 | 0 | 12,9 | 2.386,50 | 399,90 | 0,00 | 0,00 | 2.786,40 | |
| SC Affari Giuridici e delle Attività di Supporto Direzionale | Processi di riorganizzazione a) | A seguito dell'adozione dell'Atto Aziendale dell'ASUI-TS, formalizzata con decreto n. 476 dd. 19.07.2017 ed in prospettiva della graduale attivazione del nuovo assetto istituzionale ivi definito, si rende necessario procedere all'aggiornamento del vademecum illustrativo delle modalità di esercizio della potestà disciplinare. | Obiettivo: raccolta, selezione ed analisi della normativa in tema di potestà disciplinare delle amministrazioni pubbliche, con particolare attenzione al recente D.lgs. n. 75 dd. 25.05.2017 al fine di consentire l'aggiornamento del vademecum aziendale per l'esercizio della potestà disciplinare.. Obiettivo correlato a quello dirigenziale SCAGeASD. Responsabile: dott.ssa Daniela Zaro Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo | Indicatori: bozza del vademecum aggiornato entro il 31.12.2017 Modalità di valutazione: l'obiettivo si intende raggiunto con l'inoltro alla Direzione strategica della bozza del vademecum aggiornato entro il 31.12.2017 | 2 | | 1 | | 26 | 0 | 13 | 0 | 12,9 | 954,60 | 0,00 | 348,30 | 0,00 | 1.302,90 | |
| SS Programmazione Strategica | Processi di riorganizzazione | Nella nuova organizzazione del sistema sanitario triestino, particolare importanza assume il ruolo del MMG, visto non solo come singolo professionista erogatore di prestazioni, ma come parte di aggregazioni professionali con obiettivi qualità/quantitativi di lavoro misurabili nell'ottica di migliorare lo stato di salute della popolazione di riferimento e l'uso appropriato delle risposte | Obiettivo: introdurre un sistema di monitoraggio dinamico di indicatori sanitari nelle forme associative dei MMG Responsabile: Marco Braidà Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo | produzione e monitoraggio periodico di report sulle performance delle forme associative dei MMG Modalità di valutazione: | 3 | | | | 39 | 0 | 0 | 0 | 12,9 | 1.431,90 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.431,90 | |

| STRUTTURA | Obiettivo Strategico regionale | Contesto / motivazione | Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza) | Target /Modalità di valutazione | Numero personale | | | | Proposta orario aggiuntivo | | | | media | BUDGET PER CATEGORIA | | | | BUDGET PROGETTO |
|--|---|--|---|--|------------------|---|------|---|-----------------------------|----|------|---|-------------|----------------------|----------|--------|------|-----------------|
| | | | | | D-DS | C | B-BS | A | (Complessivo per categoria) | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | D-DS | C | B-BS | A | ORE/persona | D-DS | C | B-BS | A | Totale |
| Programmazione & Controllo, SC Farmacia, Ufficio Comunicazione | a) Processi di riorganizzazione h) Integrazione ospedale/territorio e sviluppo percorsi assistenziali | La ricerca biomedica, quando svolta in strutture ed Enti pubblici, necessita di un coordinamento amministrativo/ contabile, per garantirne una corretta e appropriata gestione. La ASUITs nel 2017 ha avviato l'integrazione delle sue componenti dedicate prima esclusivamente o alle attività ospedaliere o a quelle del territorio. Nel 2017 si porteranno a termine alcuni progetti avviati nei precedenti esercizi (SoStegno Donna, per esempio) e si manterrà la rendicontazione dei progetti specifici presentati nell'ambito del Bando per la Ricerca Sanitaria Finalizzata 2011-2012 del Ministero della Salute (Cardiogen, SIRS/Sepsi, Humanitas). Infine, saranno avviate le procedure e le attività di coordinamento di un nuovo progetto del MS (Bando 2016) denominato "Molecular Nanodecoders" ed i nuovi progetti approvati con il Primo Bando POR-FESR e con AIFA. | Obiettivo: 1) concludere la rendicontazione del progetto SoStegno donna con WeWord (Milano) 2) coordinare le attività amministrativo/contabili delle Unità Operative coinvolte nei Progetti di Ricerca Finalizzata del Ministero della Salute nonché concludere la rendicontazione di dei progetti a scadenza nel 2017 3) coordinare l'avvio delle attività previste dai nuovi progetti 2017 approvati dal MS (Bando Giovani ricercatori 2016), dal Primo Bando PR-FESR e dall'AIFA Responsabile: Direttore S.C. Programmazione e Controllo Direttore S.C. Affari Generali e Legali Direttore S.C. Contabilità Economico/Patrimoniale Valutatore di prima istanza: Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario | Indicatori: Progetto SoStegno Donna 1) rendicontazione finale conclusiva del progetto SoStegno Donna Progetti di Ricerca Finalizzata del Ministero della Salute: 2) rendicontazioni finali dei Progetti di Ricerca Finalizzata del Ministero della Salute a scadenza nel 2017 con: - predisposizione elenco analitico delle spese complessivamente sostenute a carico del finanziamento statale redatto sul modello del formato ministeriale; - redazione schede tecnico-finanziarie delle spese complessivamente sostenute; - supporto alla stesura della relazione scientifica da parte del Responsabile Scientifico dei singoli Progetti Nuovi progetti Bandi MS giovani ricercatori 2016, Primo Bando POR-FESR e AIFA: 3) partecipazione alle attività di avvio dei tre progetti Modalità di valutazione: 1) trasmissione della documentazione richiesta con format We World, tramite mail entro i termini previsti dal Progetto SoStegnoDonna 2) trasmissione della documentazione richiesta dalla Regione FVG inviata entro i termini previsti dalle singole Convenzioni stipulate tra Regione e Azienda (relazione del Referente scientifico) 3) partecipazione ai kick-off meeting e attribuzione ai singoli progetti del Codice Unico di | 5 | | | | 65 | 0 | 0 | 0 | 12,9 | 2.386,50 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2.386,50 |
| Programmazione & Controllo, SC Farmacia, Ufficio Comunicazione | a) Processi di riorganizzazione (favorire le aree e i settori critici coinvolti nei processi di riorganizzazione coerenti con le tematiche della programmazione regionale e dell'applicazione dell'Atto Aziendale) | Ricerca & Sviluppo sono componenti fondamentali della Mission di ASUITs. La costituzione del nuovo Ente ne ha rafforzato il peso all'interno, integrando funzioni tipiche di una Azienda sanitaria con quelle universitarie (didattica & ricerca). Un'importante attività consiste nel supportare e sostenere l'accesso dei clinici e ricercatori ad attività di ricerca e studio. In particolare, l'attività tecnico-amministrativa che sottende la fase pre-autorizzativa e del successivo monitoraggio degli studi clinici (trial randomizzati controllati, per i più) e delle ricerche epidemiologiche (cosiddetti studi osservazionali, partecipazione a progetti europei o nazionali, partecipazione a registri, oltre che ricerche indipendenti e le stesse Tesi di laurea e specializzazione) viene svolta da differenti Uffici che necessariamente dovranno coordinare le attività secondo gli indirizzi del Nuovo Atto Aziendale. Le conoscenze e competenze oggi disperse in molteplici strutture, pertanto, dovranno essere concentrate in un unico Ufficio ("Ufficio Studi Clinici ed Epidemiologici") anche per allineare l'organizzazione al dettato delle recenti norme regionali (costituzione del nuovo CEUR, indirizzi della DCS, ecc.) | Obiettivo: riorganizzare le attività pre-autorizzative alla conduzione degli studi clinici (e dei loro monitoraggio) funzionali all'ottenimento dell'autorizzazione (o parere) del CEUR Responsabile: Dr. Sandro Centonze (SC P&C) Valutatore di I Istanza: Direttore Sanitario | Indicatori: - Documento di funzionamento della Segreteria dell'Ufficio Studi Clinici ed Epidemiologici di ASUITs - Riallineamento delle procedure in atto a quelle richieste dalla Segreteria Tecnico-Scientifica del CEUR: loro pubblicazione sul sito Internet ASUITs - Proposta operativa per la costituzione di un archivio UNICO della Ricerca aziendale Modalità di valutazione: - Procedura di funzionamento della Segreteria dell'Ufficio Studi Clinici ed Epidemiologici di ASUITs redatto e proposto entro la fine di dicembre 2017 - Invio della documentazione di aggiornamento (Procedure, Schede, Modulistica, Template, ecc.) alla Direzione Strategica e all'Ufficio Comunicazione per la successiva pubblicazione sul sito aziendale UNICO (e sui link con i siti Intranet ex-AAS1 ed ex-AOUTs) - Documento operativo contenente la proposta di organizzazione del protocollo UNICO della Ricerca ASUITs | 2 | 1 | | | 17 | 9 | 0 | 0 | 8,6 | 636,40 | 266,60 | 0,00 | 0,00 | 903,00 |
| Programmazione & Controllo, Controllo di Gestione | Processo di riorganizzazione: Integrazione delle funzioni territoriali e ospedaliere | Riordino istituzionale previsto dalla LR 17/2014 mediante adozione di procedure uniformi per la comunicazione dei dati di attività ai CDA e CDR | Analisi delle procedure esistenti per la predisposizione e l'invio dei report di attività e ipotesi di utilizzo di procedure alternative alle esistenti Responsabili progettuali: dott. Centonze e dott.ssa Rozzini Valutatore di I Istanza: Direttore Amministrativo | Relazione conclusiva dei Responsabili del progetto sull'attività svolta attestante: 1) evidenza delle procedure pre-esistenti alla costituzione di ASUITs 2) evidenza delle soluzioni adottate per uniformare le procedure, per quanto di competenza da sottoporre alla Direzione Strategica entro il 31/12/2017 | 3 | | | | 39 | 0 | 0 | 0 | 12,9 | 1.431,90 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.431,90 |
| SSD Aggiornamento e Formazione | Processo di riorganizzazione (obiettivi declinati nell'accordo del 4/4/2016: favorire le aree e i settori critici coinvolti nei processi di riorganizzazione coerenti con le tematiche della programmazione regionale e dell'applicazione dell'Atto Aziendale. Inoltre per il 2017: armonizzare gli istituti contrattuali, migliorare i servizi a fronte dell'elevato | cambiamenti organizzativi e strutturali: a) L'acquisizione dell'Accreditamento Standard del Provider ASUITs b) La realizzazione del nuovo sistema regionale di formazione continua e di Educazione Continua in Medicina Continua c) L'unificazione delle due Aziende e la susseguente approvazione dell'Atto Aziendale d) L'avvio di nuove procedure operative inerenti la formazione aziendale attraverso la ridefinizione dei ruoli, responsabilità e meccanismi operativi. Contestualmente si sono rilevate, attraverso l'effettuazione di due studi osservazionali e l'indagine di Customer rivolta ai Coordinatori e Responsabili Scientifici, delle criticità: 1) A livello della qualità dei dati contenuti nelle schede di rilevazione delle esigenze formative 2) A livello della progettazione ed attuazione dei progetti formativi previsti nel Piano formativo aziendale. | Riorganizzare la rete dei referenti della formazione nell'ottica del nuovo assetto organizzativo aziendale Azioni: 1) Effettuazione degli studio e susseguente reportistica inerente la formazione progressa delle due aziende 2) Effettuazione dell'indagine di Customer Satisfaction rivolta ai referenti/coordinatori degli eventi e Responsabili Scientifici degli eventi ECM 3) Elaborazione dei dati 4) Riattivazione della rete dei referenti della formazione 5) Progettazione dei percorsi formativi per lo sviluppo delle competenze dei referenti della formazione in un'ottica di miglioramento continuo Responsabile Dott.ssa Antonella Bologna Valutatore di I Istanza: Direttore Amministrativo | Al 31/12/2017 si sarà in grado di produrre dati/relazioni relativamente a quanto descritto nel campo azioni per la valutazione degli outcome 1, 2, 3, 4, 5, | 11 | 3 | 1 | 0 | 142 | 39 | 13 | 0 | 12,9 | 5.250,30 | 1.199,70 | 348,30 | 0,00 | 6.798,30 |
| URP (ex AAS1) | Processi di riorganizzazione | Unificazione AOUTS ed AAS1 nel nuovo ASUITs | Analisi delle richieste dei cittadini attraverso il numero verde, e tutti gli sportelli Front-office- compresi i servizi territoriali- centralino. Pubblicazione sui siti aziendali dei percorsi richiesti dal cittadino- miglioramento della comunicazione interna- e precisa comunicazione esterna per favorire l'accesso e appropriatezza Responsabile: dott.ssa Sara Sanson Valutatore di prima istanza: Direttore Sanitario | Indicatori: evidenza dell'analisi e avvio dell'implementazione Modalità di valutazione: predisposizione delle informazioni e inoltro per la pubblicazione sui siti aziendali | 5 | 3 | | | 65 | 39 | 0 | 0 | 12,9 | 2.386,50 | 1.199,70 | 0,00 | 0,00 | 3.586,20 |

