

DECRETO DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

N. 67 DEL 12/06/2019

OGGETTO: Assegnazione per l'anno 2019 del budget ai centri di attività e del budget di risorsa

Sottoscritto dal Commissario Straordinario

Dott.ssa Francesca Tosolini

nominato con Delibera della Giunta Regionale n.855 del 24.05.2019

Su proposta della S.S.D. Programmazione e Controllo,

preso atto del parere favorevole sotto il profilo della legittimità, della regolarità amministrativa, tecnica e contabile da parte dei Responsabili delle competenti Strutture ed Uffici

<i>Profilo della legittimità, della regolarità amministrativa e tecnica</i>		<i>Profilo della legittimità e della regolarità contabile</i>
IL RESPONSABILE DELLA S.S.D. Programmazione e Controllo dott.ssa Alessandra Rachelli <i>atto firmato digitalmente</i> data 07 giugno 2019	IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO dott.ssa Martina Vardabasso <i>atto firmato digitalmente</i> data 07 giugno 2019	IL RESPONSABILE DELLA S.C. GESTIONE ECONOMICO- FINANZIARIA dott.ssa Alessandra Rachelli <i>atto firmato digitalmente</i> data 07 giugno 2019

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Su proposta della S.S.D. Programmazione e controllo

Richiamato il proprio regolamento relativo al processo di programmazione e budget, approvato con decreto del Direttore Generale n. 32 dd. 5/4/2016;

Richiamate le linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2019, approvate in via definitiva con la DGR n. 2514/2018 e DGR 448/2019;

Visto il proprio decreto n. 32 dd. 29/03/2019 con il quale è stato adottato il Piano Attuativo Ospedaliero - PAO 2019, che comprende il bilancio preventivo 2019, redatto garantendo il rispetto dei vincoli operativi previsti dalle succitate DGR;

Considerato che con DGR 878 dd 30/5/2019 la Regione ha consolidato gli atti programmatori delle aziende del SRR per il 2019 e che le integrazioni previste per l'IRCCS Burlo Garofolo sono state recepite negli obiettivi assegnati ai centri di attività aziendali;

Considerato che gli obiettivi assegnati ai centri di attività sono stati integrati anche con gli obiettivi proposti dalla Regione per i Commissari straordinari per il 2019;

Ritenuto di individuare i centri di attività e di risorsa aziendali, così come elencati nell'allegato 1 (**All. 1**), facente parte integrante del presente provvedimento, coerenti con l'assetto previsto dall'atto aziendale vigente, di cui al proprio decreto n. 100/2016;

Preso atto che nel corso delle negoziazioni intervenute fra i responsabili dei centri di attività e la Direzione Strategica, sono stati assegnati gli obiettivi, tenendo conto delle osservazioni rilevate dai singoli responsabili di struttura, per ciascuna delle linee di attività programmate per l'anno 2019, ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato per il personale dirigente e della produttività collettiva per il personale di comparto;

Ritenuto, pertanto, di procedere alla formale approvazione dei predetti obiettivi, così come inviati ai responsabili a seguito degli incontri di negoziazione, sottoscritti dai responsabili dei Centri di attività aziendali come da documentazione agli atti presso la SSD Programmazione e controllo, e riportati nelle schede allegate al presente provvedimento quale sua parte integrante (**All. 2**);

Ritenuto di procedere all'assegnazione dei budget di risorsa, secondo i centri individuati all'allegato 1 e per le voci e gli importi dettagliatamente indicati nell'allegato prospetto facente parte integrante del presente provvedimento (**All. 3**), coerenti con il costo complessivo esposto nel bilancio preventivo 2019;

Verificato che i contenuti del presente provvedimento sono soggetti agli obblighi di trasparenza così come previsto dall'art. 10 c.8 del D.lgs n. 33/2013;

Riscontrato che sul presente decreto sono stati espressi, sotto il profilo della legittimità, della regolarità amministrativa, tecnica e contabile, i pareri favorevoli dei Responsabili delle competenti Strutture ed Uffici;

acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Scientifico, del Vicecommissario Straordinario Amministrativo, e del Vicecommissario Straordinario Sanitario;

DECRETA

per i motivi e le considerazioni indicati in premessa:

1. di individuare i centri di attività e di risorsa aziendali per l'esercizio 2019 , così come elencati nell'allegato 1 (**All. 1**), facente parte integrante del presente provvedimento;
2. di procedere alla formale approvazione degli obiettivi di attività assegnati ai centri di attività aziendali individuati per l'anno 2019 , così come riportati nella tabella riepilogativa allegata al presente provvedimento (**All. 2**);
3. di assegnare il budget di risorsa secondo i centri individuati all'allegato 1 e per le voci e gli importi dettagliatamente indicati nell'allegato prospetto facente parte del presente provvedimento (**All. 3**);
4. di procedere alla pubblicazione del presente provvedimento nella sezione "Amministrazione Trasparente/Performance/Piano della Performance", così come previsto dalla normativa vigente in materia di trasparenza (d.Lgs n. 33).

L'onere relativo al presente provvedimento rientra nei fondi contrattuali dell'esercizio 2019 attribuiti al budget di risorsa "SSD Politiche del Personale" e viene imputato al Bilancio d'esercizio nei ruoli del personale:

- al sottomastro 100, conto 30 "*indennità di risultato*" dirigenza medica e veterinaria, universitaria, e non medica;
- al sottomastro 300 "*indennità di risultato*" dei rispettivi ruoli della dirigenza professionale, tecnica e amministrativa;
- al sottomastro 400 "*retribuzione per produttività personale*" dei rispettivi ruoli del comparto;
- al conto 400.100 "*IRAP relativa al personale dipendente*".

Gli oneri sociali saranno rilevati ai singoli conti di appartenenza dei singoli ruoli. Il presente provvedimento diviene esecutivo, ai sensi dell'art. 4 della L.R. n. 21/1992 come sostituito dall'art. 50 della L.R. n. 49/1996, alla data di esecuzione all'Albo dell'Ente.

Allegati:

- All. 1 – Elenco dei centri di attività e di risorsa aziendali per l'anno 2019
- All. 2 – Obiettivi di attività 2019
- All. 3 --Budget di risorsa 2019 assegnato ai centri di risorsa aziendali.

Il presente provvedimento diviene esecutivo, ai sensi dell'art. 4 della L.R. 21/92 come sostituito dall'art. 50 della L.R. 49/96, dalla data di pubblicazione all'Albo aziendale telematico.

Acquisiti i pareri favorevoli di competenza

IL VICECOMMISSARIO STRAORDINARIO AMMINISTRATIVO	IL DIRETTORE SCIENTIFICO	IL VICECOMMISSARIO STRAORDINARIO SANITARIO
dott.ssa Serena Sincovich <i>atto firmato digitalmente</i> data 12 giugno 2019 nominato con Decreto del Commissario Straordinario n 65 del 04.06.2019	prof. Fabio Barbone <i>atto firmato digitalmente</i> data 12 giugno 2019 nominato con Decreto del Ministero della Salute di data 9/05/2016, Decreto del Direttore Generale n. 56 del 1/06/2016	dott. Nelso Trua <i>atto firmato digitalmente</i> data 12 giugno 2019 nominato con Decreto del Commissario Straordinario n. 66 del 04.06.2019

COMMISSARIO STRAORDINARIO
dott.ssa Francesca Tosolini <i>atto firmato digitalmente</i>

ELENCO ALLEGATI:
Allegato - Budget 2019 - Definitivo PDF:

Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: FRANCESCA TOSOLINI

CODICE FISCALE: TSLFNC68M54L483X

DATA FIRMA: 13/06/2019 11:56:08

IMPRONTA: 58640A5953E39BCF27330C8937A030E3B94AF51E79865BD71DF6C5323DE7A62F
B94AF51E79865BD71DF6C5323DE7A62FFC9920BD171C62EF41AF4AC038C2499E
FC9920BD171C62EF41AF4AC038C2499E875BC210FCC53B651944B56E78CB5F28
875BC210FCC53B651944B56E78CB5F28731A00D8328A9247054EBE71BD4BE1B6

Allegato 1

Elenco dei centri di attività e di risorsa aziendali per l'anno 2019

ELENCO CENTRI di ATTIVITA' PER L'ANNO 2019

Dipartimento Struttura

Direzione Generale

UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO E COMUNICAZIONE (URP)
S.S.D. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO
UFFICIO FORMAZIONE
SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE (SPPA)

Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI
S.C. GESTIONE ECONOMICO - FINANZIARIA
S.C. INGEGNERIA CLINICA INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI
S.S.D. POLITICHE DEL PERSONALE
S.C. GESTIONE TECNICA E REALIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE
DIPARTIMENTO DELLA GESTIONE TECNICO AMMINISTRATIVA

Direzione Sanitaria

S.S.D. FARMACIA
S.C. DIREZIONI DELLE PROFESSIONI SANITARIE
S.S.D. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
DIR. SAN. UFF. PER LA GESTIONE E VALORIZZAZIONE DELLA QUALITA'
DIR. SAN. UFF. PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE
DIR. SAN. UFF. PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
DIR. SAN. UFF. PER LA GESTIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E CUP
PIATTAFORMA OSTETRICA
PIATTAFORMA INFERMIERISTICA EMERGENZA-URGENZA
PIATTAFORMA INFERMIERISTA DEGENZA E AMBULATORIALE
PIATTAFORMA TECNICA DEI SERVIZI DI SUPPORTO

Direzione Scientifica

DIREZIONE SCIENTIFICA

Dipartimento di Pediatria

S.C. UNIVERSITARIA CLINICA PEDIATRICA
S.C. ONCOEMATOLOGIA
S.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
S.C. PEDIATRIA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO

Dipartimento di Chirurgia

S.C. OCULISTICA
S.S.D. ODONTOSTOMATOLOGIA
S.C. CHIRURGIA
S.C. OTORINOLARINGOIATRIA E AUDIOLOGIA
S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Dipartimento Materno – Neonatale e delle Terapie Intensive

S.C. NEONATOLOGIA
S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE
S.C. R. FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA E
PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA
S.S.D. R. MEDICINA FETALE E DIAGNOSTICA PRENATALE
S.S.D. GRAVIDANZA A RISCHIO
S.C. UNIVERSITARIA CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA

Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

S.S.D. R. DIAGNOSTICA AVANZATA MICROBIOLOGICA TRASLAZIONALE
S.C. GENETICA MEDICA
S.C. R. RADIOLOGIA PEDIATRICA
S.C. R. LABORATORIO DI DIAGNOSTICA AVANZATA TRASLAZIONALE
S.C. R. EPIDEMIOLOGIA CLINICA E RICERCA SUI SERVIZI SANITARI

ELENCO CENTRI di RISORSA PER L'ANNO 2019

Dipartimento

Struttura

Direzione Generale

UFFICIO FORMAZIONE

Direzione Sanitaria

DIREZIONE SANITARIA

Direzione Scientifica

DIREZIONE SCIENTIFICA

Dipartimento della Gestione Tecnico - Amministrativa

S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI
S.C. GESTIONE ECONOMICO – FINANZIARIA
S.C. INGEGNERIA CLINICA INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI
S. S. D. POLITICHE DEL PERSONALE
S.C. GESTIONE TECNICA E REALIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE

Allegato 2

Obiettivi di attività 2019

Indice

Allegato 2: Obiettivi di attività 2019

	pag.
Direzione Generale	
UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO E COMUNICAZIONE (URP)	1
S.S.D. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	3
UFFICIO FORMAZIONE	6
SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE (SPPA)	10
Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa	
S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI	11
S.C. GESTIONE ECONOMICO - FINANZIARIA	14
S.C. INGEGNERIA CLINICA INFORMATICA E APPROVVIGIONAMENTI	16
S.S.D. POLITICHE DEL PERSONALE	22
S.C. GESTIONE TECNICA E REALIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE	24
DIPARTIMENTO DELLA GESTIONE TECNICO AMMINISTRATIVA	26
Direzione Sanitaria	
S.S.D. FARMACIA	28
S.C. DIREZIONI DELLE PROFESSIONI SANITARIE	33
S.S.D. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO	36
DIR. SAN. UFF. PER LA GEST. E VALORIZZAZIONE DELLA QUALITA'	41
DIR. SAN. UFF. PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE	45
DIR. SAN. UFF. PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	49
DIR. SAN. UFF. PER LA GESTIONE DELLE PRESTAZIONI SANIT. E CUP	56
PIATTAFORMA OSTETRICA	59
PIATTAFORMA INFERMIERISTICA EMERGENZA-URGENZA	65
PIATTAFORMA INFERMIERISTA DEGENZA E AMBULATORIALE	71
PIATTAFORMA TECNICA DEI SERVIZI DI SUPPORTO	78
Direzione Scientifica	
DIREZIONE SCIENTIFICA	81
Dipartimento di Pediatria	
S.C. UNIVERSITARIA CLINICA PEDIATRICA	83
S.C. ONCOEMATOLOGIA	92
S.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	99
S.C. PEDIATRIA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO	105
Dipartimento di Chirurgia	
S.C. OCULISTICA	110
S.S.D ODONTOSTOMATOLOGIA	115
S.C. CHIRURGIA	120
S.C. OTORINOLARINGOIATRIA E AUDIOLOGIA	125
S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	131

Dipartimento Materno – Neonatale e delle Terapie Intensive

S.C. NEONATOLOGIA	136
S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE	142
S.C. R. FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA E PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA	148
S.S.D. R. MEDICINA FETALE E DIAGNOSTICA PRENATALE	153
S.S.D. GRAVIDANZA A RISCHIO	156
S.C. UNIVERSITARIA CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA	162

Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

S.S.D. R. DIAGNOSTICA AVANZATA MICROBIOLOGICA TRASLAZ.	168
S.C. GENETICA MEDICA	171
S.C. R. RADIOLOGIA PEDIATRICA	174
S.C. R. LABORATORIO DI DIAGNOSTICA AVANZATA TRASLAZ.	176
S.C. R. EPIDEMIOLOGIA CLINICA E RICERCA SUI SERVIZI SANITARI	178

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione (URP)

Responsabile:
dott.ssa Donatella Fontanot

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.28	RISCHIO CLINCO: Antimicrobial Stewardship: coinvolgere i cittadini sul tema dell'uso appropriato degli antibiotici: Diffusione del materiale informativo predisposto dalla Rete Cure Sicure FVG	SI	C		10	Il materiale informativo e' disponibile sul sito web e all'interno dell'IRCCS		si
3.4	8.5	Mantere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	SI	C		15	1.Rivisitare le analisi dei rischi (revisione 2019); 2.Rivisitare le SWOTT analysis del servizio (revisione 2019); 3.Identificare le fasi con grado di rischio > 8; 4.Stabilire gli obiettivi di miglioramento per abbattere detto alto rischio.		si
3.1.1	9.2	Proseguire l'applicazione del modello di comunicazione per l'ambito materno infantile elaborato in collaborazione con la DCS nel corso del 2018.	SI	C		20	1. Campagna di comunicazione/implementazione della donazione di sangue cordonale in accordo con le strutture interne e coi consultori progettata e realizzata; 2. Applicazione per donne e bambini creata.		1. 2. si
	10.61	Risposta ai reclami entro 30 giorni.	SI	C		10	Risposta ai reclami entro 30 giorni per almeno 80% dei casi.		si
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	SI	C		5	- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale
3.5.4	12.3	Predisposizione di una Carta dei servizi pediatrica specifica per l'assistenza in eta' pediatrica e adolescenziale, secondo le modalita' previste dall'Accordo Stato Regioni del 21 dicembre 2017, rep atti n. 248	SI	C		20	evidenza di predisposizione Carta dei Servizi pediatrica.		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione (URP)

Responsabile:
dott.ssa Donatella Fontanot

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che ne verifica la validita' gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell'ultimo triennio.	SI	C		5	1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%
	15.20	Mantenere il sito aziendale	SI	C		5	Aggiornamento dei contenuti/strutture/progetti di carattere sanitario e comunicazioni all'utenza.		
	15.21	Attivita' di comunicazione integrata.	SI	C		10	Pianificazione e gestione iniziative multi-canale in/off line (video, forum, materiale informativo). Breve relazione sull'attivita' svolta.		si
	7.4	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 14/2019)	NO	C			1 Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2019 2 Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		Entro le scadenze previste
3.1.9	14.1	Prevenzione degli incidenti domestici: 1.Divulgare il report elaborato dalla DCS 2.Continuare nell'attivita' di sensibilizzazione della popolazione nella prevenzione degli incidenti domestici.	NO	C			1. Report a DCS su attivita' di divulgazione del materiale Inviato; 2. Materiale informativo di sensibilizzazione, anche attraverso il sito web, nella prevenzione degli incidenti domestici divulgato.		1. Report inviato 2. Evidenza di materiale informativo divulgato
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: SSD Programmazione e Controllo

Responsabile:
dott.ssa Alessandra Rachelli

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	7.4	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 14/2019)	SI	E	5	5	1 Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2019 2 Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		Entro le scadenze previste
3.1.17	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	SI	E	20	20	- Evidenza dell'approvazione formale della Politica aziendale e diffusione dei contenuti alla cittadinanza; - Analisi e predisposizione del cronoprogramma per il raggiungimento dei 10 passi e delle 2 raccomandazioni.		si
3.4	8.5	Mantere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	SI	E	10	10	1.Rivisitare le analisi dei rischi (revisione 2019); 2.Rivisitare le SWOTT analysis del servizio (revisione 2019); 3.Identificare le fasi con grado di rischio > 8; 4.Stabilire gli obiettivi di miglioramento per abbattere detto alto rischio.		si
3.2.4	10.19	ODONTOIATRIA PUBBLICA: Erogare attivita' a pagamento su pazienti selezionati	SI	E	10	10	Evidenza dell'attivita' svolta.		si
3.5.4	10.26	Consolidare il modello previsto per la Chirurgia pediatrica e proposta di un modello per la chirurgia specialistica in ambito pediatrico.	SI	E	5	5	-Evidenza di analisi dell'attivita' delle cliniche specialiste in FVG		si
3.5.4	10.28	PEDIATRIA: studio di fattibilita' per lo sviluppo del Burlo multicentrico	SI	E	5	5	Documento inviato alla DCS entro 30/11		si entro il 30/11
3.5.6	10.37	Implementare in assistenza l'attivita' di ricerca traslazionale.	SI	E	5	5	Collaborare allo sviluppo del protocollo operativo DNA Fetale (NIPT).		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: SSD Programmazione e Controllo

Responsabile:
dott.ssa Alessandra Rachelli

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
5.2	10.52	Monitorare il costo del personale secondo le indicazioni del DL 35/2019 e delle successive comunicazioni operative regionali	SI	E	10	10	Collaborazione con la SSD Politiche del personale per avviare il percorso necessario all'applicazione delle disposizioni del DL 35/2019 sulla spesa del personale, anche alla luce del trend della produzione - evidenza dell'attivita' svolta		si
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che neverifica la validita'gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell' ultimo triennio.	SI	E	5	5	1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%
3.3.9	14.4	Flussi informativi farmaceutica: 1. Implementare, verificare e controllare la congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, utilizzando il portale SISR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da possibile mancato invio; 2. Assicurare l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) 3. Distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).	SI	E	10	10	1. Entro il 10 di ogni mese verifica: Integrale copertura fase 3/fase 2 (> 99,5% della spesa negli ambiti previsti); 2. Codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali inserito (> 99%); 3. Riscontro entro 15 giorni agli approfondimenti richiesti o segnalazioni inviate.		1. > 99,5% 2.> 99% 3.Riscontro entro 15 giorni
	14.9	Recepire le integrazioni ai modelli ministeriali CE e LA approvate con DM del 3/5/2019	SI	E	10	10	Evidenza della predisposizione di idoneo supporto contabile ed extracontabile per la compilazione del nuovo modello LA.		
	15.22	Utilizzare il sistema Gifra per l'invio della posta in uscita	SI	E	5	5	Sistema Gifra utilizzato per la posta in uscita - certificazione del responsabile		

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: SSD Programmazione e Controllo

Responsabile:
dott.ssa Alessandra Rachelli

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.5.4	10.25	Definire ed applicare le modalita' operative di trasporto pediatrico.	NO	E			Documento inviato in DCS		si
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	NO	E			- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale
3.5.4	15.3	FSE: Attivare il FSE al momento della nascita	NO	E			1. Progetto presentato alla DCS entro il 28/2; 2. Avvio del FSE dal 1/10		1.entro il 28/2 2.dal 1/10
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: Ufficio Formazione

Responsabile:
dott.ssa Cinzia Decorti

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.9	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure del'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	C		10	2. Corso di formazione dei link professional effettuato		1.si 2.Evidenza documentale
3.6	3.26	RISCHIO CLINICO: Antimicrobial Stewardship: Organizzare l'attivita' formativa per il personale medico sui seguenti temi: - lettura dell'antibiogramma - prescrizione antibiotica mirata - linee guida regionali sulle infezioni pediatriche - sepsi associata alle pratiche assistenziali	SI	C		10	Evidenza di organizzazione dell' attivita' formativa.		si
	7.4	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 14/2019)	SI	C		10	1 Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2019 2 Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		Entro le scadenze previste
3.4	8.2	Partecipare al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti.	SI	C		10	Supporto all'Ufficio per la Gestione e la Valorizzazione della Qualita' nelle verifiche ispettive interne per la verifica della conformita' ai requisiti dei programmi di certificazione e accreditamento dell' IRCCS.		si
3.4	8.5	Mantere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	SI	C		15	1.Rivisitare le analisi dei rischi (revisione 2019); 2.Rivisitare le SWOTT analysis del servizio (revisione 2019); 3.Identificare le fasi con grado di rischio > 8; 4.Stabilire gli obiettivi di miglioramento per abbattere detto alto rischio.		si
	10.68	Divulgare l'attivita' formativa	SI	C		10	Evidenza di predisposizione ed invio per mail di un catalogo delle attivita' formative del mese successivo e pubblicazione sul sito internet.		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: Ufficio Formazione

Responsabile:
dott.ssa Cinzia Decorti

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	SI	C		20	Supporto alle iscrizioni on line e all' accesso al sistema FAD.		si
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che neverifica la validita'gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell' ultimo triennio.	SI	C		10	1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%
	16.1	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	C		5	Indicatore tempestivita' dei pagamenti <=0, ovvero entro 15 gg dalla scadenza prevista dalla normativa : - effettuare la verifica dei documenti contabili e/o la loro trasmissione alla SC GEF - contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' del prodotto/servizio		<=0
3.6	3.10	RISCHIO CLINICO: Qualita' e Sicurezza della documentazione sanitaria. 1. Verificare la corretta e completa compilazione della cartella clinica dei ricoveri ordinari e DH relativamente a: a. consenso informato chirurgico; b. consenso informato anestesilogico; c. scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso, rivalutazione quotidiana del dolore durante il periodo di degenza e dopo somministrazione di terapia condizionata; d. check list chirurgica; e. primo foglio unico di terapia. 2. Migliorare la compilazione della cartella clinica; 3. Organizzare almeno 1 evento formativo sulla corretta compilazione della documentazione sanitaria per le varie strutture	NO	C			3. Almeno 1 evento formativo sulla corretta compilazione della documentazione sanitaria per le varie Strutture organizzato		>=1

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: Ufficio Formazione

Responsabile:
dott.ssa Cinzia Decorti

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.23	RISCHIO CLINCO: Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: prevenire e contenere le infezioni correlate all'assistenza: Pianificare il fabbisogno formativo e organizzare eventi in relazione a: - igiene delle mani; - precauzioni standard; - isolamento del paziente; - vaccinazioni.	NO	C			Eventi formativi organizzati		si
3.6	3.30	RISCHIO CLINCO: violenza sugli operatori: formazione dedicata agli operatori sanitari per prevenire gli atti di violenza a loro danno	NO	C			almeno 1 evento formativo organizzato		almeno 1
3.5.4	10.27	Formazione: promozione di attivita' formative relative alle tematiche oggetto di progettualita' per il 2019 (trasporto pediatrico, onco-ematologia, malattie nefrologiche, malattie infiammatorie croniche intestinali, diabete, malattie neuromuscolari, cure palliative).	NO	C			Collaborazione per la promozione di attivita' formative		si
3.5.5	10.32	Parto analgesia: 1. sviluppare/aggiornare una Carta dei servizi specifica per il percorso nascita con le informazioni previste dalla DGR 1083/2012 relative ad ogni Punto nascita aziendale, ivi compresa l'offerta di parto-analgesia; 2. rendere visibile nei siti aziendali l'offerta relativa al percorso nascita nel territorio di competenza, ivi comprese le tecniche di controllo del dolore in travaglio/parto; 3. definire procedure formalizzate e condivise a livello multiprofessionale, facilmente consultabili e periodicamente aggiornate, per tutte le fasi del percorso di parto-analgesia; 4. promuovere corsi aziendali di formazione specifica sulla parto-analgesia farmacologica e non, rivolti a tutte le figure professionali coinvolte. Le Aziende con Ostetricie di II livello promuovono programmi formativi, anche sul campo, rivolti al territorio regionale; 5. monitorare l'attivita' e le eventuali complicanze.	NO	C			4.evidenza di promozione dei corsi;		4. si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: Ufficio Formazione

Responsabile:
dott.ssa Cinzia Decorti

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Generale

Struttura: Servizio prevenzione e protezione aziendale

Responsabile:
dott.ssa Claudia Carosi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.19	RISCHIO CLINCO: Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: Organizzare ed effettuare la simulazione di evento epidemico	SI	C		20	Simulazione effettuata, relazione redatta		si
	7.4	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 14/2019)	SI	C		20	1 Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2019 2 Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		Entro le scadenze previste
3.4	8.5	Mantere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	SI	C		20	1.Rivisitare le analisi dei rischi (revisione 2019); 2.Rivisitare le SWOTT analysis del servizio (revisione 2019); 3.Identificare le fasi con grado di rischio > 8; 4.Stabilire gli obiettivi di miglioramento per abbattere detto alto rischio.		si
	8.14	Aggiornare la procedura PRO_DSN_0091 "Disciplina degli accessi alla sala criobiologica" con integrazione rispetto all'intervento dei guardiafuochi.	SI	C		20	Procedura aggiornata		entro il 30/04/2019
	10.56	Elaborare o aggiornare procedure di sicurezza dell'Istituto	SI	C		20	Evidenza di implementazione o aggiornamento di almeno 3 procedure.		= 3
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	NO	E			- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Affari Generali e Legali

Responsabile:
dott.ssa Daniela Zaro

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	7.1	Adottare specifiche disposizioni organizzative relativamente alle attivita' d'informazione svolte dalle Aziende farmaceutiche e del settore dei dispositivi medici verso tutti gli operatori sanitari al fine di favorire comportamenti uniformi, coerenti a principi di trasparenza anche con riferimento ad eventuali conflitti di interesse.	SI	E	10	10	- Entro il 31/12/19 regolamento predisposto e inviato alla DCS; - Entro il 31/12/19 regolamento adottato.		si
	7.4	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 14/2019)	SI	E	15	15	1 Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2019 2 Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		Entro le scadenze previste
3.4	8.5	Mantere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	SI	E	10	10	1.Rivisitare le analisi dei rischi (revisione 2019); 2.Rivisitare le SWOTT analysis del servizio (revisione 2019); 3.Identificare le fasi con grado di rischio > 8; 4.Stabilire gli obiettivi di miglioramento per abbattere detto alto rischio.		si
3.2.4	10.19	ODONTOIATRIA PUBBLICA: Erogare attivita' a pagamento su pazienti selezionati	SI	E	10	10	Evidenza dell'attivita' svolta.		
3.5.4	10.28	PEDIATRIA: studio di fattibilita' per lo sviluppo del Burlo multicentrico	SI	E	5	5	Documento inviato alla DCS entro 30/11		si entro 30/11
	10.67	Effettuare la ricognizione delle convenzioni attive, passive, trocini, associazioni vigenti al 30/9/2019	SI	E	15	15	predisposizione di un database entro il 31/12/2019		si'

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Affari Generali e Legali

Responsabile:
dott.ssa Daniela Zaro

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che ne verifica la validita' gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell'ultimo triennio.	SI	E	10	10	1 e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell'SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%
	15.22	Utilizzare il sistema Gifra per l'invio della posta in uscita	SI	E	10	10	Organizzazione di evento formativo sul campo ad un minimo di due strutture tra cui preferibilmente la Segreteria di Direzione Generale		
	15.23	Dematerializzare la corrispondenza (anno 2004)	SI	E	10	10	Scansione nell'operativo Insiel "sistema protocollo" della parte di corrispondenza in arrivo ed in partenza dell'anno 2004, contenuta nei fascicoli con chiusura annuale, ad eccezione dei documenti consegnati in originale agli uffici utente, per l'invio della documentazione cartacea scansionata presso l'archivio di Udine entro 31/12/2019		si'
	16.1	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	E	5	5	Indicatore tempestivita' dei pagamenti <=0, ovvero entro 15 gg dalla scadenza prevista dalla normativa : - effettuare la verifica dei documenti contabili e/o la loro trasmissione alla SC GEF - contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' del prodotto/servizio		<=0
	8.19	Collaborare con la Direzione Sanitaria per la predisposizione di accordi quadro tra enti del Servizio Sanitario Regionale subordinati a normativa specifica.	NO	E			Evidenza di collaborazione qualora richiesto		entro il 31/12/2019