| STRUTTURA | Obiettivo Strategico regionale | Contesto / motivazione | Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza) | Target /Modalità di valutazione | Numero personale | | | | Proposta orario aggiuntivo | | | | media | BUDGET PER CATEGORIA | | | | BUDGET PROGETTO |
|--------------------------------------|----------------------------------|--|--|---|------------------|---|------|---|-----------------------------|----|------|---|-------------|----------------------|--------|--------|------|-----------------|
| | | | | | D-DS | C | B-BS | A | (Complessivo per categoria) | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | D-DS | C | B-BS | A | ORE/persona | D-DS | C | B-BS | A | Totale |
| URP (ex AOUTS) | Processi di riorganizzazione | Unificazione AOUTS ed AAS1 nel nuovo ASUTs | Attività progettuale finalizzata alla creazione, nell'ambito dei complessi ed articolati interventi di riqualificazione/ristrutturazione dell'Ospedale di Cattinara (prossima apertura cantieri), di una rete informativa e di comunicazione tra le Strutture e gli Uffici allo scopo di agevolare l'accesso e la fruizione dei servizi ospedalieri da parte dell'utenza Responsabile:dott.ssa Loredana Braico Valutatore di prima istanza: Direttore Sanitario | Indicatori: Analisi ed avvio dell'implementazione Modalità di valutazione: Produzione di report e relazione delle attività | 2 | | 1 | | 26 | 0 | 13 | 0 | 12,9 | 954,60 | 0,00 | 348,30 | 0,00 | 1.302,90 |
| DIREZIONE SANITARIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gestione dell'Offerta Ambulatoriale | Contenimento dei Tempi di attesa | Come definito dalla DGR 2034 del 16 ottobre 2017 "Organizzazione e regole per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per la gestione dei tempi d'attesa nella Regione Friuli Venezia Giulia" "per primo accesso (visita o esame strumentale) è da intendersi il primo contatto del paziente con il sistema sanitario per un determinato problema, cioè l'accesso in cui il problema di salute del cittadino viene affrontato per la prima volta e per il quale il prescrittore ha formulato un preciso quesito diagnostico ed eventualmente impostato un piano diagnostico terapeutico, ovvero la prima visita specialistica o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore". "Per prestazione di controllo è da intendersi la visita successiva o di controllo in cui un problema di salute, già noto, viene rivalutato a distanza e la documentazione scritta esistente viene aggiornata o modificata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita. Per le visite/prestazioni di controllo non si utilizzano le classi di priorità". | Riorganizzazione dei servizi dedicati al monitoraggio dell'offerta della specialistica ambulatoriale al fine di permettere un governo dell'offerta centralizzato che garantisca l'offerta delle prestazioni nei tempi di attesa previsti dalla normativa vigente ed un'offerta equilibrata su tutta la provincia di Trieste. Analizzare i servizi, le prestazioni offerte e le modalità organizzative presenti sul territorio triestino rilevando le criticità anche sulle modalità di prenotazione di alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale. Consentire la prenotazione delle prestazioni di controllo su agende dedicate così da garantire la prestazione di controllo nei tempi previsti dallo specialista ed evitare che i posti stimati e dedicati alle agende di prenotazione per le prime visite siano utilizzati impropriamente per visite specialistiche di controllo. Responsabile Dott.ssa C. Zappetti Valutatore di I istanza Direttore DAT | - coinvolgimento dei singoli professionisti ad per la prescrizione e l'utilizzo delle agende di prenotazione per le visite con criteri di priorità e le prestazioni di controllo: relazione; - aumento del 10% dei volumi delle prestazioni B e D erogate dai privati accreditati; | 2 | 1 | 2 | | 26 | 13 | 26 | 0 | 12,9 | 954,60 | 399,90 | 696,60 | 0,00 | 2.051,10 |
| Direzione infermieristica | R-C | In rapporto alle necessità dell'avvio dei cantieri di Cattinara (n, 8) e a sostegno dell'attuazione LR 17/2014 e delle progettualità aziendali (PAL 2017) la Direzione Infermieristica attua interventi specifici per: - rimodula la dotazione di personale di assistenza in rapporto agli accorpamenti e ai traslochi ed effettua trasferimenti; - coordina puntualmente i trasporti intraospedalieri della ditta appaltatrice nelle situazioni straordinarie che esulano dalla programmazione corrente; | 1) Rimodulare la dotazione di personale di assistenza in rapporto ai traslochi e agli accorpamenti attraverso i seguenti interventi: a) realizzare la mobilità interna (volontaria o su proposta) del personale di assistenza; b) sostenere la programmazione degli accorpamenti delle strutture e dei servizi attraverso un'analisi della complessità assistenziale e la redistribuzione del personale di assistenza, fornendo dati e proposte. c) governare l'acquisizione del personale in relazione al sensibile esodo degli infermieri e OSS per mobilità extraregionale e riassegnare gli operatori tenendo conto delle expertise curricolari , delle attitudini e del percorso di formazione del neoinserito; c) avviare e sostenere la selezione di circa 400 infermieri a tempo determinato per assicurare la copertura del turnover e la sostenibilità delle progettualità aziendali; d) proporre l'avvio di una selezione di OSS per l'assunzione a tempo determinato e assicurare la copertura del turnover. e) accoglienza e formazione dei neoassunti 2) Coordinare la Ditta in appalto per la gestione dei trasporti intraospedalieri in relazione ai traslochi, agli accorpamenti e eventi straordinari. 3) Verificare, monitorare, registrare le prestazioni aggiuntive aziendali per il mantenimento dei livelli assistenziali e di attività nel periodo estivo Responsabile: Direttore Infermieristico Valutatore di I Istanza: Direttore Sanitario | Indicatori: Almeno 150 persone trasferite con mobilità interna Relazione con evidenza de - numero di infermieri selezionati con colloquio (avviso pubblico); - riunioni di coordinamento per l'avvio dei traslochi e accorpamenti e report; - numero di colloqui di assunzione e di assegnazione ai servizi; -formazione dei neoassunti sulla filosofia del nursing aziendale : 4 ore di formazione e raccolta delle esperienze dei neoinseriti con intervista o questionario; - numero di eventi che hanno richiesto disposizioni scritte (via mail o note cartacee del DEC). | 6 | | | | 52 | 0 | 0 | 0 | 8,6 | 1.909,20 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.909,20 |
| Direzione infermieristica | R-C | In linea e in modo coordinato con gli indirizzi del gruppo Risk mangement della Direzione Centrale del FVG, la Direzione Infermieristica promuove l'attività di prevenzione, ma anche il corretto trattamento delle lesioni da pressione assicurando l'assegnazione dei materassi antidecubito in raccordo con i coordinatori infermieri e la ditta appaltatrice e fornendo consulenza e formazione sul campo per l'impostazione del PAI nei servizi ospedalieri e territoriali | Fornire - per il corretto trattamento dei casi di lesioni da pressione- attività di valutazione, consulenza e impostazione del PAI in collaborazione con il personale dei servizi realizzando così la formazione sul campo per l'utilizzo coretto (e non spreco) delle medicazioni avanzate. Responsabile: Direttore Infermieristico Valutatore di I Istanza: Direttore Sanitario | Indicatore - garantire la prima visita e l'impostazione del PAI in collaborazione col personale dei servizi: almeno 80 casi complessi . Periodo progettuale: anno 2017 | 2 | | | | 17 | 0 | 0 | 0 | 8,6 | 636,40 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 636,40 |
| SSD Servizio Riabilitativo Aziendale | d) Percorsi di riabilitazione | Nell'applicazione delle indicazioni della LR.17 dd 16/10/2014 per mantenere e migliorare la continuità assistenziale e delle cure. Garantire l'appropriatezza del percorso riabilitativo per le persone residenti nella provincia di Trieste, con esiti di intervento chirurgico di protesi di elezione effettuato presso strutture fuori provincia e ricoverati presso la Casa di Cura Pineta del Carso | Obiettivo: valutazione di tutti i pazienti, residenti nella provincia di Trieste, ricoverati presso la Casa di Cura Pineta del Carso in esiti di intervento chirurgico di protesi di elezione effettuato presso strutture fuori provincia. Responsabile: Referente Riabilitazione Aziendale Valutatore di I Istanza: Direttore Sanitario | Indicatori: valutazione almeno del 90% dei pazienti, con scheda multidimensionale (come da protocollo riabilitativo), residenti nella provincia di Trieste e ricoverati presso la Casa di Cura Pineta del Carso con esiti di intervento chirurgico di protesi di elezione effettuato presso strutture fuori provincia. Definizione del setting riabilitativo se necessario. Modalità di valutazione: 1. Registro interno (copia frontespizio scheda multidimensionale effettuata) 2. scheda multidimensionale presente nella cartella clinica della struttura | 1 | | | | 9 | 0 | 0 | 0 | 8,6 | 318,20 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 318,20 |
| SSD Servizio Riabilitativo Aziendale | c) Interventi socio-sanitari | La LR41/1996 declina la composizione e compiti dell'EMH. La LR.17 dd 16/10/2014 nella definisce nel Distretto socio-sanitario l'integrazione tra i diversi servizi sanitari,socioassistenziali e socioassistenziali, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione | Obiettivo: visto il nuovo assetto organizzativo di ASUTs e l'attuazione delle UTI predisporre un nuovo regolamento, condiviso tra tutti gli attori socio-sanitari, dell'EquipeMultidisciplinare dell'Handicap (EMH) Responsabile: Referente Riabilitazione Aziendale Valutatore di I Istanza: Direttore Sanitario | Indicatori: predisposizione del nuovo regolamento dell'Equipe Multidisciplinare dell'Handicap (EMH) entro dicembre 2017 | 1 | | | | 9 | 0 | 0 | 0 | 8,6 | 318,20 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 318,20 |