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Affari Generali e Legali

Responsabile:
dott.ssa Daniela Zaro

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	NO	E			- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale
4	15.11	Predisporre le informative per le ditte esterne in accordo all'art. 28 del GDPR 679/2017	NO	E			50% entro 31.05.2019 85% entro 30.10.2019 100% entro 31.12.2019		si
				Totale pesi:		100	100		

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Gestione Economico-Finanziaria

Responsabile:
dott.ssa Alessandra Rachelli

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	7.4	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 14/2019)	SI	E	10	10	1 Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2019 2 Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		Entro le scadenze previste
3.4	8.5	Mantere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	SI	E	10	10	1.Rivisitare le analisi dei rischi (revisione 2019); 2.Rivisitare le SWOTT analysis del servizio (revisione 2019); 3.Identificare le fasi con grado di rischio > 8; 4.Stabilire gli obiettivi di miglioramento per abbattere detto alto rischio.		si
3.2.4	10.19	ODONTOIATRIA PUBBLICA: Erogare attivita' a pagamento su pazienti selezionati	SI	E	10	10	Evidenza dell'attivita' svolta.		si
5.2	10.52	Monitorare il costo del personale secondo le indicazioni del DL 35/2019 e delle successive comunicazioni operative regionali	SI	E	10	10	Collaborazione con la SSD Politiche del personale per avviare il percorso necessario all'applicazione delle disposizioni del DL 35/2019 sulla spesa del personale - evidenza dell'attivita' svolta		si
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	SI	E	10	10	- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che neverifica la validita'gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell'ultimo triennio.	SI	E	10	10	1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Gestione Economico-Finanziaria

Responsabile:
dott.ssa Alessandra Rachelli

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	14.8	Verificare semestralmente la contabilita' separata della ricerca corrente e finalizzata ed allinearla alla rendicontazione da inviare al Ministero e agli enti finanziatori	SI	E	10	10	Scritture di allineamento della contabilita' separata come da evidenze trasmesse dalla Direzione Scientifica		
	14.9	Recepire le integrazioni ai modelli ministeriali CE e LA approvate con DM del 3/5/2019	SI	E	10	10	Evidenza della predisposizione del raccordo tra il piano dei conti vigente ed il nuovo modello CE e invio periodico del flusso CE, secondo lo schema predisposto.		
5.1	15.19	Utilizzare il programma SIOPE+ a partire dal 01.01.2019	SI	E	10	10	Ordinativi attraverso un'unica infrastruttura informatica trasmessi secondo lo standard definito da Agid, alla Banca d'Italia, che provvedera' a trasmetterli al tesoriere per la loro lavorazione.		si
	15.22	Utilizzare il sistema Gifra per l'invio della posta in uscita	SI	E	5	5	Sistema Gifra utilizzato per la posta in uscita - certificazione del responsabile		
	16.1	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	E	5	5	Monitoraggio settimanale delle scadenze dei documenti contabili e contestuale invio dello scadenzario ai CDR. Pagamento nei termini di legge dei documenti verificati.		
3.5.4	10.28	PEDIATRIA: studio di fattibilita' per lo sviluppo del Burlo multicentrico	NO	E			Documento inviato alla DCS entro 30/11		si entro il 30/11
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti

Responsabile:
dott.ssa Serena Sincovich

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.17	RISCHIO CLINICO: Sicurezza e appropriatezza nell'uso degli emocomponenti: 1. Aggiornare la composizione del COBUS ai sensi della DGR 893/2018; 2. Monitorare l'appropriatezza dell'utilizzo degli emocomponenti ed emoderivati da parte dei Comitati ospedalieri per il Buon Uso del Sangue; 3. Implementare il sistema informatico EMONET per la richiesta di emocomponenti	SI	E	10	10	3.1 Estensione dell'applicativo EMONET compatibilmente con le attivita' propedeutiche svolte da INSIEL; 3.2 In caso di attivazione gli operatori vengono formati .	si	
	6.13	Preparazione centralizzata in UFA ASUITS dei farmaci antiblastici: 1. Rispettare la convenzione; 2. Rivedere il progetto e pesare i vantaggi e svantaggi della soluzione centralizzata.	SI	E	5	5	2a. Isolatore acquisito, secondo le indicazioni della Direzione strategica ed il finanziamento assegnato	2a. si	
	7.1	Adottare specifiche disposizioni organizzative relativamente alle attivita' d'informazione svolte dalle Aziende farmaceutiche e del settore dei dispositivi medici verso tutti gli operatori sanitari al fine di favorire comportamenti uniformi, coerenti a principi di trasparenza anche con riferimento ad eventuali conflitti di interesse.	SI	E	5	5	- Entro il 31/12/19 regolamento predisposto e inviato alla DCS; - Entro il 31/12/19 regolamento adottato.	si	
	7.4	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 14/2019)	SI	E	10	10	1 Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2019 2 Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.	Entro le scadenze previste	
3.4	8.5	Mantere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	SI	E	10	10	1.Rivedere le analisi dei rischi (revisione 2019); 2.Rivedere le SWOTT analysis del servizio (revisione 2019); 3.Identificare le fasi con grado di rischio > 8; 4.Stabilire gli obiettivi di miglioramento per abbattere detto alto rischio.	si	

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti

Responsabile:
dott.ssa Serena Sincovich

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	8.13	1. Adottare un nuovo tank in sostituzione del tank n.3 con trasferimento degli embrioni ivi contenuti e dotarlo di allarme in remoto. 2. Tarare adeguatamente il sensore del tank n.18	SI	E	5	5	1. Tank aquisito entro il 31/07/2019 ed allarmato in remoto entro il 31/12/2019, compatibilmente al finanziamento assegnato 2. Sensore del tank n.18 correttamente tarato		1. entro il 31/07/2019 e 31/12/2019 2. entro il 30/04/2019
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	SI	E	5	5	- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che neverifica la validita'gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell' ultimo triennio.	SI	E	5	5	1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%
4	15.4	Riorganizzazione dei servizi ICT: Censire i principali Servizi ICT a supporto della funzionalita' ed organizzazione delle Aziende e redazione di un Piano di riorganizzazione	SI	E	5	5	Piano di riorganizzazione basato sui documenti aziendali quali il DPS e il documento di Business Continuity e Disaster Recovery redatti.		si
4	15.9	Sicurezza informatica: sicurezza fisica e logica/funzionale del sistema informativo, anche in attinenza ai temi relativi alla circolare n. 2/2017 del 18 aprile 2017 di AgID "misure minime di sicurezza" ed entrata in vigore del GDPR – (Regolamento UE 2016/679)	SI	E	10	10	entro il 31.12.2019 nuovo firewall in alta affidabilita' e nuovo sistema SIEM per la gestione degli eventi relativi alla sicurezza informatica vengono installati		entro 31.12.19
4	15.11	Predisporre le informative per le ditte esterne in accordo all'art. 28 del GDPR 679/2017	SI	E	5	5	50% entro 31.05.2019 85% entro 30.10.2019 100% entro 31.12.2019		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti

Responsabile:
dott.ssa Serena Sincovich

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
4.1	15.13	Sistema PACS regionale: Rinnovare il sistema PACS regionale con aggiornamento delle sue componenti tecnologiche.	SI	E	5	5	- Precondizioni impiantistiche e logistiche aggiornate; - Supporto tecnico alle attivita' di installazione.	si	
4.1	15.16	Sistema PACS regionale: Proseguire l'estensione sistema PACS all'intero ambito dell'endoscopia ambulatoriale in relazione alle esigenze cliniche espresse dalle Aziende.	SI	E	10	10	1. Effettuare le azioni propedeutiche per aderire al PACS regionale - relazione sull'attivita' svolta. 2. esigenze cliniche nei vari ambiti dell'endoscopia ambulatoriale confermate piano di attuazione delle precondizioni tecnologiche per l'adozione dei profili di integrazione versus G2 e PACS predisposto entro marzo - successive all'adesione al PACS regionale. 3. flusso di integrazione versus G2 e PACS almeno per uno degli ambiti clinici individuati attivato entro l'anno - successive all'adesione al PACS regionale.	1 si 2.entro marzo - se adesione a PACS regionale 3.entro l'anno	
	15.22	Utilizzare il sistema Gifra per l'invio della posta in uscita	SI	E	5	5	Sistema Gifra utilizzato per la posta in uscita - certificazione del responsabile		
	16.1	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	E	5	5	Indicatore tempestivita' dei pagamenti <=0, ovvero entro 15 gg dalla scadenza prevista dalla normativa : - effettuare la verifica dei documenti contabili e/o la loro trasmissione alla SC GEF - contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' del prodotto/servizio	<=0	
3.4	8.8	Mantenere l' autorizzazione e accreditamento della branca Medicina Trasfusionale (DGR 2528/2011)	NO	E			Postazioni EMONET WEB per la richiesta informatizzata del sangue e degli emocomponenti attivate.	si	
3.1.1	9.2	Proseguire l'applicazione del modello di comunicazione per l'ambito materno infantile elaborato in collaborazione con la DCS nel corso del 2018.	NO	E			2. Applicazione per donne e bambini creata.	2. si'	

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti

Responsabile:
dott.ssa Serena Sincovich

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.2.4	10.19	ODONTOIATRIA PUBBLICA: Erogare attivita' a pagamento su pazienti selezionati	NO	E			Supporto all'avvio dell'attivita'.		
3.5.4	10.28	PEDIATRIA: studio di fattibilita' per lo sviluppo del Burlo multicentrico	NO	E			Documento inviato alla DCS entro 30/11	si entro il 30/11	
3.5.4	10.29	Omogeneizzare la modulistica cartacea della cartella clinica di ricovero e ambulatoriale pediatrica in previsione dell'informatizzazione	NO	E			Evidenza di omogeneizzazione della modulistica cartacea della cartella clinica di ricovero e ambulatoriale pediatrica in previsione dell'informatizzazione in accordo con le aziende regionali	si	
	10.56	Elaborare o aggiornare procedure di sicurezza dell'Istituto	NO	E			Evidenza di implementazione o aggiornamento di almeno 3 procedure.		
3.2.4	13.12	ODONTOIATRIA PUBBLICA: Attivare la cartella clinica elettronica entro il 31.1.19	NO	E			Cartella clinica elettronica attivata entro il 31/01/2019	entro il 31/01/2019	
3.3.9	14.3	Implementare la cartella oncologia informatizzata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti.	NO	E			Campi obbligatori per il 95% dei pazienti implemetati.	implementazione campi >95%	
3.5.4	15.2	TELE-REFERTAZIONE: Sviluppo e operativita' del sistema di tele-refertazione per second opinion in radiologia pediatrica.	NO	E			Sistema di tele-refertazione per second opinion in radiologia pediatrica sviluppato	si	
3.5.4	15.3	FSE: Attivare il FSE al momento della nascita	NO	E			2. Avvio del FSE dal 1/10	1.entro il 28/2 2.dal 1/10	

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti

Responsabile:
dott.ssa Serena Sincovich

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
4.	15.6	Cartella clinica: 1. Partecipare gruppo di lavoro 2. Individuare siti pilota 3. Configurare e avviare siti	NO	E			1. evidenza di partecipazione al 90% incontri 2. entro il 30.6.2019 3. entro il 31.10.2019	1.90% 2. entro il 30.6.2019 3. entro il 31.10.2019	
4	15.8	Utilizzare la firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet e la cartella informatizzata	NO	E			Supporto all'utilizzo della ricetta dematerializzata e della firma digitale. Report periodico di monitoraggio.	si	
4	15.10	Rinnovamento SIASI: SALUTE MENTALE: 1. Individuare il sito pilota e pianificare estensione alle altre aziende; 2. Configurare e avviare il sistema nel sito pilota; 3. Estendere il sistema ad altre due aziende.	NO	D			1. entro il 31.1.2019 2. entro il 31.05.2019 3. entro il 31.12.2019	1. entro il 31.1.2019 2. entro il 31.05.2019 3. entro il 31.12.2019	
4	15.12	potenziamento sistema informatico e telefonia: 1. Predisporre e aggiornare la rubrica telefonica aziendale su sito intranet; 2. Sostituire tutti i pc con sistema operativo windows xp; 3. Predisporre il registro dei trattamenti informatizzato; 4. Installare Telefoni voip; 5. Progettare ed avviare la piattaforma Intranet nuova.	NO	E			1. mappatura dei numeri interni Completata entro il 31/12/2019; 2. 150 pc con win 10 acquistati e posizionati entro 31/12/2019; 3. Entro il 30/06/2019; 4. 60 telefoni voip posizionati e installati entro il 30/09/2019; 5. entro il 30/09/2019.	1.31/12/2019; 2. entro 31/12/2019; 3. Entro il 30/06/2019; 4. entro il 30/09/2019; 5. entro il 30/09/2019	
4.1	15.14	Sistema PACS regionale: Consultazione/visualizzazione di referti e immagini in situazione emergenziale inter-aziendale; proseguire la messa a regime del caso d'uso negli ambiti clinici previsti dalla programmazione sanitaria regionale.	NO	E			Supporto tecnico e clinico nelle attivita' di messa a punto e collaudo dei sistemi di collegamento Spoke-Hub garantite.	si	
4.1	15.15	Collaudare presso un sito pilota la soluzione di integrazione SIO/PACS per la produzione di un referto multimediale in Radiologia, gia' testata in ambiente di prova e avvio della soluzione a livello regionale.	NO	D			- supporto tecnico e clinico per le attivita' di collaudo garantito - evidenza di avviamento presso gli altri siti regionali secondo il programma che sara' redatto da ARCS d'intesa con INSIEL e con il fornitore PACS.	si	

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.C. Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti

Responsabile:
dott.ssa Serena Sincovich

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
4.1	15.17	1. Potenziare le funzionalita' elaborative con moduli aggiuntivi per l'analisi diagnostica evoluta in distretti anatomici specifici, secondo motivate richieste aziendali e in coerenza con il progetto regionale di sviluppo dei sistemi informativi ospedalieri; 2. Perfezionare l'integrazione dei sistemi PACS dell'ASUITS nell'impianto PACS regionale.	NO	E			Documento di richiesta motivata di moduli di post elaborazione da integrare nel sistema PACS regionale presentato entro marzo;		entro marzo
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.S.D. Politiche del Personale

Responsabile:
dott.ssa Serena Sincovich

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.8.1	2.5	TEMPI DI ATTESA: Garantire il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici.	SI	E	10	10	Reperimento del personale medico specialista per il rispetto dei tempi di attesa su indicazione della Direzione Strategica. -Report relativo all'attivita' svolta-		si
	7.4	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 14/2019)	SI	E	10	10	1 Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2019 2 Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente. 3 Verifica in corso d'anno della effettiva dichiarazione via web ad AGENAS/ compilazionemodulistica per dichiarazione pubblica di interessi da parte dei professionisti del servizio sanitario 4 Verifica delle dichiarazioni sulle cause di inconfiribilita' ed incompatibilita' degli incarichi (10%) delle dichiarazioni		Entro le scadenze previste
3.4	8.5	Mantere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	SI	E	15	15	1.Rivisitare le analisi dei rischi (revisione 2019); 2.Rivisitare le SWOTT analysis del servizio (revisione 2019); 3.Identificare le fasi con grado di rischio > 8; 4.Stabilire gli obiettivi di miglioramento per abbattere detto alto rischio.		si
3.5.4	10.28	PEDIATRIA: studio di fattibilita' per lo sviluppo del Burlo multicentrico	SI	E	5	5	Documento inviato alla DCS entro 30/11		si entro il 30/11
5.2	10.52	Monitorare il costo del personale secondo le indicazioni del DL 35/2019 e delle successive comunicazioni operative regionali	SI	E	15	15	Collaborazione con la DCS per avviare il percorso necessario all'applicazione delle disposizioni del DL 35/2019 sulla spesa del personale - evidenza dell'attivita' svolta		si
	10.64	Predisporre un Regolamento per assegnare parte dei fondi dei progetti di ricerca al personale dipendente.	SI	E	10	10	Evidenza di bozza al Direttore Scientifico.		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: S.S.D. Politiche del Personale

Responsabile:
dott.ssa Serena Sincovich

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	SI	E	5	5	- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale
	11.3	Applicare le nuove disposizioni previste dal CCNL del comparto	SI	E	15	15	Avvio del percorso di confronto sindacale al fine di predisporre la revisione del regolamento per la valutazione della performance collettiva ed individuale in applicazione del CCNL 2016-2018 del comparto		
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che neverifica la validita'gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell'ultimo triennio.	SI	E	5	5	1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%
	15.22	Utilizzare il sistema Gifra per l'invio della posta in uscita	SI	E	5	5	Sistema Gifra utilizzato per la posta in uscita - certificazione del responsabile		
	16.1	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	E	5	5	Indicatore tempestivita' dei pagamenti <=0, ovvero entro 15 gg dalla scadenza prevista dalla normativa : - effettuare la verifica dei documenti contabili e/o la loro trasmissione alla SC GEF - contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' del prodotto/servizio		<=0
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Responsabile:

Struttura: S.C. Gestione Tecnica e Realizzazione del Nuovo Ospedale

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	7.4	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 14/2019)	SI	E	15	15	1 Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2019 2 Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		Entro le scadenze previste
3.4	8.5	Mantere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	SI	E	10	10	1.Rivisitare le analisi dei rischi (revisione 2019); 2.Rivisitare le SWOTT analysis del servizio (revisione 2019); 3.Identificare le fasi con grado di rischio > 8; 4.Stabilire gli obiettivi di miglioramento per abbattere detto alto rischio.		si
	8.11	1. Elaborare uno studio di fattibilita' per la creazione di una zona prefiltro per l'accesso al laboratorio di embriologia e alla sala lavaggio ferri adiacente siti nel blocco operatorio 2. Posizionare le bombole incubatori dal laboratorio alla stanza adiacente	SI	E	10	10	1. Evidenza di studi di fattibilita' 2. Evidenza dello spostamento delle bombole incubatori		1. entro il 30/06 2. si
	8.16	Posizionare all'interno il bottone emergenza collegato al sensore di Ossigeno attualmente posizionato all'esterno.	SI	E	10	10	Bottone emergenza posizionato internamente		entro il 31/07/2019
	8.17	Dotare la sala criobiologica di spazi adeguati	SI	E	20	20	Verifica della fattibilita' economico finanziaria per l'anticipo al 2020 dei lavori di ristrutturazione, nel blocco operatorio, a favore della SC R PMA, attualmente previsti nel 2021.		entro il 31/12/2019
	10.56	Elaborare o aggiornare procedure di sicurezza dell'Istituto	SI	E	10	10	Evidenza di implementazione o aggiornamento di almeno 3 procedure.		= 3

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Responsabile:

Struttura: S.C. Gestione Tecnica e Realizzazione del Nuovo Ospedale

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che ne verifica la validita' gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell'ultimo triennio.	SI	E	10	10	1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%
	15.22	Utilizzare il sistema Gifra per l'invio della posta in uscita	SI	E	5	5	Sistema Gifra utilizzato per la posta in uscita - certificazione del responsabile		
	16.1	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	E	10	10	Indicatore tempestivita' dei pagamenti <=0, ovvero entro 15 gg dalla scadenza prevista dalla normativa : - effettuare la verifica dei documenti contabili e/o la loro trasmissione alla SC GEF - contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' del prodotto/servizio		<=0
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	NO	E			- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Responsabile:
dott.ssa Serena Sincovich

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
10.69		Supportare le attivita' di segreteria del CIV dell' IRCCS Burlo Garofolo di Trieste.	SI	E	30	30	Evidenza di relazione svolta entro il 31.12.2019 su: 1. Predisposizione e inoltro, d'ordine del presidente dell'Organo, delle convocazioni contenenti l'ODG della seduta; 2. Supporto al Presidente nella predisposizione e successiva distribuzione del materiale e della documentazione prevista dall' ODG; 3. Elaborazione e condivisione tra i componenti dell'Organo dei verbali delle sedute e redazione della versione definitiva degli stessi.		entro il 31.12.19
10.70		Regolamentazione del funzionamento del Collegio di Direzione dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste.	SI	E	20	20	1. Analisi della normativa vigente in materia; 2. Evidenza della redazione del testo in bozza del regolamento entro il 30.09.2019		bozza del regolamento entro il 30.06.19
11.2		Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	SI	E	10	10	- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale
12.4		1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che ne verifica la validita' gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell' ultimo triennio.	SI	E	20	20	1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%
15.22		Utilizzare il sistema Gifra per l'invio della posta in uscita	SI	E	20	20	Sistema Gifra utilizzato per la posta in uscita - certificazione del responsabile		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Struttura: Dipartimento della Gestione Tecnico-Amministrativa

Responsabile:
dott.ssa Serena Sincovich

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
Totale pesi:				100	100				

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.S.D. Farmacia

Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.16	RISCHIO CLINICO: Sicurezza e appropriatezza nell'uso dei farmaci: 1. Aggiornamento delle procedure sulla sicurezza del farmaco - Modalita' di prescrizione, trascrizione e somministrazione dei farmaci; - Gestione delle soluzioni di elettroliti concentrati; - Gestione farmaci ad alto livello di attenzione LASA. 2. Adeguamento alle indicazioni regionali sulla gestione degli elastomeri	SI	D	5		1. Procedure sulla sicurezza del farmaco vengono aggiornate e pubblicate su intranet; 2. Linee guida regionali sulla gestione degli elastomeri adottate.		1.2. si
3.6	3.25	RISCHIO CLINICO:Antimicrobial Stewardship:Monitorare l'utilizzo di cefalosporine, chinolonici e carbapenemi	SI	D	10		2 report sull' uso di cefalosporine, chinolonici e carbapenemi inviati ai prescrittori		si
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell' IRCCS.	SI	D	5		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF. (coerenti con il mandato dell' IRCCS e affiliazione corretta)	Pubbl=2; IF=11	=2018 +/- 10%
3.3.2	6.2	Appropriatezza prescrittiva: inviare un report semestrale alla DCS con evidenza sia delle iniziative di audit e feedback adottate, sia delle azioni piu' significative intraprese nel corso del primo e del secondo semestre del 2019.	SI	D	10		Invio alla DCS di due relazioni semestrali (entro 31/08/2019 e 28/02/2020) da cui si evincano: - 3 obiettivi assegnati dalla Direzione Sanitaria alle U.O aziendali relativi a setting specialistici ad alto impatto di spesa; -Azioni intraprese per le categorie principali.		relazioni entro 31/08/2019 e 28/02/2020
3.3.5	6.3	BIOSIMILARI: Indicatori per categorie di medicinali in cui e' disponibile l'alternativa biosimile.	SI	D	10		Due relazioni semestrali inviate alla DCS (secondo schema) da cui si evincano - Le attivita' svolte; - I percorsi attivati con i prescrittori; - I monitoraggi effettuati per i singoli ambiti (ospedaliero, domiciliare), da cui si evincano le ricadute sul SSR.		Relazioni entro il 31/08/2019 e 28/02/2020
3.3.6	6.4	Erogare medicinali secondo la DGR 12/2018 da parte delle strutture sanitarie (diretta e primo ciclo a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale) .	SI	D	10		Invio di due report semestrali sull'attivita' svolta nell'ambito della distribuzione diretta entro il 31.08.19 ed entro il 28.02.20.		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.S.D. Farmacia

Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.3.9	6.5	Registri AIFA e recupero rimborsi: Registrare tutti i dati richiesti per la prescrizione dei medicinali soggetti a registro secondo indicazioni AIFA (anche con particolare riferimento ai medicinali innovativi), al fine di assicurare appropriatezza d'uso e consentire il recupero di quanto dovuto in termini di cost-sharing, pay-back e risk sharing. La richiesta del farmaco dovrà sempre essere accompagnata dalla scheda di registrazione paziente nel registro.	SI	D	10		- Evidenza dei monitoraggi/controlli effettuati/percorsi aziendali per la risoluzione di eventuali criticità; - Invio delle Richieste di Rimborso secondo le modalità definite da AIFA per tutti i farmaci con accordo MEA assicurato;	si	
3.3.10	6.7	Farmacovigilanza: assicurare la partecipazione dei sanitari interessati e il supporto alle attività organizzative.	SI	D	10		Evidenza della partecipazione alle progettualità avviate e alle attività formative organizzate dalla DCS .	si	
3.3.10	6.8	Farmacovigilanza: 1. Partecipare, nell'ambito della progettualità pluriennale avviata nel 2018 (Farmacisti in ospedale/territorio), agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento; 2. Inviare relazione scientifica e rendicontazione secondo le tempistiche stabilite dalla convenzione.	SI	D	10		1. Evidenza di partecipazione agli incontri periodici del gruppo di Coordinamento del progetto;	1. si	
3.5.4	6.10	Farmaci galenici pediatrici: definire un modello per la centralizzazione presso l'IRCCS Burlo Garofolo della produzione di farmaci galenici	SI	D	5		Evidenza di partecipazione al tavolo regionale con Federfarma per la valutazione di un percorso condiviso sulla galenica, se richiesto dalla DCS	si	
3.3.10	6.11	Farmaci per la cura dell'atrofia muscolare spinale - SMA	SI	D	5		Evidenza di rilevazione e monitoraggio dell'uso del farmaco	si	
	6.12	Preparazione estemporanea di farmaci antitumorali: conformità normativa con quanto richiesto dalla Raccomandazione n. 14	SI	D	5		Evidenza di modulo addestramento presente e completo in ogni sua parte per ogni allestimento di nuovo antitumorale e/o introduzione di nuovo metodo di allestimento	si	

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.S.D. Farmacia

Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che ne verifica la validita' gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell'ultimo triennio.	SI	D	5		1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%
	4.4	Condurre sperimentazioni di fase 1.	NO	D			Evidenza di partecipazione alle attivita' se richiesto		
3.3.10	6.9	Partecipare a tre nuovi moduli FAD da parte dei Responsabili di farmacovigilanza e dai loro collaboratori individuati al fine di migliorare la qualita' delle informazioni inserite in RNF.	NO	D			Evidenza di partecipazione da parte di tutti gli operatori sanitari individuati		100%. se <70% non raggiunto
	6.13	Preparazione centralizzata in UFA ASUITS dei farmaci antiblastici: 1. Rispettare la convenzione; 2. Rivedere il progetto e pesare i vantaggi e svantaggi della soluzione centralizzata.	NO	D			1a. Grafico GANTT e relativi monitoraggi che indichi Trasferimento dell'attivita' di allestimento di farmaci antiblastici ad ASUITS presenti; 1b. Evidenze (mail) di avvenuto sollecito. 2b. Studio di fattibilita' su ipotesi UFA vs ipotesi "in casa" con analisi costi; 2c. Studio di fattibilita' acquisizione risorsa con analisi costi.		1.a 1b. 2b. 2c. evidenza documentale
	7.1	Adottare specifiche disposizioni organizzative relativamente alle attivita' d'informazione svolte dalle Aziende farmaceutiche e del settore dei dispositivi medici verso tutti gli operatori sanitari al fine di favorire comportamenti uniformi, coerenti a principi di trasparenza anche con riferimento ad eventuali conflitti di interesse.	NO	D			Evidenza di collaborazione per la predisposizione e l'adozione del regolamento		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.S.D. Farmacia

Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.4	8.5	Mantere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	NO	D			1.Rivisitare le analisi dei rischi (revisione 2019); 2.Rivisitare le SWOTT analysis del servizio (revisione 2019); 3.Identificare le fasi con grado di rischio > 8; 4.Stabilire gli obiettivi di miglioramento per abbattere detto alto rischio.	si	
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	NO	D			- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.	100% del personale	
3.3.9	14.4	Flussi informativi farmaceutica: 1. Implementare, verificare e controllare la congruenza dei flussi informativi verso le amministrazioni centrali entro il 10 di ogni mese, utilizzando il portale SISR (mancati invii, prezzi medi, revocati, ecc), con particolare riferimento ai disallineamenti derivanti da possibile mancato invio; 2. Assicurare l'integrale copertura della fase 3 su fase 2 (100% della spesa negli ambiti previsti) 3. Distribuzione diretta, nonché l'inserimento a sistema del codice targatura (> 99% confezioni) in fase di erogazione diretta dei medicinali (applicativo PSM).	NO	D			1. Entro il 10 di ogni mese verifica: Integrale copertura fase 3/fase 2 (> 99,5% della spesa negli ambiti previsti); 2. Codice targatura in fase di erogazione diretta dei medicinali inserito (> 99%); 3. Riscontro entro 15 giorni agli approfondimenti richiesti o segnalazioni inviate.	1. > 99,5% 2.> 99% 3.Riscontro entro 15 giorni	