| STRUTTURA | Obiettivo Strategico regionale | Contesto / motivazione | Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I Istanza) | Target /Modalità di valutazione | Numero personale | | | | Proposta orario aggiuntivo | | | | media | BUDGET PER CATEGORIA | | | | BUDGET PROGETTO |
|---|--|---|---|--|------------------|---|------|---|-----------------------------|----|------|---|-------------|----------------------|----------|----------|--------|-----------------|
| | | | | | D-DS | C | B-BS | A | (Complessivo per categoria) | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | D-DS | C | B-BS | A | ORE/persona | D-DS | C | B-BS | A | Totale |
| Assistenza Farmaceutica | h) integrazione ospedale/territorio e sviluppo percorsi assistenziali | La distribuzione diretta di farmaci ad opera della Farmacie aziendali per pazienti in dimissione da ricoveri e/o visite ambulatoriali rappresenta uno strumento di tutela per il pz e di garanzia di continuità farmaco terapeutica tra ospedale e territorio, nonché di verifica dell'appropriatezza di utilizzo dei farmaci sia per quelli di fascia A, poi prescrivibili in continuazione di cura ad opera del medico generale, ma anche per quelli specialistici che abbisognano di stretto monitoraggio. Assume infine una importante valenza di carattere economico ai fini del contenimento della spesa farmaceutica. Ordini, stoccaggio consegne, rendicontazioni varie, di tutto il materiale rimangono interamente in capo alla Farmacia di ASUITS, unica nel novero regionale, a non aver transitato dette funzioni in EGAS. Fondamentale a riguardo il supporto del personale del comparto per tutti gli aspetti logistico-amministrativi. | Assolvere al potenziamento della distribuzione diretta di farmaci che vede coinvolta sempre un numero maggiore di molecole erogabili per legge in esclusiva soltanto attraverso questo sistema di erogazione. Responsabile: Direttore SC Valutatore di I Istanza: Direttore Sanitario | Assicurare per il 2017 tutte le richieste dei centri di costo ospedalieri per la dimissione diretta che dovrà risultare superiore in numero di assistiti serviti e/o di movimentazioni in numero di confezioni rispetto il 2016. Target A= pazienti 2017 /pazienti 2016 > 1.0 Target B= numero confezioni 2017/ numero confezioni 2016 > 1 | 4 | 2 | 16 | 1 | 34 | 17 | 138 | 9 | 8,6 | 1.272,80 | 533,20 | 3.715,20 | 206,40 | 5.727,60 |
| SC Assistenza Farmaceutica | a) Processi di riorganizzazione (favorire le aree e i settori critici coinvolti nei processi di riorganizzazione coerenti con le tematiche della programmazione regionale e dell'applicazione dell'Atto Aziendale) | Nell'ambito della Distribuzione per Conto (DPC) accade che vengono resi farmaci ai grossisti dalle Farmacie convenzionate sul territorio della provincia di Trieste per le seguenti motivazioni: 1) interruzione della catena del freddo 2) farmaci danneggiati 3) farmaci scaduti 4) farmaci erroneamente prenotati 5) farmaci invenduti 6) altri casi L'EGAS (Ente che si occupa dell'acquisto dei farmaci per conto delle Aziende Sanitarie regionali) addebita ad ASUITS l'intero costo dei suddetti farmaci e pertanto la SC Assistenza Farmaceutica deve addebitare detti costi alle Farmacie che non hanno rispettato le modalità | Obiettivo: Predisposizione della procedura relativa all'addebito alle Farmacie dei costi farmaci DPC non più utilizzabili Inoltro delle comunicazioni di addebito alle Farmacie Responsabile: Direttore SC Valutatore di I Istanza: Direttore Sanitario | Indicatori: - Procedura relativa all'addebito alle Farmacie dei costi farmaci non più utilizzabili, come da fatture EGAS a carico di ASUITS Modalità di valutazione: - Invio della Procedura di addebito alle Farmacie al Responsabile della SC Assistenza Farmaceutica - Invio delle comunicazioni di addebito alle Farmacie - Inserimento degli addebiti nelle Distinte Contabili Riepilogative (DCR) mensili delle Farmacie | 1 | | 1 | | 13 | 0 | 13 | 0 | 12,9 | 477,30 | 0,00 | 348,30 | 0,00 | 825,60 |
| SC Prevenzione e Protezione Aziendale | Integrazione ospedale/territorio | L'unificazione dei servizi di prevenzione ex-AAS1 ed ex AOUTS confluiti in una Struttura unica della nuova azienda ASUITS ha comportato un'attività supplementare da parte di tutti gli addetti e una serie di interventi volti ad individuare ed applicare una strategia unitaria e condivisa nel campo della sicurezza dei luoghi di lavoro. L'obiettivo per l'anno 2017 è di completare gli interventi intrapresi nel corso dell'anno 2016. Linea A: le procedure operative di sicurezza sono un elemento fondamentale nella prevenzione. Devono essere uniche per tutte le attività omogenee. Linea B: il numero e la distribuzione delle sedi aziendali territoriali rende necessaria un'attività supplementare di sopralluoghi delle sedi di lavoro. Linea C: presso le sedi ospedaliere è attivo un sistema di audit di secondo livello nei luoghi di lavoro (facility tour), necessaria l'estensione di tale attività anche alle sedi territoriali. Linea D: messa in atto delle misure conseguenti all'approvazione del regolamento aziendale sul divieto di fumo. Linea E: aggiornamento dell'elenco degli agenti chimici utilizzati in ASUITS. | Linea A: aggiornamento/armonizzazione/integrazione procedure operative di sicurezza (POS) Linea B: sopralluoghi gruppi sedi territoriali Linea C: sperimentazione dei facility tour sedi territoriali sulla base dello schema impostato nel 2016 Linea D: redazione circolare esplicativa; predisposizione corso di formazione per i soggetti accertatori; verifica della situazione in essere e aggiornamento degli elenchi dei soggetti accertatori; verifica e aggiornamento della segnaletica specifica; predisposizione dei punti blu. Linea E: creazione di un elenco aggiornato dei reagenti chimici utilizzati in ASUITS in conformità con il regolamento CLP Responsabile attività: Direttore SC SPPA Valutatore di prima istanza: Direzione Sanitaria | Indicatori Linea A: 6 procedure aggiornate Linea B: 6 sopralluoghi Linea C: facility sedi distretti 1,2,3,4 e relativi sopralluoghi di survey Linea D: redazione della circolare; realizzazione di almeno una edizione del corso per i soggetti accertatori; realizzazione di un elenco aggiornato dei soggetti accertatori; aggiornamento delle planimetrie e della segnaletica di legge in almeno il 50% delle aree aziendali; realizzazione dei punti blu delle sedi di Cattinara, Maggiore e Farneto. Linea E: tabelle aggiornate dei reagenti utilizzati in 15 reparti di Cattinara, 7 reparti dell'ospedale Maggiore, 4 laboratori e 5 sedi territoriali riportanti le frasi di rischio secondo il regolamento CLP Modalità di valutazione: Relazione conclusiva sulle attività svolte (vedi indicatori di valutazione) | 9 | 8 | 11 | 0 | 77 | 69 | 95 | 0 | 8,6 | 2.863,80 | 2.132,80 | 2.554,20 | 0,00 | 7.550,80 |
| SS Verifiche Strutture Pubbliche e Private | A) riorganizzazione servizio ai fini applicazione DGR 1321/14 per controllo prestazioni sanitarie | Aumento attività, rispetto a quella ordinaria relativa alle liquidazioni del privato accreditato, nei 4 mesi dell'anno ai fini di espletare i controlli semestrali di appropriatezza delle prestazioni previsti dalla DGR 1321/14, in mancanza delle risorse umane aggiuntive all'uopo richieste e necessarie. | Obiettivo: rispetto procedura e tempistica DGR 1321/14 per controllo erogato semestrale Strutture private accreditate (entro 30 aprile ed entro ottobre). Percorsi per recupero ticket non corrisposti da pazienti per errori prescrittori Responsabile: Dr.Maddalena Grella Valutatore di I Istanza: Direttore DAT | Indicatori: 15 verbali stilati, 40 pazienti contattati (vie brevi e /o lettera) , 30 prescrittori contattati Modalità di valutazione: Relazione del Responsabile sull'attività svolta con evidenza dei dati di cui agli indicatori | | 1 | 1 | | 0 | 9 | 9 | 0 | 8,6 | 0,00 | 266,60 | 232,20 | 0,00 | 498,80 |
| DIREZIONE SOCIO SANITARIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UFF. SERVIZIO CIVILE e RAPPORTI CON IL III SETTORE: Sari Massiotta DIREZIONE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI: Fabiola Caputo | c) Interventi sociosanitari | Nell'ottica di condividere esperienze, reti e percorsi, rafforzare e ottimizzare la capacità aziendale di "fare sistema" con le organizzazioni dei cittadini ed i soggetti del terzo settore attivi sul territorio (sistema di welfare locale - PAL 2017), l'obiettivo si situa nel contesto delle azioni di verifica, confronto, armonizzazione e "messa a norma" di procedure, prassi e rapporti in essere (talvolta non formalizzati) con tali soggetti, nell'ambito delle strutture sia territoriali che ospedaliere, ai sensi della regolamentazione aziendale e della normativa di settore vigente, anche alla luce delle norme di più recente adozione (D.Lgs. 03.07.2017, n. 117, "Codice del Terzo settore, a norma dell'art. 1, c. 2, lett. b), della L. 6 giugno 2016, n. 106) | - Rilevazione/mappatura dei soggetti e delle tipologie di rapporti in essere (E165 ovvero derivanti da "prassi" non formalizzate) da parte delle strutture territoriali ed ospedaliere con i soggetti del c.d. "terzo settore" (art. 14, c. 2, L.R. 6/2006 e D.Lgs. 03.07.2017, n. 117, "Codice del Terzo settore"); - valutazione delle eventuali necessità di regolamentazione e/o formalizzazione; - progressiva armonizzazione di modalità e procedure di rapporto e raccordo con i soggetti del terzo settore, che ricomprendano fabbisogni e peculiarità delle due ex aziende Responsabile e valutatore di I Istanza: Paoletti Flavio | Indicatori. - avvenuta mappatura mediante invio apposite schede di rilevazione alle strutture territoriali e ospedaliere, relativa raccolta ed analisi - segnalazione fabbisogni (procedure di formalizzazione) alle strutture competenti Modalità di valutazione: Relazione sull'attività svolta contenente evidenza dei risultati conseguiti in relazione agli indicatori | 2 | | | | 26 | 0 | 0 | 0 | 12,9 | 954,60 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 954,60 |