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.S.D. Farmacia

Responsabile:
dott.ssa Anna ARBO

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.3.10	14.6	Farmacovigilanza: Assicurare le azioni per incentivare la segnalazione on-line	NO	D			Aumento della % di segnalazioni on-line rispetto alla modalita' cartacea al 31/12/2019		obiettivo raggiunto: aumento delle segnalazioni on-line del 5%; non raggiunto: aumento delle segnalazioni on-line rispettivamente inferiore al 2,5%

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

Responsabile:
dott.ssa Livia Bicego

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.9	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure dell'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	E	10	10	2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		si
3.6	3.31	RISCHIO CLINICO: sicurezza del percorso chirurgico: Implementare il Manuale per la sicurezza in sala operatoria di almeno 4 ulteriori obiettivi per la sicurezza in sala operatoria	SI	E	10	10	almeno 4 procedure relative agli obiettivi per la sicurezza in sala operatoria elaborate e pubblicate su intranet		almeno 4
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell' IRCCS.	SI	E	5	5	Partecipazione ai progetti di ricerca attualmente attivi nelle aree di competenza		si
3.1.17	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	SI	E	20	20	- Evidenza dell'approvazione formale della Politica aziendale e diffusione dei contenuti alla cittadinanza; - Analisi e predisposizione del cronoprogramma per il raggiungimento dei 10 passi e delle 2 raccomandazioni.		
	9.7	Percorso nascita - conformita' normativa.	SI	E	10	10	- Conformita' alla DGR 1083/2012 e superamento della verifica di rinnovo; - Miglioramento dell'organizzazione.		evidenza documentale
3.5.4	10.28	PEDIATRIA: studio di fattibilita' per lo sviluppo del Burlo multicentrico	SI	E	5	5	Evidenza di progettazione		si entro il 30/11
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	SI	E	5	5	- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

Responsabile:
dott.ssa Livia Bicego

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.5.4	12.3	Predisposizione di una Carta dei servizi pediatrica specifica per l'assistenza in eta' pediatrica e adolescenziale, secondo le modalita' previste dall'Accordo Stato Regioni del 21 dicembre 2017, rep atti n. 248	SI	E	5	5	evidenza di predisposizione Carta dei Servizi pediatrica.		si
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che ne verifica la validita' gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell'ultimo triennio.	SI	E	5	5	1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%
3.2.2.3	13.7	MINORI: Partecipare/collaborare al processo di presa in carico integrata dei minori accolti in strutture residenziali e semiresidenziali.	SI	E	15	15	Evidenza di documento o bozza di procedura condivisa interaziendale per la presa in carico integrata di adolescenti, compresa la transizione ai servizi per l'eta' adulta.		Evidenza di documento o bozza
3.2.1.5	17.1	Superamento della contenzione: 1. Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016- Definizione ed analisi del fenomeno in ambito materno infantile: Sensibilizzazione, consapevolezza e formazione in tema di eliminazione ed alternative alle pratiche di contenzione; 2.Terapie Intensive libere da contenzione.	SI	E	10	10	1a. Istituzione di una commissione multiprofessionale per l'analisi ed il contrasto alla contenzione ed alle cattive pratiche assistenziali in ambito materno-infantile in termini di adeguatezza ed appropriatezza (30.6.2019); 1b.Elaborazione di una scheda per l'individuazione e l'eliminazione di cattive pratiche assistenziali e di contenzione; 1c. Revisione della letteratura specifica sul fenomeno in ambito neonatale, pediatrico ed adolescenziale (30.06.2019); 1d. Somministrazione di un questionario anonimo ai professionisti finalizzato a valutare il livello di consapevolezza (30.09.2019); 1e. Invio di un report di monitoraggio del fenomeno della contenzione (31.12.2019); 1f. Recepimento in ambito ginecologico di quanto disposto dalla DGR 1904/2016 (31.12.2019).		1a. entro 30.6.19 1b.si 1c. entro 30.6.19 1d. entro 30.09.19 1e. entro 31.12.19 1f.entro 31.12.19

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie

Responsabile:
dott.ssa Livia Bicego

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.15	RISCHIO CLINICO: Prevenire le lesioni da pressione: Sorvegliare le lesioni da pressione di nuova insorgenza	NO	E			Studio di incidenza delle lesioni da pressione di nuova insorgenza in ambito neonatale, pediatrico e ostetrico-ginecologico		si
3.2.2.7	10.14	Consultori Familiari: 1. Implementare il percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica; 2. Promuovere il tema della donazione del cordone ombelicale e del ruolo delle vaccinazioni infantili nell'ambito dei corsi di accompagnamento alla nascita; 3. Implementare i percorsi aziendali per la donna in eta' post fertile; 4. effettuare Analisi di approfondimento delle gravidanze in eta' precoce e i neonati esposti.	NO	E			4. Protocolli di accompagnamento e dimissioni per le gravidanze in eta' precoce e i neonati esposti in collaborazione con enti esterni definiti.		4.si
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S. S. D. Direzione Medica di Presidio

**Responsabile:
dott. Nelso Trua**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.1.12	3.2	1. Realizzare interventi di immunizzazione degli operatori sanitari per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino; 2. Adottare e applicare le nuove LLGG regionali sulla tubercolosi.	SI	E	10	10	1. Il controllo dell'immunizzazione e vaccinazione per malattie prevenibili con vaccino (morbillo, -parotite, -rosolia, -varicella, pertosse, influenza) e' inserito nei protocolli di sorveglianza sanitaria di tutti gli operatori sanitari operanti all'interno di strutture aziendali; 2. LLGG regionali sulla tubercolosi applicate.		1. si 2. si
3.1.15	3.3	Realizzare interventi di immunizzazione dei volontari ospedalieri per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino.	SI	E	5	5	Protocollo vaccinale per il controllo dell'immunizzazione e la vaccinazione per malattie prevenibili con vaccino comprendente misure per il controllo e la prevenzione della tubercolosi secondo Linee guida regionali adottato e applicato.		protocollo adottato e applicato.
3.6	3.19	RISCHIO CLINCO: Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: Organizzare ed effettuare la simulazione di evento epidemico	SI	E	10	10	Simulazione effettuata, relazione redatta		si
3.6	3.20	RISCHIO CLINCO: Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: Partecipare alla PPS: Attuazione della rilevazione secondo le indicazioni regionali	SI	E	10	10	Datitrasmessi alla DCS nei tempi previsti		si
3.6	3.21	RISCHIO CLINCO: Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: Raccogliere e successivamente elaborare a cura del personale della DS, i dati relativi alle ISC dopo - taglio cesareo -interventi ortopedici di correzione della scoliosi	SI	E	10	10	- Invio dei dati (ove richiesti) alla DCS nei tempi previsti - report semestrale elaborato da valutare e condividere con le Strutture interessate		si
3.6	3.22	RISCHIO CLINCO: Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE" 1. Attuare la strategia multimodale proposta dall'OMS; 2. Valutare le performance degli operatori mediante osservazione diretta e feedback dei risultati.	SI	E	10	10	2. Risultati delle verifiche alle strutture interessate Restituiti		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S. S. D. Direzione Medica di Presidio

**Responsabile:
dott. Nelso Trua**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.7	10.41	RETE HPH: PERSONALE DIPENDENTE: 1. Individuare una strategia per implementare la valutazione del benessere soggettivo nel corso delle visite periodiche (scheda informatizzata/informatizzabile dalla quale e' possibile estrarre i dati necessari alle valutazioni); dimensioni del benessere psico-fisico attraverso una breve anamnesi e la valutazione della composizione corporea (rapporto massa grassa/massa magra) 2. Promuovere, nel caso di squilibrio: - strategie di equilibrio psico-fisico; - alimentazione finalizzata a riequilibrare il rapporto massa grassa/massa magra; - attivita' fisica adeguata; - obiettivi target di miglioramento per la visita successiva.	SI	E	5	5	1. benessere soggettivo e dimensioni psico-fisiche: - medici competenti e coordinamento regionale della rete HPH individuano una strategia per implementare la valutazione del benessere soggettivo nel corso delle visite - al momento della visita periodica, il medico competente misura le dimensioni del benessere psico-fisico attraverso una breve anamnesi e la valutazione della composizione corporea (rapporto massa grassa/massa magra) - i medici competenti collaborano con il comitato HPH di cui sono parte integrante, per la ricognizione dell'offerta aziendale riguardante sani stili di vita (evidenza di offerta dedicata agli operatori su stili di vita e gestione dello stress) 2. Strategie in caso di squilibrio promosse dal medico competente.		1.2. si
3.7	10.42	RETE HPH: PAZIENTI: informare tutti i soggetti fumatori ai quali viene programmato un intervento chirurgico: - sui benefici della sospensione del fumo nelle settimane precedenti e successive; - sulla guarigione dopo intervento chirurgico; - vengono invitati all'astensione.	SI	E	5	5	Evidenza di collaborazione alla redazione dell'informativa redatta e distribuita a cura del gruppo regionale		si
3.7	10.43	RETE HPH:CITTADINI Promuovere attivita' fisica e sana alimentazione presso le sedi dell'assistenza ospedaliera e territoriale.	SI	E	5	5	Evidenza di collaborazione alla redazione dell'informativa redatta e distribuita a cura del gruppo regionale		si
	10.56	Elaborare o aggiornare procedure di sicurezza dell'Istituto	SI	E	10	10	Evidenza di implementazione o aggiornamento di almeno 3 procedure.		= 3
	10.58	1. La percentuale di SDO archiviate deve essere uguale al 100% dei dimessi; 2. Le richieste di apertura delle SDO archiviate non deve superare il 3% delle SDO archiviate; 3. Le anomalie in merito alla qualita' della compilazione non devono superare in media il 10%	SI	E	5	5	2.Le richieste di apertura delle SDO compilate non deve superare il 3% delle SDO archiviate; 3. Media anomalie della qualita' della compilazione < 10% delle SDO totali.		2.<3% 3.<10%

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S. S. D. Direzione Medica di Presidio

**Responsabile:
dott. Nelso Trua**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	SI	E	5	5	- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che neverifica la validita'gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell' ultimo triennio.	SI	E	5	5	1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%
	16.1	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	E	5	5	Indicatore tempestivita' dei pagamenti <=0, ovvero entro 15 gg dalla scadenza prevista dalla normativa : - effettuare la verifica dei documenti contabili e/o la loro trasmissione alla SC GEF - contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' del prodotto/servizio		<=0
3.1.12	3.1	Proseguire il programma integrato di promozione della salute dei dipendenti, per l'obiettivo specifico "Progetto pilota per un programma integrato di salute e benessere dei dipendenti pubblici" del PRP.	NO	E			1. Report sui lavoratori a rischio cardiovascolare globale creati; 2. Offerta di percorsi per smettere di fumare attuati.		1. si 2. si
3.6	3.23	RISCHIO CLINCO: Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: prevenire e contenere le infezioni correlate all'assistenza: Pianificare il fabbisogno formativo e organizzare eventi in relazione a: - igiene delle mani; - precauzioni standard; - isolamento del paziente; - vaccinazioni.	NO	E			Eventi formativi organizzati		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S. S. D. Direzione Medica di Presidio

**Responsabile:
dott. Nelso Trua**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.24	RISCHIO CLINCO: Antimicrobial Stewardship Diffondere i dati sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche	NO	E			I dati sulle resistenze batteriche sono stati diffusi agli operatori e presentati nel corso di eventi formativi	si	
3.6	3.27	RISCHIO CLINCO: Antimicrobial Stewardship: Valutare le attivita' di stewardship aziendali con le modalita' definite dalla DCS	NO	E			Invio alla DCS dei dati richiesti	si	
3.1.16	10.4	<p style="margin-left: 1.25pt;">Applicare il protocollo regionale sull'assistenza sanitaria alle persone migranti ed inviare i dati di attivita'.	NO	E			Evidenza di collaborazione con ASUITs	Evidenza di collaborazione	
3.5.4	10.29	Omogeneizzare la modulistica cartacea della cartella clinica di ricovero e ambulatoriale pediatrica in previsione dell'informatizzazione	NO	E			Evidenza di omogeneizzazione della modulistica cartacea della cartella clinica di ricovero e ambulatoriale pediatrica in previsione dell'informatizzazione in accordo con le aziende regionali	si	
	10.49	Identificare le anomalie di trasporto dei campioni biologici che pervengono all'IRCCS: - Dimensionamento della problematica; - Appropriata conservazione campione biologico; - Appropriata trasporto; - Abbattimento non conformita' e relativi costi.	NO	E			Evidenza di supporto alle strutture.	si	
3.1.9	14.1	Prevenzione degli incidenti domestici: 1.Divulgare il report elaborato dalla DCS 2.Continuare nell'attivita' di sensibilizzazione della popolazione nella prevenzione degli incidenti domestici.	NO	E			1. Report a DCS su attivita' di divulgazione del materiale Inviato; 2. Materiale informativo di sensibilizzazione, anche attraverso il sito web, nella prevenzione degli incidenti domestici divulgato.	1. Report inviato 2. Evidenza di materiale informativo divulgato	
3.1.16	14.2	<p style="margin-left:1.25pt;">Diffondere a tutti gli operatori sanitari la reportistica regionale sulle resistenze batteriche	NO	E			Report in formato elettronico a tutti gli operatori sanitari coinvolti in prescrizione e somministrazione di farmaci inviato.	Evidenza dell'invio del report	

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: S. S. D. Direzione Medica di Presidio

Responsabile:
dott. Nelso Trua

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
4.	15.6	Cartella clinica: 1. Partecipare gruppo di lavoro 2. Individuare siti pilota 3. Configurare e avviare siti	NO	E			1. evidenza di partecipazione al 90% incontri 2. entro il 30.6.2019 3. entro il 31.10.2019		1.90% 2. entro il 30.6.2019 3. entro il 31.10.2019
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la Gestione e Valorizzazione della Qualita'

Responsabile:
dott. Nello Trua

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	4.4	Condurre sperimentazioni di fase 1.	SI	E	5	5	1. Audit per la verifica dei requisiti effettuato entro il 31/03/2019; 2.Studio di fattibilita' elaborato.		1. 31/03/2019 2. 31/12/2019
4	7.2	Partecipazione del proprio referente aziendale all'ufficio privacy regionale	SI	E	5	5	Evidenza di partecipazione agli incontri indetti dall'ufficio privacy regionale.		si
3.4	8.4	Garanzia del funzionamento dell'OTA FVG.	SI	E	5	5	1. Evidenza di reclutamento e formazione dei dipendenti inseriti nell'elenco nazionale dei valutatori dell'accreditamento; 2. Evidenza di partecipazione agli incontri dell'OTA FVG; 3. Dipendenti componenti dell'OTA regionale, svolgono le funzioni previste dalla D.G.R. n. 2220/2015 e dal Decreto n. 1899/2017.		1.2.3.si
3.4	8.5	Mantere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	SI	E	25	25	1.Evidenza di aggiornamento dei format per l'analisi dei rischi (revisione 2019); 2.Evidenza di aggiornamento dei format perle SWOTT analysis (revisione 2019); 3.Sintesi dell'attivita' svolta al fine di dare supporto alle strutture per la stesura dei riesami.		si
3.4	8.6	Mantere la certificazione rilasciata dal Centro Nazionale Trapianti e Centro Nazionale Sangue, dal GITMO, dall'ente europeo EBMT e dall'ente terzo di certificazione ISO da parte della SC Oncoematologia e Centro Trapianti di Midollo osseo nei pazienti pediatrici	SI	E	25	25	1. Evidenza di supporto alla redazione dei riesami intermedi ed annuali ed elaborazione di key performance indicators; 2. Evidenza di coordinamento e completamento dell'impianto documentale da parte del Programma Trapianti (PT); 3. Evidenza di supporto per rendicontazione del ciclo delle competenze; 4. Evidenza della fornitura degli standard Jacie per l'eventuale ristrutturazione del reparto di Oncoematologia 5. Evidenza di collaborazione alla redazione e formalizzazione del Disaster Plan.		1.2.3.4.5 evidenza documentale

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la Gestione e Valorizzazione della Qualita'

Responsabile:
dott. Nelso Trua

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.4	8.7	Mantenere la certificazione rilasciata dal Centro Nazionale Trapianti e dall'ente terzo di certificazione ISO da parte della SC Fisiopatologia della Riproduzione e PMA per le tecniche di I, II e III livello omologhe ed eterologhe.	SI	E	25	25	1. Evidenza di collaborazione all'allestimento della documentazione clinica ed istituzionale, conformemente a quanto previsto dalla normativa nazionale ed europea vigente e dai requisiti dell'accreditamento istituzionale (DGR 705/2007) e delle norme ISO applicabili (ISO 9001:2015); 2. Evidenza di supporto alla rendicontazione del ciclo delle competenze ostetriche; 3. Evidenza di elaborazione di un cruscotto di indicatori per la redazione dei riesami; 4. Evidenza della fornitura degli standard per l'allestimento della sala criogenica nel blocco operatorio; eventuale audit in caso di inizio lavori per la verifica conformita' ai requisiti richiesti. 5. Evidenza di redazione e formalizzazione di check list di verifica per il percorso PMA eterologa ed omologa; 6. Evidenza di formazione sul campo e supporto per l'implementazione della check list		1.2.3.4.5.6. Evidenza documentale
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che ne verifica la validita' gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell'ultimo triennio.	SI	E	5	5	1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%
	15.20	Mantenere il sito aziendale	SI	E	5	5	Evidenza di coordinamento per la configurazione del sito e il caricamento dei contenuti.		si
3.6	3.28	RISCHIO CLINICO: Antimicrobial Stewardship: coinvolgere i cittadini sul tema dell'uso appropriato degli antibiotici: Diffusione del materiale informativo predisposto dalla Rete Cure Sicure FVG	NO	E			Il materiale informativo e' disponibile sul sito web e all'interno dell'IRCCS		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la Gestione e Valorizzazione della Qualita'

Responsabile:
dott. Nelso Trua

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	7.4	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 14/2019)	NO	E			1. Evidenza della predisposizione e eventuale aggiornamento delle schede di valutazione del rischio 2 Audit sulla evidenza di non conformita' relative agli obblighi di pubblicazione e al processo di lotta alla corruzione.		1.Entro le scadenze previste 2.almeno 1
3.1.17	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	NO	E			- Evidenza dell'approvazione formale della Politica aziendale e diffusione dei contenuti alla cittadinanza; - Analisi e predisposizione del cronoprogramma per il raggiungimento dei 10 passi e delle 2 raccomandazioni.		
3.4	8.2	Partecipare al programma di accreditamento attraverso la messa a disposizione dei valutatori ed esperti.	NO	E			Messa a disposizione dei propri operatori adeguatamente formati per partecipare ai sopralluoghi per almeno 5 giornate.		si
3.4	8.3	Partecipare al programma di accreditamento nazionale degli organismi tecnicamente accreditanti.	NO	E			Evidenza di partecipazione ai lavori per la risoluzione dei rilievi effettuati all'OTA da auditors nazionali.		si
	8.14	Aggiornare la procedura PRO_DSN_0091 "Disciplina degli accessi alla sala criobiologica" con integrazione rispetto all'intervento dei guardiafuochi.	NO	E			Evidenza di partecipazione alla stesura/aggiornamento della procedura.		si
3.5.4	10.29	Omogeneizzare la modulistica cartacea della cartella clinica di ricovero e ambulatoriale pediatrica in previsione dell'informatizzazione	NO	E			Evidenza di omogeneizzazione della modulistica cartacea della cartella clinica di ricovero e ambulatoriale pediatrica in previsione dell'informatizzazione in accordo con le aziende regionali		
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	NO	E			- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la Gestione e Valorizzazione della Qualita'

Responsabile:
dott. Nelso Trua

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	14.7	Coerenza tra le prestazioni di laboratorio erogabili attraverso sistema di prenotazione CUP e quelle disponibili sul sito	NO	E			Evidenza di collaborazione all'aggiornamento del sito web, per quanto di competenza, rispetto alle prestazioni erogate dall'Istituto (prestazioni ambulatoriali, di laboratorio, genetiche, radiologiche)		si
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la continuita' assistenziale

Responsabile:
dott. Nelso Trua

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.17	RISCHIO CLINICO: Sicurezza e appropriatezza nell'uso degli emocomponenti: 1. Aggiornare la composizione del COBUS ai sensi della DGR 893/2018; 2. Monitorare l'appropriatezza dell'utilizzo degli emocomponenti ed emoderivati da parte dei Comitati ospedalieri per il Buon Uso del Sangue; 3. Implementare il sistema informatico EMONET per la richiesta di emocomponenti	SI	E	5	5	1. Il COBUS viene aggiornato; 2. I dati sull'appropriatezza dell'utilizzo degli emocomponenti ed emoderivati vengono monitorati e diffusi alle Strutture.		si
3.8.3	9.4	Rapporto con pazienti e famigliari nelle attivita' di ricovero: 1. Proseguire il servizio di consulenza psicologica interna, nell'ambito delle attivita' dell'Ufficio Continuita' Assistenziale, per le situazioni di disagio psicologico (donne, bambini/e e ragazzi/e) individuate dal personale di assistenza; 2. Raccordare le attivita' dei professionisti non strutturati che svolgono prestazioni psicologiche nell'Istituto in collaborazione con la Direzione Sanitaria.	SI	E	10	10	1.1 Report totale numero totale di persone assistite nel 2019 con 1 o piu' colloqui psicologici redatto; 1.2. Report sul numero totale di colloqui psicologici clinici svolti nel 2019 redatto; 2. Documento che definisce le modalita' di intervento psicologico in almeno un ambito specifico prodotto.	1.1 1.2 2.	report redatti
3.1.4	10.3	SCREENING NEONATALI: Coordinare i lavori finalizzati alla diffusione e applicazione di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico ed oftalmologico con aggiornamento del PDTA, per lo screening neonatale metabolico esteso, per l'identificazione precoce della fibrosi cistica e dell'emoglobinopatia nella popolazione a rischio.	SI	E	20	20	1. predisposizione report di monitoraggio regionale delle procedure adottate e delle attivita' effettuate ed invio alla DCS 2. Evidenza di Coordinamento all'interno della Rete Pediatrica delle attivita' di tutte le Aziende Sanitarie	1. report inviato in DCS 2.Evidenza di coordinamento	
3.5.6	10.36	Partecipare ai programmi regionali di sorveglianza trasfusionale: - Monitorare l'appropriatezza dell'utilizzo degli emocomponenti ed emoderivati da parte dei Comitati ospedalieri per il Buon Uso del Sangue (adeguati alle prescrizioni della DGR 893/2018): (1)emocomponente "tracer": globuli rossi concentrati; (2)farmaci "tracer": Antitrombina III e Fibrinogeno; -Implementare la prescrizione trasfusionale informatizzata e dei "sistemi barriera" per la trasfusione al letto del paziente.	SI	E	5	5	-Appropriatezza dell'utilizzo degli emocomponenti ed emoderivati monitorata (1)emocomponente "tracer": globuli rossi concentrati; (2)farmaci "tracer": Antitrombina III e Fibrinogeno; -Prescrizione trasfusionale informatizzata e dei "sistemi barriera" per la trasfusione al letto del paziente implementata.		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la continuita' assistenziale

**Responsabile:
dott. Nello Trua**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	10.58	1. La percentuale di SDO archiviate deve essere uguale al 100% dei dimessi; 2. Le richieste di apertura delle SDO archiviate non deve superare il 3% delle SDO archiviate; 3. Le anomalie in merito alla qualita' della compilazione non devono superare in media il 10%	SI	E	10	10	2. Le richieste di apertura delle SDO compilate non deve superare il 3% delle SDO archiviate; 3. Media anomalie della qualita' della compilazione < 10% delle SDO totali.		2.<3% 3.<10%
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	SI	E	5	5	- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale
3.5.4	12.2	Salute mentale in eta' evolutiva: Il Comitato regionale per l'assistenza pediatrica e adolescenziale collabora con l'Area competente della DCS per attuare gli obiettivi del Piano che riguardano la salute mentale in eta' evolutiva.	SI	E	10	10	Evidenza di collaborazione con la DCS		si
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che ne verifica la validita' gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell'ultimo triennio.	SI	E	5	5	1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la continuita' assistenziale

**Responsabile:
dott. Nello Trua**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.2.1.2	13.6	Attivita' distrettuali a supporto delle cure di lungo termine: 1. Partecipare al gruppo tecnico che supporta la definizione e l'implementazione delle politiche, strategie e attivita' nell'area della cronicita' in tutte le classi di eta'; 2. Istituire un gruppo aziendale dedicato all'implementazione di reti assistenziali per la presa in carico di persone di tutte le eta' che necessitano di cure a lungo termine.	SI	E	10	10	1. Partecipazione dell'Ufficio continuita' e dei referenti aziendali individuati ai gruppi interaziendali relativi ai percorsi di continuita' per: (a) donne in situazioni di rischio psicosociale e sanitario durante la gravidanza, il parto ed il puerperio e per i bambini dopo la nascita, (b) continuita' assistenziale e terapeutica per bambini/e con bisogni speciali di salute, (c) adolescenti a rischio di problematiche di salute mentale, dipendenze, psicosociali o in situazione di crisi. (d) per donne oncologiche e donne isterectomizzate 2. Proseguire le attivita' dell'ufficio di continuita' assistenziale.		1.evidenza della partecipazione 2. evidenza della prosecuzione dell'attivita'
3.2.2.3	13.7	MINORI: Partecipare/collaborare al processo di presa in carico integrata dei minori accolti in strutture residenziali e semiresidenziali.	SI	E	10	10	Evidenza di documento o bozza di procedura condivisa interaziendale per la presa in carico integrata di adolescenti, compresa la transizione ai servizi per l'eta' adulta.		Evidenza di documento o bozza
3.2.2.4	13.8	SALUTE MENTALE: 1. Migliorare l'integrazione tra cure primarie e specialistiche con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali comuni; 2. Definire di un percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure dai servizi per l'eta' evolutiva ai servizi per l'eta' adulta; 3. Utilizzare lo strumento >BIS nell'ambito di programmi terapeutico riabilitativi per l'eta' evolutiva.	SI	E	10	10	1. Evidenza di collaborazione con ASUITs; 2. Evidenza di collaborazione al percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure;		1.si 2.si
3.2.1.3	10.8	Riabilitazione: Continuare i lavori per la revisione del percorso integrato con ASUITs per la riabilitazione in eta' pediatrica.	NO	E			Evidenza del percorso revisionato.		si
	10.15	Adozioni: Partecipare al Tavolo regionale per l'adozione nazionale e internazionale.	NO	E			Evidenza di partecipazione dei referenti aziendali al tavolo per quanto di competenza.		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la continuita' assistenziale

Responsabile:
dott. Nelso Trua

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.5.6	10.37	Implementare in assistenza l'attivita' di ricerca traslazionale.	NO	E			Collaborare allo sviluppo del protocollo operativo DNA Fetale (NIPT).		si
3.5.4	13.15	Cure palliative: implementare il modello di rete e definire di un percorso assistenziale.	NO	E			Evidenza di coordinamento ed implementazione del modello di rete e di definizione di un percorso assistenziale.		si
Totale pesi:					100	100			

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la Gestione del Rischio Clinico

Responsabile:
dott. Nelso Trua

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.1.15	3.6	RISCHIO CLINICO: Partecipare ai programmi di sorveglianza delle ICA con evidenza di monitoraggio degli indicatori regionali.	SI	E	5	5	Indicatori regionali monitorati.		evidenza di monitoraggio
3.6	3.9	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure dell'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	E	5	5	1. Componenti della Rete Cure Sicure dell'IRCCS ridefiniti e comunicazione alla DCS; 2. Corso di formazione dei link professional effettuato.		si
3.6	3.10	RISCHIO CLINICO: Qualita' e Sicurezza della documentazione sanitaria. 1. Verificare la corretta e completa compilazione della cartella clinica dei ricoveri ordinari e DH relativamente a: a. consenso informato chirurgico; b. consenso informato anestesilogico; c. scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso, rivalutazione quotidiana del dolore durante il periodo di degenza e dopo somministrazione di terapia condizionata; d. check list chirurgica; e. primo foglio unico di terapia. 2. Migliorare la compilazione della cartella clinica; 3. Organizzare almeno 1 evento formativo sulla corretta compilazione della documentazione sanitaria per le varie strutture	SI	E	5	5	1. Verificare la corretta e completa compilazione della cartella clinica dei ricoveri ordinari e DH relativamente a: a. consenso informato chirurgico; b. consenso informato anestesilogico; c. scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso, rivalutazione quotidiana del dolore durante il periodo di degenza e dopo somministrazione di terapia condizionata; d. check list chirurgica; e. primo foglio unico di terapia. 3. Almeno un evento formativo sulla corretta compilazione della documentazione sanitaria per le varie Strutture organizzato		1.si 3.almeno 1
3.6	3.11	RISCHIO CLINICO: Consolidare il sistema di Incident Reporting e di analisi degli eventi avversi: 1. Organizzare almeno 2 eventi formativi sul rischio clinico e sul corretto utilizzo della scheda aziendale di incident reporting revisionata nel 2016; 2. Realizzare RCA in caso di eventi con score>6; 3. Analizzare e valutare periodicamente i dati raccolti al fine di attivare processi di miglioramento; 4. Partecipare ai corsi di formazione	SI	E	5	5	2. Almeno 1 RCA (se eventi con score > 6) eseguita.; 3. Report annuale sulle segnalazioni ricevute e sulle azioni di miglioramento intraprese elaborato.		2.3. si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la Gestione del Rischio Clinico