| STRUTTURA | Obiettivo Strategico regionale | Contesto / motivazione | Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza) | Target /Modalità di valutazione | Numero personale | | | | Proposta orario aggiuntivo | | | | media | BUDGET PER CATEGORIA | | | | BUDGET PROGETTO |
|---|-------------------------------------|---|--|---|------------------|---|------|---|-----------------------------|----|------|---|-------------|----------------------|----------|----------|------|-----------------|
| | | | | | D-DS | C | B-BS | A | (Complessivo per categoria) | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | D-DS | C | B-BS | A | ORE/persona | D-DS | C | B-BS | A | Totale |
| DIREZIONE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI: Ferluga Donatella (20 ore) SSD Aggiornamento e Formazione: Glavina Sandro (15 ore); Guanin Paolo(15 ore); Minasi Francesco (15 ore) | c) Interventi socio-sanitari | Orientamento di carattere generale , rivolto alle frequenze istituzionali che a vario titolo accedono presso le strutture aziendali, in tema di organizzazione e tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro | 1. Gestione amministrativa a) Individuazione degli aventi diritto b) Creazione di una lista di nominativi che poi verranno distribuiti nelle varie sessioni informative. c) Verifica delle scadenze degli accessi d) Suddivisione dei nominativi tra i corsi FAD e quelli in aula e) trasmissione alle strutture coinvolte dei nominativi e relative schede f) archiviazione degli attestati nei fascicoli 2. Gestione del percorso-evento a) Inserire la progettazione del percorso-evento residenziale non ecm in GFOR; b) Validare il progetto; c) Aggiornare il progetto con l'inserimento delle edizioni; d) Predisporre i documenti di registrazione: registro docente, registro partecipante, schede di iscrizione; e) Predisporre i documenti per la valutazione del gradimento da parte dei partecipanti; f) Predisporre i documenti informativi per i partecipanti; g) Predisporre gli attestati di partecipazione h) Riprodurre ed assemblare il kit dei partecipanti comprendente anche la prova di verifica Responsabile e valutatore di I istanza: Paoletti Flavio | a)Verifica della documentazione prodotta e individuazione degli aventi diritto ad essere orientati - Almeno l'80 rispetto le richieste pervenute b)Predisposizione di un elenco di nominativi -scremato di chi non necessita dell'orientamento - Almeno l'80 % rispetto il personale richiedente c)Verifica delle scadenze degli accessi - Almeno l'80% rispetto il personale richiedente d)Verifica delle tipologie di richiesta anche in base al percorso di studi e relativa suddivisione degli interessati nelle due tipologie di orientamento offerte (nel caso non parta il corso FAD regionale si provvederà con orientamento in aula) - Almeno l'80% rispetto il personale selezionato e)Trasmissione alle altre strutture coinvolte dei nominativi selezionati - Almeno l'80% rispetto il personale selezionato f)Archiviazione nei fascicoli degli attestati di frequenza - Almeno l'80% rispetto il personale selezionato a) b) A+B =Verifica esistenza codice GFOR ASUITS c) d) e) C =Verifica "edizioni aperte" f) D+E +F= tracciabilità della presenza dei documenti nella check list H=verifica del kit come da registrazione nella check list. 100% della documentazione e predisposizione degli attestati del 100% dei partecipanti che hanno effettuato almeno il 90% del percorso-evento e superato la prova di verifica | 3 | 1 | | | 39 | 13 | 0 | 0 | 12,9 | 1.431,90 | 399,90 | 0,00 | 0,00 | 1.831,80 |
| Distretto 4 Micoraree | c) Interventi socio-sanitari | Formazione specifica, rivolta agli studenti dell'alternanza scuola lavoro in merito alla cultura della non violenza. Trasmissione ai giovani delle nozioni relative ai percorsi della difesa personale contro la violenza sia fisica che psicologica. | a) Individuazione delle scuole interessate b) Creazione di una lista nominale interessata ad aderire al progetto c) preparazione del pacchetto formativo da presentare alle scuole d) lezioni frontali in aula o in azienda e) accompagnamento dei studenti nelle strutture che sono in prima linea nella materia di riferimento (GOAP, Stella Polare, Questura di Trieste ecc.) Responsabile e valutatore di I istanza: Paoletti Flavio | a)Elenco Scuole agganciate - 100% rispetto le richieste pervenute b)Elenco degli studenti interessati - 100% rispetto il personale richiedente c)Elenco sessioni di formazione - 100% rispetto le sessioni organizzate d)Elenco studenti formati - 100% rispetto il personale selezionato e)Elenco visite guidate in luoghi deputati - 100% rispetto quanto previsto nel progetto formativo | 2 | | 1 | | 17 | 0 | 9 | 0 | 8,6 | 636,40 | 0,00 | 232,20 | 0,00 | 868,60 |
| GEVAP | c) Interventi socio-sanitari | Attivazione sperimentale "Convenzione tra la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia e l'ASUI TS, per l'attivazione degli strumenti personalizzati di integrazione lavorativa ai sensi della delibera della Giunta Regionale 4 dicembre 2015, n. 2429" | Erogazione dell'incentivo e dei rimborsi Responsabile e valutatore di I istanza: Paoletti Flavio | Indicatori: 100% incentivi e rimborsi erogati entro la tempistica prestabilita (2017) Modalità di valutazione: Relazione dettagliata con evidenza dei pagamenti e delle tempistiche | 1 | 1 | | | 9 | 9 | 0 | 0 | 8,6 | 318,20 | 266,60 | 0,00 | 0,00 | 584,80 |
| DSM | c) Interventi socio-sanitari | Attivazione sperimentale "Convenzione tra la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia e l'ASUI TS, per l'attivazione degli strumenti personalizzati di integrazione lavorativa ai sensi della delibera della Giunta Regionale 4 dicembre 2015, n. 2429" | Gestione della fase operativa mediante: Individuazione soggetti disabili in carico a DDD/DSM per cui effettuare il percorso di inserimento lavorativo, Individuazione enti ospitanti in cui inserire i tirocinanti in raccordo con il collocamento mirato, Compilazione moduli di segnalazione e disponibilità in raccordo con il collocamento mirato, Compilazione dei progetti formativi in raccordo con la Direzione Sociosanitaria, Monitoraggio continuo dei tirocinanti. Responsabile e valutatore di I istanza: Paoletti Flavio | Avviato il percorso di inserimento lavorativo per il 100% dei soggetti individuati da DDD/DSM e giudicati idonei da comitato tecnico fino a esaurimento dei fondi predisposti 100% dei tirocini sono attivati e monitorati mediante scheda Modalità di valutazione: Relazione dettagliata con evidenza dei percorsi attivati e monitoraggio | 8 | 1 | 0,8 | | 69 | 9 | 7 | 0 | 8,6 | 2.545,60 | 266,60 | 185,76 | 0,00 | 2.997,96 |
| DIREZIONE AMMINISTRATIVA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SC Affari Generali e Legali | H) integrazione ospedale/territorio | Il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha messo a disposizione delle Aziende Sanitarie, attraverso il portale denominato " Sistema TS" , l'elenco di cittadini che hanno usufruito indebitamente dell'esenzione per motivi di reddito e che dovranno pagare le prestazioni fruitive in esenzione. Si tratta di migliaia di posizioni, a partire dal 2011 La trasmissione delle note di richiesta all'utenza con l'allegato estratto conto delle prestazioni fruitive, implicherà una massiccia ricaduta sull'ufficio in termini di richieste di informazioni, verifiche . In considerazione della mole del recupero, viene coinvolto a vario titolo e con varie attività, tutto il personale della Scagl . Visto inoltre l'avvio sperimentale di tale procedura, si effettuerà la verifica su 1500 posizioni riguardanti il 2011, 2012, 2013 e 2014 | In considerazione dell' istituzione dell' Asuits e della prossima unificazione degli uffici che trattano il recupero crediti dell' ex Aou e ex Ass 1, si è voluto sperimentare un percorso con procedure unificate per questa particolare e nuova tipologia di recupero. Questa attività è stata prevista dal decreto del MEF (Decreto 11 dicembre 2009 – verifica esenzioni in base al reddito dalla compartecipazione alla spesa sanitaria tramite supporto del Sistema tessera sanitaria) a non era ancora operativa nella nuova azienda Responsabile del progetto : Direttore Scagl Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo | Apertura n. 1.500 posizioni dal portale Sistema TS Evidenza dell' apertura delle posizioni e predisposizione di un report | 7 | 7 | 5 | | 90 | 90 | 65 | 0 | 12,9 | 3.341,10 | 2.799,30 | 1.741,50 | 0,00 | 7.881,90 |
| S.C. AFFARI GENERALI | R-A | Riordino istituzionale previsto dalla LR 17/2014 con riferimento all'incorporazione dell'AOUS nell'AAS 1 Triestina. L. n. 191/2009 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (Legge finanziaria 2010). Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 2, c. 222, periodi 11°, 12°, 14° e 15°: le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, c. 2, del D.Lgs. n. 165/2000, effettuano - entro il 31 dicembre di ogni anno - un censimento degli immobili di loro proprietà, degli immobili strumentali e di quelli in godimento a terzi. | OBIETTIVO: In attuazione delle disposizioni di cui alla L. n. 191/2009 e s.m.e.i., entro il 31 ottobre 2017 (salvo proroghe), verranno inseriti sul Portale Tesoro https://portalesor.mef.gov.it tutti i dati relativi ai beni immobili di proprietà dell'A.S.U.I.Ts, con indicazione di quelli strumentali e di quelli in godimento a terzi con riferimento all'anno 2016, a seguito della preventiva ricerca della documentazione agli atti della S.C. Affari Generali ovvero agli atti di altre Strutture dell'ex A.O.U.Ts, contenenti i dati medesimi. RESPONSABILE ATTIVITA': S.C. AFFARI GENERALI. Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo | TARGET: Completato l'inserimento dei dati l'Amministrazione deve darne comunicazione al MEF per mezzo di una nuova piattaforma informatica ministeriale. MODALITA' DI VALUTAZIONE: notifica di avvenuto inserimento/comunicazione (le modalità di notifica verranno rese note al termine dell'inserimento dei dati immobiliari) e/o relazione sull'attività svolta. | 3 | 1 | | | 39 | 13 | 0 | 0 | 12,9 | 1.431,90 | 399,90 | 0,00 | 0,00 | 1.831,80 |