Responsabile:
dott. Nelso Trua

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.16	RISCHIO CLINICO: Sicurezza e appropriatezza nell'uso dei farmaci: 1. Aggiornamento delle procedure sulla sicurezza del farmaco - Modalita' di prescrizione, trascrizione e somministrazione dei farmaci; - Gestione delle soluzioni di elettroliti concentrati; - Gestione farmaci ad alto livello di attenzione LASA. 2. Adeguamento alle indicazioni regionali sulla gestione degli elastomeri	SI	E	10	10	1. Procedure sulla sicurezza del farmaco vengono aggiornate e inviate per la pubblicazione su intranet; 2. Linee guida regionali sulla gestione degli elastomeri adottate.		1.2. si
3.6	3.17	RISCHIO CLINICO: Sicurezza e appropriatezza nell'uso degli emocomponenti: 1. Aggiornare la composizione del COBUS ai sensi della DGR 893/2018; 2. Monitorare l'appropriatezza dell'utilizzo degli emocomponenti ed emoderivati da parte dei Comitati ospedalieri per il Buon Uso del Sangue; 3. Implementare il sistema informatico EMONET per la richiesta di emocomponenti	SI	E	10	10	1. Il COBUS viene aggiornato; STRUMENTI A SUPPORTO: 2. I dati sull'appropriatezza dell'utilizzo degli emocomponenti ed emoderivati vengono monitorati e diffusi alle Strutture.		si
3.6	3.19	RISCHIO CLINICO: Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: Organizzare ed effettuare la simulazione di evento epidemico	SI	E	10	10	Simulazione effettuata, relazione redatta		si
3.6	3.20	RISCHIO CLINICO: Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: Partecipare alla PPS: Attuazione della rilevazione secondo le indicazioni regionali	SI	E	10	10	DatiTrasmissi alla DCS nei tempi previsti		si
3.6	3.26	RISCHIO CLINICO: Antimicrobial Stewardship: Organizzare l'attivita' formativa per il personale medico sui seguenti temi: - lettura dell'antibiogramma - prescrizione antibiotica mirata - linee guida regionali sulle infezioni pediatriche - sepsi associata alle pratiche assistenziali	SI	E	5	5	Attivita' formativa organizzata		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la Gestione del Rischio Clinico

Responsabile:
dott. Nello Trua

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.31	RISCHIO CLINICO: sicurezza del percorso chirurgico: Implementare il Manuale per la sicurezza in sala operatoria di almeno 4 ulteriori obiettivi per la sicurezza in sala operatoria	SI	E	10	10	almeno 4 procedure relative agli obiettivi per la sicurezza in sala operatoria elaborate e inviate per la pubblicazione su intranet		almeno 4
	10.50	Migliorare la tenuta sotto controllo della funzionalita' del Defibrillatore della Radiologia pediatrica e della composizione del carrello farmaci presenti nell'area RM della Radiologia pediatrica.	SI	E	5	5	3. Evidenza di procedura sulla tenuta sotto controllo dei defibrillatori rivista entro il 31/12/2019; 4. Eventuale nuova modulistica formalizzata.		si
	10.58	1. La percentuale di SDO archiviate deve essere uguale al 100% dei dimessi; 2. Le richieste di apertura delle SDO archiviate non deve superare il 3% delle SDO archiviate; 3. Le anomalie in merito alla qualita' della compilazione non devono superare in media il 10%	SI	E	10	10	2. Le richieste di apertura delle SDO compilate non deve superare il 3% delle SDO archiviate; 3. Media anomalie della qualita' della compilazione < 10% delle SDO totali.		2.<3% 3.<10%
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	SI	E	5	5	- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che ne verifica la validita' gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell'ultimo triennio.	SI	E	5	5	1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la Gestione del Rischio Clinico

Responsabile:
dott. Nello Trua

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.12	RISCHIO CLINICO: Implementare le raccomandazioni ministeriali sugli eventi sentinella	NO	E			procedura implementata per: Suicidio nel paziente ricoverato (Racc. n. 4); Morte materna correlata al travaglio e/o parto (Racc. n. 6); Osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati (racc. n. 10); Morte o disabilita' permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita (Racc. n. 16); Prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli (Racc. n. 18) sono state redatte e inviate per la pubblicazione su intranet.		si
3.6	3.13	RISCHIO CLINICO: Applicare i protocolli per la corretta identificazione del paziente	NO	E			1. La Procedura "Identificazione del paziente" viene aggiornata e inviata per la pubblicazione su intranet; 2. Almeno 2 verifiche/anno effettuate: a) Numero di pazienti presenti al momento dell'osservazione nelle strutture di degenza con braccialetto identificativo/Numero totale dei pazienti presenti al momento dell' osservazione; b) Numero di corrette identificazioni del paziente/Numero totale delle procedure che richiedono identificazione nel periodo indice; 3. Risultati delle verifiche alle strutture interessate vengono restituiti.		1. si 2. >= 2 3. si
3.6	3.14	RISCHIO CLINICO: Prevenire i danni da caduta accidentale: 1. Aggiornare la procedura "Prevenzione del rischio di danno in seguito a caduta"; 2. Sorvegliare le cadute.	NO	E			La procedura "Prevenzione del rischio di danno in seguito a caduta" viene aggiornata e inviata per la pubblicazione su intranet;		si
3.6	3.18	RISCHIO CLINICO: Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: Aggiornare i nominativi della Commissione Infezioni Ospedaliere	NO	E			Commissione aggiornata.		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la Gestione del Rischio Clinico

Responsabile:
dott. Nelso Trua

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.23	RISCHIO CLINCO: Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: prevenire e contenere le infezioni correlate all'assistenza: Pianificare il fabbisogno formativo e organizzare eventi in relazione a: - igiene delle mani; - precauzioni standard; - isolamento del paziente; - vaccinazioni.	NO	E			Eventi formativi organizzati		si
3.6	3.24	RISCHIO CLINCO: Antimicrobial Stewardship Diffondere i dati sul consumo di antibiotici e sulle resistenze batteriche	NO	E			I dati sulle resistenze batteriche sono stati diffusi agli operatori e presentati nel corso di eventi formativi		si
3.6	3.27	RISCHIO CLINCO: Antimicrobial Stewardship: Valutare le attivita' di stewardship aziendali con le modalita' definite dalla DCS	NO	E			Invio alla DCS dei dati richiesti		si
3.6	3.29	RISCHIO CLINCO: Garantire qualita' e sicurezza nella gestione del dolore: 1. Aggiornare la procedura aziendale "Valutazione del dolore"; 2. Monitorare la valutazione e rivalutazione del dolore; 3. Formalizzare una procedura per tutte le fasi del percorso di parto-analgesia.	NO	E			1. Procedura sulla valutazione del dolore e' stata aggiornata e inviata per la pubblicazione su intranet; 2.1 Vengono semestralmente rilevati i seguenti indicatori: a. Numero di cartelle chiuse contenenti la scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso compilata in modo completo/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per struttura) >= 80% b. Monitoraggio quotidiano del dolore in 5 cartelle chiuse (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per struttura): Numero di cartelle con registrazione quotidiana completa del dolore/Numero cartelle selezionate >= 80% c. Numero di cartelle chiuse con presenza della rivalutazione del dolore entro 2 ore per ogni episodio con valore > 4/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per Struttura) >= 80% 2.2 risultati delle verifiche alle strutture interessate restituiti		1.si 2.si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la Gestione del Rischio Clinico

Responsabile:
dott. Nelso Trua

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	6.13	Preparazione centralizzata in UFA ASUITS dei farmaci antiblastici: 1. Rispettare la convenzione; 2. Rivedere il progetto e pesare i vantaggi e svantaggi della soluzione centralizzata.	NO	E			Evidenza di collaborazione		si
	7.4	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 14/2019)	NO	E			1 Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2019 2 Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		Entro le scadenze previste
3.5.4	10.29	Omogeneizzare la modulistica cartacea della cartella clinica di ricovero e ambulatoriale pediatrica in previsione dell'informatizzazione	NO	E			Evidenza di omogeneizzazione della modulistica cartacea della cartella clinica di ricovero e ambulatoriale pediatrica in previsione dell'informatizzazione in accordo con le aziende regionali		
3.6	10.38	Adattare le figure professionali (numero e tipologia dei professionisti) coinvolte nella Rete Cure Sicure FVG, in relazione al nuovo assetto istituzionale.	NO	E			Evidenza di collaborazione		si
3.6	10.39	RETE CURE SICURE FVG: -Mantenere le indicazioni e le raccomandazioni ministeriali fino ad ora sviluppate; -messa a regime di eventuali nuove raccomandazioni, misurare e verificare la loro adozione con riferimento alle strutture ospedaliere e ai distretti sanitari.	NO	E			-indicazioni e le raccomandazioni ministeriali fino ad ora sviluppate mantenute; -eventuali nuove raccomandazioni messe a regime e adozione con riferimento alla struttura ospedaliera verificata.		si
3.6	10.40	RETE CURE SICURE FVG: aggiornare i referenti aziendali dei flussi informativi istituzionali nazionali relativi al rischio clinico; - implementazione degli eventi formativi aziendali specifici per il tema come definito dal PFR 2019	NO	E			Referenti aziendali dei flussi informativi istituzionali nazionali relativi al rischio clinico aggiornati; - implementazione degli eventi formativi aziendali specifici per il tema come definito dal PFR 2019		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la Gestione del Rischio Clinico

Responsabile:
dott. Nelso Trua

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
Totale pesi:				100	100				

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la Gestione delle Prestazioni Sanitarie e CUP

Responsabile:
p.o. Barbara Fari

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.8.1	2.1	TEMPI DI ATTESA: Mantenere monitoraggio regionale e ministeriale.	SI	C	5		1. Monitoraggi regionale e ministeriale mantenuti;	si	
3.8.1	2.2	TEMPI DI ATTESA: 1. proseguire l'organizzazione delle agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche per consentire la prenotazione online del cittadino dell'offerta; 2. Informatizzare e renderedisponibili a sistema CUP regionale le agende delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.	SI	C	20		1. Agende delle prestazioni ambulatoriali specialistiche per consentire la prenotazione online organizzate; 2. Agende delle prestazioni di specialistica ambulatoriale individuate dalla DCS informatizzate e rese disponibili a sistema CUP regionale.	si	
3.8.1	2.3	TEMPI DI ATTESA: 1. Attuare Indicazioni delle eventuali necessita' di sospensione delle attivita' di Libera Professione. 2. Rispettare il rapporto tra attivita' libero professionale e le priorit� fissate di "garanzia" per il cittadino assumendo ogni modalita' organizzativa necessaria; 3. Rendicontare alla DCS le modalita' di utilizzo del finanziamento attribuito con la legge 7/2009.	SI	C	15		1.e 2. Evidenza di: monitoraggio dei tempi d'attesa, trasmissione dei report al Direttore Sanitario, segnalazione dei casi border-line, trasmissione proposte di miglioramento dell'organizzazione al Direttore Sanitario. 3. Evidenza di rendicontazione alla DCS sulle modalita' di utilizzo del finanziamento attribuito con la legge 7/2009.	si	
3.4	8.5	Mantere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	SI	C	10		1.Rivisitare le analisi dei rischi (revisione 2019); 2.Rivisitare le SWOTT analysis del servizio (revisione 2019); 3.Identificare le fasi con grado di rischio > 8; 4.Stabilire gli obiettivi di miglioramento per abbattere detto alto rischio.	si	

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la Gestione delle Prestazioni Sanitarie e CUP

Responsabile:
p.o. Barbara Fari

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.2.2.6	10.13	Cure palliative e terapia del dolore: 1. ASSISTENZA H24 7 su 7: garantire cure palliative domiciliari 7 giorni su 7, dalle 8 alle 20, attraverso l'erogazione diretta degli operatori dell' equipe. Altre fasce orarie una delle seguenti modalita': -Pronta disponibilita' dedicata (servizio h24 garantito dall'UCP), -Consulenza telefonica (agli assistiti e/o ai Medici dei servizi di Continuita' assistenziale e al 118); 2. Revisionare i criteri di accesso alla rete delle cure palliative da parte di un gruppo tecnico regionale; 3. Migliorare le modalita' di presa in carico del paziente in cure palliative,(indicazioni della DGR 165/2016). Costituzione di un gruppo tecnico di lavoro a livello regionale; 5. Adottare le codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica definite nel corso del 2018; 6. Rispettare i tempi d'attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali sia di ambito pediatrico che ostetrico ginecologico	SI	C	5		5. Codifiche di terapia antalgica ambulatoriali e di ricovero definite nel 2018 adottate in seguito alle indicazioni ricevute da DCS.		5.si
3.5.6	10.37	Implementare in assistenza l'attivita' di ricerca traslazionale.	SI	C	10		Evidenza di applicazione del protocollo operativo DNA Fetale (NIPT).		si
	10.58	1. La percentuale di SDO archiviate deve essere uguale al 100% dei dimessi; 2. Le richieste di apertura delle SDO archiviate non deve superare il 3% delle SDO archiviate; 3. Le anomalie in merito alla qualita' della compilazione non devono superare in media il 10%	SI	C	10		2.Le richieste di apertura delle SDO compilate non deve superare il 3% delle SDO archiviate; 3. Media anomalie della qualita' della compilazione < 10% delle SDO totali.		1.<=3% 3.<10%
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	SI	C	5		- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Direzione Sanitaria - Ufficio per la Gestione delle Prestazioni Sanitarie e CUP