| STRUTTURA | Obiettivo Strategico regionale | Contesto / motivazione | Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza) | Target /Modalità di valutazione | Numero personale | | | | Proposta orario aggiuntivo | | | | media | BUDGET PER CATEGORIA | | | | BUDGET PROGETTO |
|--|--|---|--|---|------------------|----|------|---|-----------------------------|-----|------|---|-------------|----------------------|-----------|----------|------|-----------------|
| | | | | | D-DS | C | B-BS | A | (Complessivo per categoria) | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | D-DS | C | B-BS | A | ORE/persona | D-DS | C | B-BS | A | Totale |
| S.C. AFFARI GENERALI | R-A | Riordino istituzionale previsto dalla LR 17/2014 con riferimento all'incorporazione dell'AOUTS nell'AAS 1 Triestina. Valorizzazione dell'apporto del Terzo Settore a supporto delle attività istituzionali dell'A.S.U.I.Ts. Omogeneizzazione dei rapporti convenzionali con il mondo dell'Associazione no profit nell'ambito della normativa di riferimento, anche alla luce del nuovo Codice del Terzo Settore (D.Lgs. n.117/2017). | Obiettivo: approfondimento dello studio della normativa d'interesse e predisposizione dello schema tipo convenzionale per i rapporti con il mondo dell'Associazione no profit (Associazioni di volontariato e di promozione sociale, Associazioni civili, ecc.) con evidenza dei documenti/dichiarazioni necessari ai fini della stipula. Responsabile: Direttore della SC Affari Generali Valutatore di prima istanza | Indicatori: schema tipo convenzionale per i rapporti con il mondo dell'Associazione no profit (Associazioni di volontariato e di promozione sociale, Associazioni civili, ecc.) con evidenza dei documenti/dichiarazioni necessari ai fini della stipula. Modalità di valutazione: cfr. indicatori | 2 | | 2 | | 26 | 0 | 26 | 0 | 12,9 | 954,60 | 0,00 | 696,60 | 0,00 | 1.651,20 |
| S.C. Gestione e Valorizzazione del Personale - SS Acquisizione del Personale | | Confronto organigramma ex AAS1 e ex AOOTS con nuovo organigramma ASUI | Obiettivo: Realizzazione di un nuovo assetto degli incarichi, in base all'organigramma di cui alla proposta di Atto Aziendale dell'A.S.U.I. Responsabile: Direttore SC Valutatore di I istanza: | Indicatori: Trasmissione del nuovo assetto alla responsabile della Funzione di coordinamento "Gestione del personale" entro il 31/12/17 | 2 | 2 | | | 26 | 26 | 0 | 0 | 12,9 | 954,60 | 799,80 | 0,00 | 0,00 | 1.754,40 |
| S.C. Gestione e valorizzazione del personale | | Com'è noto, a seguito del complesso percorso di riforma del Servizio sanitario regionale, avviato con LR 17/2014 e proseguito con la sottoscrizione del protocollo d'intesa Regione/Università e la costituzione dell'Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste, con i decreti 242/2016 e 263/2016 sono state adottate, nelle more dell'adozione ed attuazione del nuovo atto aziendale, le prime determinazioni relative all'assetto istituzionale ed organizzativo. Con l'ulteriore decreto 724/2016, sempre nelle more della riorganizzazione di cui sopra, le funzioni inerenti la gestione amministrativa del personale di cui alla medicina convenzionata, unitamente al personale dedicato a questa funzione, sono transitate dalla SS Gestione convenzioni di medicina generale e specialistica alla SC Gestione e valorizzazione del personale. La complessità della materia e la necessità di gestire il personale a questa afferente hanno reso necessario individuare un dirigente referente per l'intero settore trasferito, individuato nel dott. Giovanni Maria Farina. All'esito dell'incorporazione della materia è stato rilevato che i percorsi procedurali seguiti dal personale afferente la materia della medicina convenzionata sono risultati non definiti in maniera uniforme, in particolare con riferimento alle assegnazioni degli incarichi provvisori, a tempo determinato e di sostituzione. | Obiettivo: uniformare i procedimenti inerenti la materia della medicina convenzionata in conformità all'organizzazione della SC gestione e valorizzazione del personale. Responsabile: dott. ssa Cristina Turco Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo | Indicatori: predisporre, entro il 31.12.2017, la bozza del regolamento aziendale per l'assegnazione degli incarichi provvisori, a tempo determinato e di sostituzione inerenti la medicina convenzionata Modalità di valutazione: Verifica della predisposizione della bozza di regolamento entro il termine indicato. | 2 | 2 | 2 | | 26 | 26 | 26 | 0 | 12,9 | 954,60 | 799,80 | 696,60 | 0,00 | 2.451,00 |
| Ufficio del Personale TEAM OPERATIVO DI PROGETTO | Progressioni Economiche Orizzontali 2017 | applicazione degli accordi 2016 relativi alle progressioni economiche orizzontali per il 2017 per ex AAS1 ed ex AOOTS | Obiettivo: applicazione degli accordi relativi alle progressioni economiche orizzontali per il 2017 per ex AAS1 ed ex AOOTS; Costituzione del gruppo di lavoro; elaborazione delle schede dei punteggi delle carriere per gli aventi diritto; elaborazione del file valutazioni; formulazione della graduatoria provvisoria e definitiva; produzione dei due decreti finali. Responsabile: dott. ssa Cristina Turco Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo | Target: Elaborazione e pubblicazione delle graduatorie definitive ex AAS1 ed ex AOOTS volte al pagamento delle fasce 2017 negli stipendi di novembre. Modalità di valutazione: pubblicazione dei 2 decreti e inserimento nella procedura stipendiale di novembre degli aventi diritto. | 7 | 10 | 3 | | 229 | 327 | 98 | 0 | 32,7 | 8.464,12 | 10.130,80 | 2.647,08 | 0,00 | 21.242,00 |
| SS.Trattamento Giuridico | Progressioni Economiche Orizzontali 2017 | supporto all'applicazione degli accordi ex AAS ed ex AOOTS | Supporto al Team di progetto, mediante controlli sui servizi progressi; e supporto ai responsabili di progetto nel controllo dei punteggi e nell'inserimento nei file; Responsabile: dott. ssa Cristina Turco Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo | Target: effettuazione dei controlli finalizzati alla pubblicazione della graduatoria nei termini prefissati. Modalità di valutazione: relazione del responsabile di progetto sull'attività svolta. | 2 | 3 | | | 26 | 39 | 0 | 0 | 12,9 | 954,60 | 1.199,70 | 0,00 | 0,00 | 2.154,30 |
| Gestioni Trattamento Economico e Contributi | Progressioni Economiche Orizzontali 2017 | supporto all'applicazione degli accordi ex AAS ed ex AOOTS | Obiettivo: attività di supporto/consulenza ed erogazione fasce retributive al personale avente diritto in base alle graduatorie ed alle risorse disponibili e conseguenti adempimenti contributivi e fiscali Responsabile: dott. ssa Cristina Turco Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo | Target: liquidazione fasce retributive al personale avente diritto entro la prima mensilità utile dopo l'approvazione definitiva delle graduatorie e conseguenti adempimenti contributivi e fiscali Modalità di valutazione: relazione del responsabile dell'ufficio sull'attività svolta ed emissione di una circolare al Personale del Comparto nella mensilità di erogazione | 4 | 2 | 1 | | 52 | 26 | 13 | 0 | 12,9 | 1.909,20 | 799,80 | 348,30 | 0,00 | 3.057,30 |
| SC GEVAP - SS Relazioni Sindacali | Processi di riorganizzazione | Riordino istituzionale previsto dalla LR 17/2014, con riferimento alla incorporazione della AOU TS nell'AAS n. 1. Supporto alla definizione delle politiche di gestione dei fondi contrattuali del personale dipendente | Obiettivo: definizione dell'impianto di finalizzazione delle risorse del fondo di produttività dell'ASUI TS 2017. Responsabile: dott. ssa Cristina Turco Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo | Indicatori: Analisi degli impieghi annuali delle risorse del fondo produttività delle due ex Aziende e conseguente elaborazione degli impieghi da definire nell'ambito delle risorse dell'ASUI TS. Elaborazione di una proposta di ipotesi di accordo. Modalità di valutazione: 1.Presentazione di una bozza di contratto collettivo integrativo da inoltrare con not@ alla Direzione Amministrativa. entro il 31 maggio 2017. 2.Avvio della negoziazione e presentazione alla Direzione Amministrativa della bozza di contratto adeguata sulla base dell'esito del negoziato entro il 31/12/2017 | 2 | | | | 26 | 0 | 0 | 0 | 12,9 | 954,60 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 954,60 |
| Contabilità Economico Patrimoniale e Finanza e Controllo | Processo di riorganizzazione: Integrazione delle funzioni territoriali e ospedaliere | Riordino istituzionale previsto dalla LR 17/2014 nell'ambito della Ragioneria mediante attuazione delle soluzioni individuate per l'omogeneizzazione delle procedure | Attuazione delle procedure uniformi, trasferimento delle unità di personale per le funzioni trasferite ad altre Strutture, redistribuzione e ripartizione dei carichi di lavoro Responsabili progettuali: dott.ssa Contento e dott.ssa Rozzini Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo | Relazione conclusiva dei Responsabili del progetto sull'attività svolta entro il 31/12/2017 attestante: 1) la formalizzazione delle procedure oggetto di omogeneizzazione 2) l'evidenza del personale trasferito ad altre Strutture 3) evidenza della ripartizione delle attività tra il personale afferente alla Struttura in relazione alla redistribuzione dei lavori | 16 | 12 | 4 | | 206 | 155 | 52 | 0 | 12,9 | 7.636,80 | 4.798,80 | 1.393,20 | 0,00 | 13.828,80 |
| SC Gestione Stabillimenti | Processo di riorganizzazione | Oltre alla variazione di assetto aziendale, è in corso anche un cambiamento del sistema di gestione del patrimonio con avvio di contratti diversi rispetto a quelli attualmente sottoscritti. | Redazione di un documento di ricognizione relativo alle principali strutture e impianti dei presidi ospedalieri Responsabile attività: ing. Elena Clio Pavan Valutatore di prima istanza: Direttore Amministrativo | Trasmissione del documento al Direttore di SC entro il 31.12.2017 | 3 | 4 | 1 | | 39 | 52 | 13 | 0 | 12,9 | 1.431,90 | 1.599,60 | 348,30 | 0,00 | 3.379,80 |

| STRUTTURA | Obiettivo Strategico regionale | Contesto / motivazione | Obiettivo aziendale (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza) | Target /Modalità di valutazione | Numero personale | | | | Proposta orario aggiuntivo | | | | media | BUDGET PER CATEGORIA | | | | BUDGET PROGETTO |
|------------------------------------|---------------------------------|---|---|--|------------------|-------|-------|------|-----------------------------|------------|-----------|-----------|-------------|----------------------|-----------|----------|------|-----------------|
| | | | | | D-DS | C | B-BS | A | (Complessivo per categoria) | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | D-DS | C | B-BS | A | ORE/persona | D-DS | C | B-BS | A | Totale |
| SC Gestione Stabilmienti | Processo di riorganizzazione | Oltre alla variazione di assetto aziendale, è in corso anche un cambiamento del sistema di gestione del patrimonio con avvio di contratti diversi rispetto a quelli attualmente sottoscritti. È necessario procedere ad una ricognizione puntuale che consenta di determinare la baseline del nuovo contratto. | Redazione di un documento di ricognizione relativo alle principali strutture e impianti degli immobili (esclusi presidi ospedalieri) in manutenzione Responsabile attività: ing. Elena Clio Pavan Valutatore di prima istanza: Direttore Amministrativo | Trasmissione del documento al Direttore di SC entro il 31.12.2017 | 2 | 5 | | | 26 | 65 | 0 | 0 | 12,9 | 954,60 | 1.999,50 | 0,00 | 0,00 | 2.954,10 |
| SC Gestione Stabilmienti | Processo di riorganizzazione | L'avvio dei lavori di Cattinara impegna parte del personale che necessariamente richiede la riorganizzazione dell'attività di programmazione degli investimenti. È necessario rivedere le attività svolte dai singoli collaboratori per garantire il rispetto della programmazione. | Redazione delle bozze e poi della versione definitiva delle JD in relazione alla redistribuzione delle attività tra i diversi collaboratori indicati Responsabile attività: ing. Elena Clio Pavan Valutatore di prima istanza: Direttore Amministrativo | Trasmissione al Direttore di SC delle bozze entro il 15.12.2017 e delle versioni definitive entro il 31.12.2017 | 6 | | | | 77 | 0 | 0 | 0 | 12,9 | 2.863,80 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2.863,80 |
| SC Gestione Stabilmienti | Processo di riorganizzazione | Le procedure amministrative che si interfacciano con le altre strutture aziendali devono essere riviste anche alla luce della definizione delle funzioni previste dall'atto aziendale. È necessario rivedere le attività svolte dalla SC e ridistribuirle al personale in carico. | Redazione delle JD in relazione alla redistribuzione delle attività tra diversi uffici Responsabile attività: ing. Elena Clio Pavan Valutatore di prima istanza: Direttore Amministrativo | Trasmissione al Direttore di SC delle bozze entro il 15.12.2017 e delle versioni definitive entro il 31.12.2017 | 7 | 3 | | | 90 | 39 | 0 | 0 | 12,9 | 3.341,10 | 1.199,70 | 0,00 | 0,00 | 4.540,80 |
| SC Logistica e Servizi Economici | R-A | La L.R. 17/2014 prevede un percorso di integrazione tra Servizio sanitario Regionale e Università. Nel corso del 2017 prosegue il percorso di integrazione all'interno della nuova ASUITS, costituita dal 1/5/2016 con l'incorporazione di AOUTS in AAS1. Per quanto riguarda la funzione Logistica e Servizi Economici, dal mese di febbraio 2016 è stata costituita la Funzione Interaziendale, che ha accompagnato la fase di incorporazione. Relativamente alle specifiche attività della SCLSE, sono pertanto previste nel corso del 2017 alcune distinte linee progettuali, che coinvolgono trasversalmente in misura diversificata il personale della SCLSE individuato, e comportano attività straordinarie emergenti nell'anno stesso. Tali linee progettuali, che si integrano fra di loro per alcuni aspetti, sono finalizzate ad obiettivi coerenti con quelli strategici a livello regionale, con la programmazione aziendale e con adeguamenti procedurali resi necessari dall'evoluzione normativa. Si fa riferimento all'obiettivo strategico regionale prioritario "A) PROCESSI DI RIORGANIZZAZIONE", come definito con accordo dd. 4/4/2016 e integrato con accordo dd. 25/5/2017; in tale nel cui ambito si inquadrano a pieno titolo tutte le attività specifiche oggetto della presente progettualità, conseguenti all'accorpamento nella nuova ASUITS, sotto descritte. Le medesime attività contestualmente riguardano, in parte, l'ambito della revisione dei processi e semplificazione amministrativa (obiettivo regionale g) per area SPTA). | Obiettivi: - Logistica di Magazzino: attuazione di attività logistiche e operative propedeutiche complementari alla futura unificazione dei magazzini (da coordinare con l'inserimento dell'Area Triestina nel Magazzino Centralizzato EGAS) - nuovi assetti logistici e ricollocazioni nei presidi aziendali: la pianificazione 2017 prevede l'avvio del cantiere presso l'Ospedale di Cattinara e pertanto comporta elevatissime criticità operative cui si deve far fronte con attività straordinarie di trasferimento e ricollocazione di attività aziendali nei vari presidi aziendali, con coinvolgimento delle funzioni economiche e di magazzino - Ulteriore adeguamento di funzioni e processi nella Funzione Logistica e Servizi Economici in relazione alla costituzione della ASUI - Definizione comune di standard e procedure operative per l'intera Struttura - Aggiornamento parco macchine in uso alla ASUITS: nell'ambito delle risorse assegnate nel piano investimenti aziendale risulta necessario svolgere attività di ricognizione dei mezzi presenti e di programmazione degli acquisti da attivare. Al momento dell'attivazione dell'acquisto, risulta altresì necessario formulare una proposta di assegnazione Tale proposta operativa va sottoposta alla Direzione Strategica ai fini della sua validazione. Responsabile progetto Direttore SC Logistica e servizi economici Valutatore di prima istanza Direttore Amministrativo | - Attuazione di procedura unificata ASUITS per la logistica beni di largo consumo: emissione ordini, controlli giacenze e riordini. - Avvio, per alcuni subcentri di area territoriale, di richieste informatizzate per i beni stoccati nel magazzino di via Travnik; unificazione delle anagrafiche, conseguente adeguamento della calendarizzazione delle consegne e riorganizzazione e ottimizzazione logistica - coordinamento operativo e attuazione dei trasferimenti previsti nei presidi aziendali (Cattinara, Maggiore, Farneto, Nordio, Sai, etc...), con attività conseguenti (pulizia locali, traslochi dei reparti, etc.) - coordinamento operativo con le ditte appaltatrici dei servizi economici in vista della fase di cantiere - Attivazione di procedura condivisa per la terapia a pressione negativa. Revisione delle procedure, degli standard, dei protocolli e delle modalità di attivazione, gestione e rendicontazione della terapia a pressione negativa presso le due ex aziende e conseguente predisposizione di nuovi documenti e standard condivisi fra il personale sanitario, amministrativo e le ditte fornitrici al fine di garantire la gestione continuativa del trattamento clinico dall'attivazione in ospedale al trattamento a domicilio. Verranno quindi rivisti e uniformati anche la gestione del contratto, l'emissione degli ordinativi, i relativi carichi nonché la rendicontazione e la fatturazione che al momento avvengono con modalità diverse presso le due ex aziende. - Sviluppo, implementazione e gestione della piattaforma informatica di gestione delle comunicazioni ad ANAC, ai fini della gestione del CIG e dell'estrazione dei dati per le rendicontazioni richieste. - Estensione della gestione documentale tramite applicativo "Iterati" a tutto il personale afferente alla S.C. Logistica e Servizi Economici - Ricognizione richieste pervenute dalle strutture aziendali per sostituzione di automezzi e/o per acquisto di nuove dotazioni. Ricognizione parco veicoli aziendale in dotazione alle strutture, con indicazione, per ciascun veicolo, della tipologia, chilometraggio percorso, anno immatricolazione, subcentro assegnatario. Produzione di un elenco e attivazione degli acquisti mediante piattaforma CONSIP. Predisposizione di un documento di Analisi sostituzione/destinazione mezzi aziendali, sulla base della situazione di fatto e delle richieste ed esigenze espresse dalle Strutture aziendali. da inoltrare alla Direzione. | 16 | 26 | 23 | 0 | 206 | 335 | 297 | 0 | 12,9 | 7.636,80 | 10.397,40 | 8.010,90 | 0,00 | 26.045,10 |
| SC Informatica e Telecomunicazioni | a) Processi di riorganizzazione | Servizi di manutenzione e gestione di diversi ambiti IT e interventi su cablaggio strutturato erano contrattualizzati in scadenza. Nel 2017 è stata attivata la convenzione Consip Servizi di Gestione e Manutenzione Sistemi IP e Postazioni di Lavoro (SGMSIIPDL). Risulta quindi necessario avviare un nuovo contratto unico per le due ex aziende e per i diversi ambiti. | Tutte le richieste di manutenzione sono raccolte ed erogate in modo uniforme da qualunque utente provengano. Studio documentazione tecnica convenzione e confronto con i bisogni ASUITS. Analisi dell'assessment e tuning. Confronto con gli aggiudicatari, percorso di definizione tecnico-amministrativa previsto fino al contratto. Avvio nuova infrastruttura comune, help desk interno, ridefinizione code e flussi di distribuzione, redazione protocolli operativi e knowledge base. Responsabile attività: Direttore SC IT Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo | Entro il 31.12.17 è a regime il nuovo assetto uniforme di manutenzione e gestione degli ambiti PdL, sistemi telefonici ed infrastruttura fisica di rete. Modalità di valutazione: relazione Direttore SC IT | 6 | 3 | | | 77 | 39 | 0 | 0 | 12,9 | 2.863,80 | 1.199,70 | 0,00 | 0,00 | 4.063,50 |
| SC Informatica e Telecomunicazioni | Odontostomatologia sociale | Il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha messo a disposizione delle Aziende Sanitarie, attraverso il portale denominato " Sistema TS", l'elenco di cittadini che hanno usufruito indebitamente dell'esenzione per motivi di reddito e che dovranno pagare le prestazioni fruita in esenzione. Si tratta di migliaia di posizioni, a partire dal 2011 La trasmissione delle note di richiesta all'utenza con l'allegato estratto conto delle prestazioni fruita, implicherà una massiccia ricaduta sull'ufficio in termini di richieste di informazioni, verifiche. In considerazione della mole del recupero, viene coinvolto a vario titolo e con varie attività, tutto il personale della Scagl. Visto inoltre l'avvio sperimentale di tale procedura, si effettuerà la verifica su 1500 posizioni riguardanti il 2011, 2012, 2013 e 2014 | In considerazione dell'istituzione dell'Asu e della prossima unificazione degli uffici che trattano il recupero crediti dell'ex Aou e ex Ass 1, si è voluto sperimentare un percorso con procedure unificate per questa particolare e nuova tipologia di recupero. Questa attività è stata prevista dal decreto del MEF (Decreto 11 dicembre 2009 - verifica esenzioni in base al reddito dalla compartecipazione alla spesa sanitaria tramite supporto del Sistema tessera sanitaria) a non era ancora operativa nella nuova azienda Responsabile del progetto : Direttore SC Valutatore di I istanza: Direttore Amministrativo | Apertura n. 1.500 posizioni dal portale Sistema TS Evidenza dell'apertura delle posizioni e predisposizione di un report | 1 | | 1 | | 13 | 0 | 13 | 0 | 12,9 | 477,30 | 0,00 | 348,30 | 0,00 | 825,60 |
| SC Ingegneria Clinica | Processi di riorganizzazione | Nell'ambito della gestione delle apparecchiature biomediche è aumentata in ASUITS in modo estremamente significativo il ricorso dell'acquisizione di tecnologie sotto forma di service, noleggio e comodato d'uso. Ciò è stato determinato sia dall'aumento delle attrezzature che utilizzano materiali di consumo esclusivi (come ad esempio nel laboratorio d'analisi, centro immunotrasfusionale, anatomia patologica e clinica oculistica) sia dalla necessità di far fronte a rapide sostituzioni di apparecchiature irrimediabili in attesa di finanziamenti regionali per la loro sostituzione definitiva. Si rende necessario, pertanto, disporre di un sistema atto a monitorizzare la dislocazione, il corretto utilizzo di tali attrezzature, le tempistiche di inizio e fine contratto, la corretta esecuzione delle manutenzioni e delle verifiche previste. | Partendo dalle gare effettuate da ASUITS e da EGAS è necessario ottenere l'inventario di tutte le attrezzature presenti in Azienda sotto forma di noleggio, comodato d'uso o service. Sulla base dello stesso verrà creato un database contenente le informazioni relative alla durata dei contratti, ai termini di inizio e fine attività, costi... Verrà, inoltre, definita una procedura per il recupero da parte dei reparti interessati dei dati relativi alle manutenzioni e verifiche effettuate dalle ditte fornitrici Responsabile : ing. Mauro Tommasini Valutatore I istanza : Direttore Amministrativo | Indicatori: inserimento nel software GSBO delle attrezzature fornite in noleggio, comodato d'uso o service con relativa codifica (secondo ACMAGEST); etichettatura delle stesse. Stesura di una procedura per il rilievo delle attività di manutenzione effettuate sulle apparecchiature dalle ditte fornitrici. Modalità di valutazione: Produzione da parte del responsabile di un report con la sintesi dell'attività effettuata | 16 | 9 | 2 | | 206 | 116 | 26 | 0 | 12,9 | 7.636,80 | 3.599,10 | 696,60 | 0,00 | 11.932,50 |
| | | | | | 563214 | 67157 | 95829 | 7478 | 733678 | 563.214,00 | 67.156,54 | 95.828,94 | 7.478,40 | 733.677,88 | | | | |

| | | | | | 28638,00 | 1395,00 | 0 | 0 | 30.033,00 | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|--|--|---|------------------|---------|-------|-------|-----------------------------|------|---|------|----------------------|
| | | | | | 37,00 | 31,00 | 27,00 | 24,00 | | | | | |
| | | | | | 40 | 3 | 0 | 0 | 774 | 45 | 0 | 0 | |
| | | | | | Numero personale | | | | Proposta orario aggiuntivo | | | | TOT BUDGET OBIETTIVO |
| STRUTTURA | Obiettivo | Contesto / motivazione | Obiettivo aziendale | Target /Modalità di valutazione | | | | | (Complessivo per categoria) | | | | |
| | Strategico regionale | | (Descrizione, responsabile attività, responsabile Valutatore di I istanza) | | | D-DS | C | B-BS | A | D-DS | C | B-BS | |
| SO Distretto 1 | RAR piano vaccinale 2017 DISTRETTI | Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale ex L. 119 d.d. 31/07/17 | A) Predisporre la riorganizzazione delle attività amministrative vaccinali per garantire l'applicazione della ex L. 119 d.d. 31/07/17 e delle successive circolari. B) Incrementare le sedute vaccinali rivolte ai bambini 0-6 anni come previsto dal nuovo calendario vaccinale della Regione FVG e dalla normativa Responsabile attività: coordinatori SCTSBADF Valutatori prima istanza: Dirigente infermieristica | A) Stesura di nuove procedure in linea con le disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale ex L. 119 d.d. 31/07/17. (documenti prodotti) B) aumento del 20% delle sedute vaccinali (SIASI) | 4 | | | | 64 | | | | 2.368,00 |
| SO Distretto 2 | 3. RAR piano vaccinale 2017 DISTRETTI | Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale ex L. 119 d.d. 31/07/17 | A) Predisporre la riorganizzazione delle attività amministrative vaccinali per garantire l'applicazione della ex L. 119 d.d. 31/07/17 e delle successive circolari. B) Incrementare le sedute vaccinali rivolte ai bambini 0-6 anni come previsto dal nuovo calendario vaccinale della Regione FVG e dalla normativa Responsabile attività: coordinatori SCTSBADF Valutatori prima istanza: Dirigente infermieristica | A) Stesura di nuove procedure in linea con le disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale ex L. 119 d.d. 31/07/17. (documenti prodotti) B) aumento del 20% delle sedute vaccinali (SIASI) | 2 | | | | 32 | | | | 1.184,00 |
| SO Distretto 3 | RAR piano vaccinale 2017 DISTRETTI | Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale ex L. 119 d.d. 31/07/17 | A) Predisporre la riorganizzazione delle attività amministrative vaccinali per garantire l'applicazione della ex L. 119 d.d. 31/07/17 e delle successive circolari. B) Incrementare le sedute vaccinali rivolte ai bambini 0-6 anni come previsto dal nuovo calendario vaccinale della Regione FVG e dalla normativa | A) Stesura di nuove procedure in linea con le disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale ex L. 119 d.d. 31/07/17. (documenti prodotti) B) aumento del 20% delle sedute vaccinali (SIASI) | 13 | | | | 208 | | | | 7.696,00 |
| SO Distretto 4 - SID | RAR piano vaccinale 2017 DISTRETTI | Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale ex L. 119 d.d. 31/07/17 | A) Predisporre la riorganizzazione delle attività amministrative vaccinali per garantire l'applicazione della ex L. 119 d.d. 31/07/17 e delle successive circolari. B) Incrementare le sedute vaccinali rivolte ai bambini 0-6 anni come previsto dal nuovo calendario vaccinale della Regione FVG e dalla normativa | A) Stesura di nuove procedure in linea con le disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale ex L. 119 d.d. 31/07/17. (documenti prodotti) B) aumento del 20% delle sedute vaccinali (SIASI) | 4 | | | | 64 | | | | 2.368,00 |
| SO Dipartimento di Prevenzione | RAR piano vaccinale 2017 DIP | Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale ex L. 119 d.d. 31.07.17 | Descrizione Recupero prima dose o successive vaccinazioni obbligatorie non effettuate relative a bambini e adolescenti nati nel periodo 2001-2011 (stima 1600 nati/coorte) pari all' 75% di 2640 appuntamenti riservati sulla base della stima del 15% di insolvenza degli appartenenti a 11 coorti di nascita. Responsabile attività Daniela Bais Referente di Struttura Valentino Patussi | 2000 appuntamenti calendarizzati entro il 31.12.2017; registrazione dei dati. | 17 | 3 | | | 406 | 45 | | | 16.417,00 |



RELAZIONE ILLUSTRATIVA

all' ipotesi di Contratto Collettivo Integrativo del personale del Comparto recante: **"Accordo per la finalizzazione complessiva delle risorse aggiuntive regionali, Esercizio 2017"**.

Modulo 1

Scheda 1.1

Illustrazione degli aspetti procedurali, sintesi del contratto e dichiarazioni relative agli adempimenti di legge

| | | |
|--|---|--|
| Data di sottoscrizione | 28 dicembre 2017 | |
| Periodo temporale di vigenza | Dal 1 gennaio 2017 al 31 dicembre 2017 | |
| Composizione della delegazione trattante | Parte Pubblica (ruoli/qualifiche ricoperti): Direttore Generale: sottoscrittore del CCIA Direttore Amministrativo Direttore Sanitario Direttore SC GEVAP e Coordinamento gestione del personale. Organizzazioni sindacali ammesse alla contrattazione (elenco sigle): RSU FP CGIL CISL FP UIL FPL FIALS FSI Organizzazioni sindacali firmatarie (elenco sigle): RSU CISL FP FIALS UIL FPL | |
| Soggetti destinatari | Personale non dirigenziale del Comparto dell' "A.S.U.I." di Trieste | |
| Materie trattate dal contratto integrativo (descrizione sintetica) | Finalizzazione complessiva delle risorse aggiuntive regionali. Esercizio 2017 | |
| Rispetto dell'iter adempimenti procedurale e degli atti propedeutici e successivi alla contrattazione | Intervento dell'Organo di controllo interno. Allegazione della Certificazione dell'Organo di controllo interno alla Relazione illustrativa. | La presente relazione è redatta al fine di ottenere la certificazione dell'Organo di controllo interno |

Al fine di dare applicazione alle disposizioni di cui al citato accordo regionale, in data 13.03.2017, 22.5.2017, 25.09.2017, 22.12.2017 sono stati sottoscritti i seguenti Accordi sull'utilizzo delle risorse aggiuntive regionali 2017:

- Accordo Stralcio sull'utilizzo delle risorse del fondo della produttività – risorse aggiuntive regionali, per il mantenimento del turno h24 presso il laboratorio SPOKE del Burlo 2017 (*parere favorevole del Collegio Sindacale, seduta dd. 08.03.2017*);
- Accordo Stralcio sull'utilizzo delle risorse del fondo della produttività – risorse aggiuntive regionali 2017, per l'incentivazione del personale coinvolto nell'avvio e nell'attuazione della centrale operativa 118 unica regionale (*parere favorevole del Collegio Sindacale, seduta dd. 16.05.2017*);
- Accordo Stralcio sull'utilizzo delle risorse aggiuntive regionali per il mantenimento dei livelli assistenziali e di attività nel periodo estivo 2017 (*parere favorevole del Collegio Sindacale, seduta dd. 14.09.2017*);
- Accordo sulle finalizzazioni delle risorse dei fondi contrattuali 2017 (*parere favorevole del Collegio Sindacale, seduta dd. 13.12.2017*);
- Accordo Stralcio sull'utilizzo delle risorse del fondo della produttività – risorse aggiuntive regionali 2017, per l'incentivazione del personale operante nell'ambito del complesso operatorio (ospedale di Cattinara – ospedale Maggiore – SC Cardiochirurgia) (*parere favorevole del Collegio Sindacale, seduta dd. 13.12.2017*);

impegnando parte delle risorse aggiuntive regionali di competenza dell'A.S.U.I.TS;

Peraltro, nella citata ipotesi sulle finalizzazioni, le parti hanno demandato ad una seconda fase di contrattazione la finalizzazione complessiva delle risorse aggiuntive regionali 2017.

In questo contesto, si inserisce l'ipotesi di accordo in argomento, sottoscritta dalla Delegazioni Trattanti in data 28 dicembre 2017.

Per quanto concerne il rispetto del quadro normativo di riferimento in materia di relazioni sindacali, si rappresenta quanto segue.

L'art. 4, del CCNL dd. 07.04.1999 del personale del Comparto, tutt'ora in vigore, individua le materie che devono essere regolate in sede di contrattazione collettiva integrativa aziendale, come sopra precisato.

Per effetto del combinato disposto di cui all'art. 65 c. 5 del D. Lgs. 150/2009 e della circolare del Dipartimento di Funzione Pubblica n. 7/2010, le disposizioni relative alla contrattazione collettiva nazionale di cui al D.Lgs. 150/2009 e s.m. e i., si applicano dalla tornata successiva a quella in corso.

Peraltro, l'art. 2 del D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito nella L. 7 agosto 2012, n. 135, tutt'ora in vigore, ha innovato ulteriormente il sistema delle relazioni sindacali.

Ne deriva che l'art. 4 del CCNL dd. 07.04.1999, inerente la contrattazione collettiva integrativa aziendale, risulta essere tutt'ora in vigore, per le parti compatibili con il vigente assetto normativo.


Si conferma pertanto, in questa sede, che le materie trattate nell'ipotesi di contratto collettivo integrativo di cui all'oggetto rientrano in quelle che sono specificamente demandate alla trattazione decentrata e pertanto in coerenza con le direttive del D. Lgs 150/2009, ed altresì con le disposizioni introdotte in merito dal recente D.Lgs.75/2017.

Con riferimento a quanto previsto dall'art. 21 del D. Lgs. 33/2013 in ordine alla necessità di evidenziare, in sede di relazione illustrativa, gli effetti attesi in esito alla sottoscrizione del contratto integrativo in materia di produttività ed efficienza dei servizi erogati, anche in relazione alla richiesta dei cittadini, si rappresenta quanto segue.

Le finalizzazioni delle risorse stabilite e descritte nel testo negoziale rispondono all'esigenza di adeguare le funzionalità delle risorse alle esigenze aziendali e di valorizzare l'impegno del

del D. Lgs. 150/2009, si evidenzia che la materia non è specificamente inerente i contenuti dell'accordo in esame. Tuttavia, al fine di adempiere a quanto richiesto dalla citata circolare, si precisa che, rispetto all'argomento, con decreto n. 242 dd. 02.05.2016 e successivo verbale d'intesa dd. 30.05.2016, è stata confermata la vigenza dei relativi Contratti Integrativi Aziendali sottoscritti dall'allora A.A.S. n. 1 e dall'allora A.O.U.TS, elaborati in aderenza ai principi succitati e vigenti alla data del 30.04.2016, ai fini dell'erogazione delle fasce economiche al 01.01.2017.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
dott. Fulvio FRANZA



RELAZIONE TECNICO - FINANZIARIA

all' ipotesi di Contratto Collettivo Integrativo del personale del Comparto recante: "Accordo per la finalizzazione complessiva delle risorse aggiuntive regionali. Esercizio 2017".

| FONDO DELLA PRODUTTIVITA' COLLETTIVA PER IL MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI E PER IL PREMIO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI INDIVIDUALI Anno 2017 (Decreto 862/2016, adeguato con accordi regionali RAR 2017 dd. 25.05.2017 e dd. 14.09.2017 e con i residui rar 2016 oggi noti). | | |
|---|---------------|---------------------|
| MODULO I – LA COSTITUZIONE DEL FONDO PER LA CONTRATTAZIONE INTEGRATIVA | | |
| MODULO 1.1 - Sezione I | | |
| – Risorse fisse aventi carattere di certezza e stabilità | | |
| Voci | Dati parziali | Totali |
| <u>Risorse storiche consolidate</u> | | |
| fondo storico produttività | 2.020.985,16 | |
| <u>Incrementi esplicitamente quantificati in sede di CCNL/CCRL/CCPL</u> | 0,00 | |
| <u>Altri incrementi con carattere di certezza e stabilità</u> | 0,00 | |
| Totale risorse fisse aventi carattere di certezza e stabilità | | 2.020.985,16 |
| MODULO 1.2 – Sezione II | | |
| – Risorse variabili | | |
| Risorse aggiuntive regionali 2017 (finanziamento rar comparto da accordo regionale 2017 dd. 25.05.2017) | 3.381.302,13 | |
| Risorse aggiuntive regionali 2017 (finanziamento rar comparto per piano vaccinale da accordo regionale 2017 dd. 14.09.2017) | 30.046,00 | |
| Residui risorse regionali aggiuntive 2016 | 89.547,50 | |
| quota 0,00% monte salari 2001 (art.30, c.3, lett. c CCNL 2004) – Indicazioni metodologiche 2017 | 0,00 | |
| residui fondo ex art. 29 - esercizio 2017 (competenze accessorie) | 0,00 | |
| residui fondo ex art. 31 - esercizio 2017 (classificazione del personale) | 0,00 | |
| libera professione - fondo comune 2016 | 0,00 | |
| altri fondi comuni da attività a pagamento 2016 | 0,00 | |
| applicazione art. 43, L.449/1997 | 0,00 | |
| Totale risorse variabili | | 3.500.895,63 |

| MODULO 1.3 – Sezione III | | |
|---|------------|------------------------|
| – (eventuali) decurtazioni del fondo | | |
| App.ne art.9, c.2 bis L.122/2010 (agg.ta L.190/2014) – decurtazione stabile a decorrere dal 01/01/2015 (valore 2014) | -67.575,39 | |
| Riconduzione fondo 2017 al limite soglia 2015 (applicazione art. 1, c.236 L.208 dd. 28/12/2015) (nota 1) | 0,00 | |
| Riconduzione fondo per riduzione forza 2017, rispetto al 31/12/2015 (applicazione art. 1, c. 236 L.208/2015) (nota1) | 0,00 | |
| Totale decurtazioni | | -67.575,39 |
| Quota fondo trasferita all'EGAS – valore pro rata (Nota Prot. N° 1537/2017) | | -4.404,93 |
| MODULO 1.4 – Sezione IV | | |
| – Sintesi della costituzione del fondo sottoposto a certificazione | | |
| a) totale risorse aventi carattere di certezza e stabilità sottoposto a certificazione | | 2.020.985,16 |
| b) totale risorse variabili sottoposto a certificazione | | 3.500.895,63 |
| c) totale fondo sottoposto a certificazione (con decurtazione e trasferimento di cui al Modulo 1.3) (nota 1) | | 5.449.900,47 |
| MODULO 1.5 – Sezione V – | | |
| Risorse temporaneamente allocate all'esterno del fondo | | Non pertinente. |
| nota 1) il valore verrà adeguato a seguito dell'applicazione dell'art. 23, c. 2, D.Lgs. 75/2017 che abroga l'art.1, c. 236, L.208/2015. | | |

| FONDO DELLA PRODUTTIVITA' COLLETTIVA PER IL MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI E PER IL PREMIO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI INDIVIDUALI Anno 2017 (Decreto 862/2016, adeguato con accordi regionali RAR 2017 dd. 25.05.2017 e dd. 14.09.2017 e con i residui rar 2016 oggi noti). | |
|--|--------------|
| MODULO II - DEFINIZIONE DELLE POSTE DI DESTINAZIONE DEL FONDO PER LA CONTRATTAZIONE INTEGRATIVA | |
| MODULO 2.1 - sezione I | |
| Destinazioni non disponibili alla contrattazione integrativa o non regolate specificamente dal contratto integrativo sottoposto a certificazione: | |
| <u>di cui, a) risorse produttività 2017</u> | |
| quota 0,00% monte salari su consuntivo 2001 (indicazioni metodologiche 2017) | 0,00 |
| incentivo avvio centrale operativa 118 unica regionale - fase propedeutica e attuativa (Accordo dd. 22/05/2017) | 6.027,58 |
| disponibilità per <i>produttività collettiva</i> (art. 47 CCNL 01/09/1995) | 1.138.977,26 |

| | |
|--|----------------------------|
| <u>produttività critica:</u> | |
| servizio di medicina iperbarica | 16.099,38 |
| servizio trasporti esterni | 11.000,00 |
| sostituzioni posizioni organizzative e coordinamenti | 15.000,00 |
| altri impieghi/fabbisogno fondo art. 7 CCNL 31/07/2009 | 307.900,62 |
| <i>Totale produttività critica</i> | <i>350.000,00</i> |
| <u>produttività strategica</u> | 83.273,73 |
| <u>altri impieghi di cui:</u> | |
| incentivo per la valorizzazione di obiettivi di mantenimento o incremento di prestazioni attraverso l'utilizzo del mezzo aziendale o proprio | 150.000,00 |
| incentivo per il personale operante nei distretti sanitari impegnato nell'attività di front office | 9.000,00 |
| incentivo per il personale che svolge attività di incasso/pagamento di valori in denaro | 15.000,00 |
| incentivo per il personale amministrativo e tecnico | 130.000,00 |
| <i>Totale altri impieghi</i> | <i>304.000,00</i> |
| <i>Totale risorse produttività 2017 non disponibili alla contrattazione integrativa o non regolate specificamente dal contratto integrativo sottoposto a certificazione</i> | <i>1.882.278,57</i> |
| <i>Destinazioni non disponibili alla contrattazione integrativa o non regolate specificamente dal contratto integrativo sottoposto a certificazione:</i> | |
| <i>di cui, b) risorse aggiuntive regionali 2017</i> | |
| | <u>Spesa 2017</u> |
| Mantenimento del turno h24 presso laboratorio spoke del Burlo (Accordo dd. 13/03/2017 – quota impegnata € 2.820,00) | 1.408,00 |
| Incentivazione del personale coinvolto nell'avvio e nell'attuazione della centrale operativa 118 unica regionale (Accordo dd. 22/05/2017 – quota impegnata € 24.235,81) | 53.525,90 |
| Mantenimento dei livelli assistenziali e di attività nel periodo estivo (Accordo dd. 25/09/2017 – quota impegnata € 462.000,00) | 491.601,85 |
| | <i>Quote impegnate</i> |
| Incentivazione del personale operante nell'ambito del Complesso Operatorio (Accordo dd. 22/12/2017) | 81.120,00 |
| Remunerazione del disagio del personale che svolge attività in servizi articolati su tre turni, per continuità turno notturno (Accordo dd. 22/12/2017 – Nota Prot. N° 56004 dd. 26/10/2017)) | 120.000,00 |
| <i>Totale RAR 2017 non disponibili alla contrattazione integrativa o non regolate specificamente dal contratto integrativo sottoposto a certificazione</i> | <i>747.655,75</i> |
| <i>Totale destinazioni non disponibili alla contrattazione integrativa o non regolate specificamente dal contratto integrativo sottoposto a certificazione</i> | <i>2.629.934,32</i> |




| | |
|--|---------------------|
| MODULO 2.2 - Sezione II | |
| Destinazioni specificamente regolate dal contratto integrativo: | |
| <i>di cui, a) risorse produttività 2017</i> | |
| produttività strategica | 66.726,27 |
| Totale risorse produttività 2017 specificamente regolate dal contratto integrativo sottoposto a certificazione | 66.726,27 |
| Totale destinazioni non disponibili alla contrattazione integrativa o non regolate specificamente dal contratto integrativo sottoposto a certificazione | |
| <i>di cui, b) risorse aggiuntive regionali 2017</i> | |
| Risorse aggiuntive regionali per disagio (personale turnista e tutor DU) | 2.056.255,27 |
| Risorse aggiuntive regionali per contrattazione aziendale | 577.391,11 |
| Residui risorse aggiuntive regionali 2016 | 89.547,50 |
| Risorse aggiuntive regionali per piano vaccinale | 30.046,00 |
| Totale RAR 2017 specificamente regolate dal contratto integrativo sottoposto a certificazione | 2.753.239,88 |
| Totale destinazioni specificamente regolate dal contratto integrativo | 2.819.966,15 |
| MODULO 2.3 - Sezione III | |
| Destinazioni ancora da regolare | 0,00 |
| MODULO 2.4 - Sezione IV | |
| Sintesi della costituzione del fondo sottoposto a certificazione: | |
| a) totale destinazioni non disponibili alla contrattazione integrativa o comunque non regolate esplicitamente dal contratto integrativo | 2.629.934,32 |
| b) totale destinazioni specificamente regolate dal contratto integrativo | 2.819.966,15 |
| c) totale destinazioni ancora da regolare | 0,00 |
| d) Totale poste di destinazione del fondo sottoposto a certificazione (vedi nota 1) | 5.449.900,47 |
| MODULO 2.5 - Sezione V | |
| Risorse temporaneamente allocate all' esterno del fondo | non pertinente |
| MODULO 2.6 - Sezione VI | |

- Attestazione motivata, dal punto di vista tecnico-finanziario, del rispetto dei vincoli di carattere generale: I progetti prevedono il riconoscimento delle incentivazioni previste in relazione all'attività effettivamente prestata dai dipendenti, nel rispetto delle procedure valutative e autorizzative descritte nei documenti e con relazioni di attività sottoposte alla validazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione della prestazione.

Nota 1) il valore verrà adeguato a seguito dell'applicazione dell'art. 23, c. 2, D. Lgs. 75/2017 che abroga l'art.1, c. 236, L.208/2015

| FONDO DELLA PRODUTTIVITA' COLLETTIVA PER IL MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI E PER IL PREMIO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI INDIVIDUALI (Decreto 862/2016, adeguato con accordi regionali RAR 2017 dd. 25.05.2017 e dd. 14.09.2017 e con i residui rar 2016 oggi noti). | | |
|---|---------------------|---------------------|
| MODULO III – SCHEMA GENERALE RIASSUNTIVO DEL FONDO PER LA CONTRATTAZIONE INTEGRATIVA E CONFRONTO CON IL CORRISPONDENTE FONDO CERTIFICATO DELL'ANNO PRECEDENTE | | |
| | 2017 | 2016 |
| totale fondo storico consolidato | 2.020.985,16 | 2.020.985,16 |
| totale risorse regionali (compresi residui) | 3.500.895,63 | 3.630.563,14 |
| totale trasferimenti | 0,00 | -278.656,01 |
| altri finanziamenti | 0,00 | 17.880,55 |
| totale residui | 0,00 | 366.151,14 |
| monte salari | 0,00 | 0,00 |
| Primo totale fondo | 5.521.880,79 | 5.756.923,98 |
| Riduzione L.122/2010 (stabile dal 2015) | -67.575,39 | -67.575,39 |
| Riconduzione fondo al limite soglia 2015 (applicazione art. 1, c.236 L.208 dd. 28/12/2015) | 0,00 | 0,00 |
| Riconduzione fondo per riduzione forza, rispetto al 31/12/2015 (applicazione art. 1, c. 236 L.208/2015)* | 0,00 | 0,00 |
| Disponibilità fondo dopo decurtazioni | 5.454.305,40 | 5.689.348,59 |
| Quota trasferita all'EGAS | -4.404,93 | 0,00 |
| Totale fondo | 5.449.900,47 | 5.689.348,59 |

MODULO IV – COMPATIBILITÀ ECONOMICO – FINANZIARIA E MODALITÀ DI COPERTURA DEGLI ONERI DEL FONDO CON RIFERIMENTO AGLI STRUMENTI ANNUALI E PLURIENNALI DI BILANCIO

Punto 4.1 Sezione I – Esposizione finalizzata alla verifica che gli strumenti della contabilità economico – finanziaria dell'Amministrazione presidiano correttamente i limiti di spesa del fondo nella fase programmatoria della gestione

Il sistema informatico per la gestione del personale (Ascot Web Personale) adottato dall'Azienda non consente un'automatica alimentazione del sistema contabile (Ascot Web Contabilità generale). Le registrazioni in quest'ultimo vengono effettuate manualmente sulla base di stampe prodotte dal sistema Ascot Web Personale ed il saldo dei conti di bilancio viene verificato, periodicamente ed annualmente, mediante confronto con le consistenze dei fondi deliberati in sede di bilancio preventivo, ed eventualmente adeguati in corso d'anno per effetto di accordi aziendali, e sottoposto a controllo da parte del Collegio Sindacale.

Punto 4.2 Sezione II – Esposizione finalizzata alla verifica a consuntivo che il limite di spesa del fondo dell'anno precedente risulta rispettato

Annualmente, l'Azienda provvede ad effettuare le scritture contabili di integrazione per l'esercizio di chiusura, sulla base di prospetti inviati dalle Strutture del Personale. La somma dei debiti nei confronti del personale che, sino alla chiusura del bilancio 2014 venivano contabilizzati quali "accantonamenti" ai conti 445.100, 445.200, 445.300 e, al loro interno suddivisi per area contrattuale, mentre a partire dall'esercizio 2015, in applicazione delle disposizioni in materia di armonizzazione contabile introdotte con il D. Lgs 118/2011 devono essere appostati al conto 240.550.200.200 "Debiti da CCNL da liquidare"- unitamente alla somma delle liquidazioni effettuate in corso d'anno e registrate ai competenti conti di costo afferenti ai ruoli del personale 320 (ruolo sanitario), 325 (ruolo professionale), 330 (ruolo tecnico) e 335 (ruolo amministrativo), costituiscono il totale dei fondi contrattuali che, in sede di redazione del bilancio consuntivo annuale vengono decurtati degli importi portati ad economia in applicazione delle specifiche normative, e successivamente certificati dalle Strutture del Personale.

Le liquidazioni fatte in corso d'anno e relative ad anni precedenti, vengono direttamente imputate agli accantonamenti già costituiti ai conti 230.200.010 e 230.200.030, ed ora riportati nello specifico conto 240.550.200.200 "Debiti da CCNL da liquidare", che in sede di chiusura di bilancio viene riscontrato con le evidenze del residuo dei fondi contrattuali comunicati dalle Strutture del Personale.

Punto 4.3 Sezione III – Verifica delle disponibilità finanziarie dell'Amministrazione ai fini della copertura delle diverse voci di destinazione del fondo.

In sede di elaborazione del bilancio preventivo dell'esercizio 2017/P.A.L. 2017, adottato con decreto del Direttore Generale n. 862 dd. 29.12.2016, la competente Struttura che si occupa della gestione del personale ha provveduto, tra l'altro, alla quantificazione provvisoria dei fondi contrattuali del personale del Comparto dell' "A.S.U.I." di Trieste per il medesimo esercizio 2017.

Mensilmente, a seguito della liquidazione degli stipendi, vengono alimentati i conti relativi e viene monitorato lo stato di avanzamento della liquidazione dei fondi. Quadrimestralmente viene effettuata la rilevazione ufficiale dell'andamento del Conto Economico che comprende anche il monitoraggio della situazione dei costi del personale al quadrimestre e la proiezione a fine anno che, per quanto riguarda l'ammontare dei fondi, non deve discostarsi dal bilancio preventivo, fatte salve le eventuali voci di integrazione dei fondi derivanti dall'applicazione di norme e/o contratti, debitamente finanziati (es. risorse aggiuntive regionali per ciascun anno di riferimento).

Con riferimento all'allocazione a bilancio degli importi relativi alla quota negoziata, agli oneri riflessi e all'IRAP derivanti dalla costituzione dei fondi, si segnala che gli stessi, come quantificati dalla

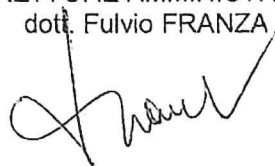
competente Struttura Complessa che si occupa della gestione del personale in sede di stesura del bilancio di previsione ed altresì in occasione dei monitoraggi quadrimestrali, risultano inseriti negli specifici conti riservati a tali voci dei ruoli sopra indicati (320, 325, 330, 335) e 400.100 (IRAP personale dipendente) del bilancio aziendale.

Infine, con riferimento alle indicazioni di cui alla nota Prot. N° 5813 dd. 15.03.2013 della Ragioneria Territoriale dello Stato, si rende noto che il numero dei destinatari dell'ipotesi di accordo in esame corrisponde al totale della forza del personale del Comparto in essere nel periodo di vigenza dell'accordo (esercizio 2017), pari attualmente a 3579 unità.

Per quanto concerne i benefici medi pro capite attesi, si ritiene di indicare la quota media attesa al dipendente, ricavata dal rapporto tra il totale delle risorse oggetto dell'accordo in esame (€ 2.819.966,15) e la forza attualmente nota per il medesimo esercizio, e pertanto pari indicativamente a € 787,92.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

dott. Fulvio FRANZA



VISTO:
IL DIRETTORE
DELLA SC FINANZA E CONTROLLO
COORDINATORE
funzione CONTABILITÀ E BILANCIO
dott. a Cinzia CONTENTO