Responsabile:
p.o. Barbara Fari

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che ne verifica la validita' gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell'ultimo triennio.	SI	C	5		1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%
3.2.4	13.11	ODONTOIATRIA PUBBLICA: Dare comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione	SI	C	10		Liste di attesa e le informazioni previste dalla convenzione trimestralmente comunicate.		trimestralmente
4	15.18	Garantire la tracciabilita' (biffatura su applicativo GECCO) sull'avvenuta presa visione dell'informativa rispetto al trattamento dei dati personali di base; la singola biffatura e' valida nell'ambito dell'anagrafica degli assistiti regionale	SI	C	5		Evidenza di audit di verifica		si
	7.4	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 14/2019)	NO	C			1 Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2019 2 Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		Entro le scadenze previste
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma ostetrica

Responsabile:
p.o. Giuseppa Verardi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.9	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure dell'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	C		10	2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		si
3.6	3.10	RISCHIO CLINICO: Qualita' e Sicurezza della documentazione sanitaria. 1. Verificare la corretta e completa compilazione della cartella clinica dei ricoveri ordinari e DH relativamente a: a. consenso informato chirurgico; b. consenso informato anestesilogico; c. scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso, rivalutazione quotidiana del dolore durante il periodo di degenza e dopo somministrazione di terapia condizionata; d. check list chirurgica; e. primo foglio unico di terapia. 2. Migliorare la compilazione della cartella clinica; 3. Organizzare almeno 1 evento formativo sulla corretta compilazione della documentazione sanitaria per le varie strutture	SI	C		5	2.1 Numero di cartelle chiuse in ogni Struttura di degenza contenenti tutti i documenti previsti/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura) >= 80% 2.2 Numero di cartelle chiuse in ogni struttura di degenza con i seguenti documenti compilati in modo completo/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura) >= 40% c. scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e quotidianamente durante il periodo di degenza e rivalutazione dopo somministrazione di terapia condizionata; d. check list chirurgica; e. primo foglio unico di terapia.		1.>= 80% 2.>= 40%
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell' IRCCS.	SI	C		10	- Partecipazione ai progetti di ricerca attualmente attivi nelle aree di competenza della piattaforma; - Elaborare il "time sheet" del personale della piattaforma coinvolto nei progetti in essere. - Evidenza dell'attivita' svolta.		si
3.1.17	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	SI	C		15	- Evidenza dell'approvazione formale della Politica aziendale e diffusione dei contenuti alla cittadinanza; - Analisi e predisposizione del cronoprogramma per il raggiungimento dei 10 passi e delle 2 raccomandazioni.		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma ostetrica

Responsabile:
p.o. Giuseppa Verardi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.1.1	9.2	Proseguire l'applicazione del modello di comunicazione per l'ambito materno infantile elaborato in collaborazione con la DCS nel corso del 2018.	SI	C		5	1. Campagna di comunicazione/implementazione della donazione di sangue cordonale in accordo con le strutture interne e coi consultori progettata e realizzata; 2. Applicazione per donne e bambini creata.		1. 2. si
3.2.1.3	10.7	Riabilitazione: Continuare i lavori per la riabilitazione del pavimento pelvico.	SI	C		5	Evidenza dell'aumento dell'offerta ambulatoriale.		si
3.5.5	10.30	Gravidanza fisiologica a gestione ostetrica: Dare attuazione al programma che le Aziende implementano a livello locale.	SI	C		10	Percorso attuato		si
3.5.5	10.31	Integrazione territorio-ospedale: Collaborare alla realizzazione dell'Agenda della gravidanza e la implementarla sul territorio di competenza.	SI	C		10	Evidenza della collaborazione		si
3.5.2	10.46	Proseguire con l'attivita' di riconoscimento delle emergenze ostetrico ginecologiche nell'area triestina	SI	C		5	Documento inviato in DCS entro il 31/10/2019		entro il 31/10/2019
	10.54	Ottimizzare le risorse assegnate alle attivita' chirurgiche	SI	C		10	2. Per i pazienti in elezione con rischio ASA1 incisione della cute entro le ore 9		2. >=90%
3.1.17	11.1	Partecipare al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno.	SI	C		10	80% operatori dedicati in servizio presso l'IRCCS formati.		80% operatori formati

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma ostetrica

Responsabile:
p.o. Giuseppa Verardi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che ne verifica la validita' gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell'ultimo triennio.	SI	C		5	1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%
3.6	3.13	RISCHIO CLINICO: Applicare i protocolli per la corretta identificazione del paziente	NO	C			2. Almeno 2 verifiche/anno effettuate: a) Numero di pazienti presenti al momento dell'osservazione nelle strutture di degenza con braccialetto identificativo/Numero totale dei pazienti presenti al momento dell' osservazione; b) Numero di corrette identificazioni del paziente/Numero totale delle procedure che richiedono identificazione nel periodo indice;		2. a)>= 80% b)>= 75%
3.6	3.14	RISCHIO CLINICO: Prevenire i danni da caduta accidentale: 1. Aggiornare la procedura "Prevenzione del rischio di danno in seguito a caduta"; 2. Sorvegliare le cadute.	NO	C			2a. Numero di cartelle chiuse contenenti la scheda di valutazione del rischio cadute compilata in modo completo/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per Struttura) >= 80% 2b. Numero segnalazioni di cadute che hanno comportato un danno (da minimo a severo - livello 4 a 8) /Numero totale giorni di degenza 2c. Numero segnalazioni di cadute che hanno comportato un danno (da minimo a severo - livello 4 a 8) /Numero totale di segnalazioni		2a. >= 80% 2b.si 2c. si
3.6	3.22	RISCHIO CLINICO: Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE" 1. Attuare la strategia multimodale proposta dall'OMS; 2. Valutare le performance degli operatori mediante osservazione diretta e feedback dei risultati.	NO	C			1. Compliance > 70%		1.> 70%

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma ostetrica

Responsabile:
p.o. Giuseppa Verardi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.29	RISCHIO CLINCO: Garantire qualita' e sicurezza nella gestione del dolore: 1. Aggiornare la procedura aziendale "Valutazione del dolore"; 2. Monitorare la valutazione e rivalutazione del dolore; 3. Formalizzare una procedura per tutte le fasi del percorso di parto-analgesia.	NO	D			2.1 standard da raggiungere: a. Numero di cartelle chiuse contenenti la scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso compilata in modo completo/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per struttura) >= 80% b. Monitoraggio quotidiano del dolore in 5 cartelle chiuse (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per struttura): Numero di cartelle con registrazione quotidiana completa del dolore/Numero cartelle selezionate >= 80% c. Numero di cartelle chiuse con presenza della rivalutazione del dolore entro 2 ore per ogni episodio con valore > 4/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per Struttura) >= 80%		2.1 abc >= 80%
3.6	3.30	RISCHIO CLINCO: violenza sugli operatori: formazione dedicata agli operatori sanitari per prevenire gli atti di violenza a loro danno	NO	D			Il personale (almeno 2 operatori per ogni Unità operativa) ha partecipato al corso di formazione.		almeno 2 operatori
3.8.3	9.3	Rapporto con pazienti e familiari nelle attività di ricovero: 1. Aprire i reparti di terapia intensiva e semi-intensiva con accesso senza limite di tempo e orario a un care giver per volta; 2. Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza per i pazienti che bisognosi di un supporto personale; 3. Contattare telefonicamente dopo la dimissione da un intervento chirurgico o da altre tipologie di trattamento (recall); 4. Individuare il medico responsabile della gestione del ricovero del paziente con il fine di assicurare il riferimento professionale che assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza	NO	C			2. Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza per i pazienti che bisognosi di un supporto personale; 3. Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico o da altre tipologie di trattamento (recall) effettuato;		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma ostetrica

Responsabile:
p.o. Giuseppa Verardi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.2.1.2.1	10.5	Diabete mellito: 1. Partecipare con i professionisti aziendali identificati ai fini della creazione della Rete diabetologica regionale con coordinamento unico regionale, all'armonizzazione dell'offerta diabetologica su tutto il territorio regionale; 2. Partecipazione dei professionisti aziendali identificati ai fini della creazione della Rete diabetologica pediatrica regionale con coordinamento unico regionale, all'armonizzazione dell'offerta su tutto il territorio regionale; 3. Applicare il documento revisionato dal tavolo tecnico regionale Programma di educazione terapeutica rivolto al soggetto diabetico in particolare per l'organizzazione dei campi residenziali.	NO	C			1.Evidenza di partecipazione, qualora richiesto, alle attivita' della Rete diabetologica per la definizione di un percorso di gestione della gravidanza a rischio complicata da diabete gestazionale o preesistente la gravidanza.		Percorso definito
3.2.2.7	10.14	Consultori Familiari: 1. Implementare il percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica; 2. Promuovere il tema della donazione del cordone ombelicale e del ruolo delle vaccinazioni infantili nell'ambito dei corsi di accompagnamento alla nascita; 3. Implementare i percorsi aziendali per la donna in eta' post fertile; 4. effettuare Analisi di approfondimento delle gravidanze in eta' precoce e i neonati esposti.	NO	C			1a. Pdta per la gestione del travaglio e parto a basso rischio diffuso; 1b. Prima visita effettuata da ostetrica e medico presso l'ambulatorio di primo livello; 2a.Utenza informata sia sul tema della donazione del cordone ombelicale, sia sul ruolo dei vaccini. 2b.Carta dei servizi sul percorso nascita per uniformare le informazioni inerenti la donazione e i vaccini revisionata; 3. Ostetriche sul tema della fisiologia della menopausa formate.		1.2.3. si
3.5.5	10.35	Promuovere: - programmi di formazione per gli operatori di sala parto per il mantenimento delle competenze e abilita' tecniche e non tecniche,i corsi di formazione in simulazione rivolti anche agli operatori di sala parto dei PN di I livello; -corsi di formazione rivolti alle ostetriche che seguono il percorso gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica, di cui alla DGR 723/2018.	NO	C			Evidenza di partecipazione ai corsi		si
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	NO	C			- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma ostetrica

Responsabile:
p.o. Giuseppa Verardi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.1.1	13.1	Veicolare il messaggio dell' importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani.	NO	C			Evidenza della promozione delle vaccinazioni da parte delle ostetriche e delle personale del nido del centro nascita.		si
3.1.3	13.2	Continuare gli screening cervice uterine di II livello e colposcopie e collaborare all'implementazione della vaccinazione HPV.	NO	C			Evidenza di attivita' svolta		si
3.1.17	13.5	Mantenere ed ottimizzare il sistema di rilevazione sull'allattamento al seno alla dimissione e alla seconda vaccinazione.	NO	C			100% schede inserite nel sistema di rilevazione regionale entro un mese dalla dimissione.		si
3.2.1.5	17.1	Superamento della contenzione: 1. Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016- Definizione ed analisi del fenomeno in ambito materno infantile: Sensibilizzazione, consapevolezza e formazione in tema di eliminazione ed alternative alle pratiche di contenzione; 2.Terapie Intensive libere da contenzione.	NO	C			1a.Proporre una commissione multiprofessionale per l'analisi ed il contrasto alla contenzione ed alle cattive pratiche assistenziali in ambito materno-infantile in termini di adeguatezza ed appropriatezza (30.06.2019); 1b.Elaborazione di una scheda per l'individuazione e l'eliminazione di cattive pratiche assistenziali e di contenzione; 1c. Revisione della letteratura specifica sul fenomeno in ambito neonatale, pediatrico ed adolescenziale (30.06.2019); 1d. Somministrazione di un questionario anonimo ai professionisti finalizzato a valutare il livello di consapevolezza (30.09.2019); 1f. Invio di un report di monitoraggio del fenomeno della contenzione (31.12.2019); 1g. Recepimento in ambito ginecologico di quanto disposto dalla DGR 1904/2016 (31.12.2019).		1a. entro 30.6.19 1b.si 1c. entro 30.6.19 1d. entro 30.09.19 1e.entro 31.12.19 1f.entro 31.12.19
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma emergenza urgenza e della attivita' chirurgica

Responsabile:
p.o. Silvana Schreiber

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.9	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure dell'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	C		10	2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		si
3.6	3.10	RISCHIO CLINICO: Qualita' e Sicurezza della documentazione sanitaria. 1. Verificare la corretta e completa compilazione della cartella clinica dei ricoveri ordinari e DH relativamente a: a. consenso informato chirurgico; b. consenso informato anestesilogico; c. scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso, rivalutazione quotidiana del dolore durante il periodo di degenza e dopo somministrazione di terapia condizionata; d. check list chirurgica; e. primo foglio unico di terapia. 2. Migliorare la compilazione della cartella clinica; 3. Organizzare almeno 1 evento formativo sulla corretta compilazione della documentazione sanitaria per le varie strutture	SI	C		10	2.1 Numero di cartelle chiuse in ogni Struttura di degenza contenenti tutti i documenti previsti/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura) >= 80% 2.2 Numero di cartelle chiuse in ogni struttura di degenza con i seguenti documenti compilati in modo completo/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura) >= 40% c. scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e quotidianamente durante il periodo di degenza e rivalutazione dopo somministrazione di terapia condizionata; d. check list chirurgica; e. primo foglio unico di terapia.	2.1.>= 80% 2.2.>= 40%	
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell' IRCCS.	SI	C		10	- Partecipazione ai progetti di ricerca attualmente attivi nelle aree di competenza della piattaforma; - Elaborare il "time sheet" del personale della piattaforma coinvolto nei progetti in essere. - Evidenza dell'attivita' svolta.		si
3.1.17	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	SI	C		20	- Evidenza dell'approvazione formale della Politica aziendale e diffusione dei contenuti alla cittadinanza; - Analisi e predisposizione del cronoprogramma per il raggiungimento dei 10 passi e delle 2 raccomandazioni.		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma emergenza urgenza e della attivita' chirurgica

Responsabile:
p.o. Silvana Schreiber

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.8.3	9.3	Rapporto con pazienti e familiari nelle attivita' di ricovero: 1. Aprire i reparti di terapia intensiva e semi-intensiva con accesso senza limite di tempo e orario a un care giver per volta; 2. Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza per i pazienti che bisognosi di un supporto personale; 3. Contattare telefonicamente dopo la dimissione da un intervento chirurgico o da altre tipologie di trattamento (recall); 4. Individuare il medico responsabile della gestione del ricovero del paziente con il fine di assicurare il riferimento professionale che assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza	SI	C		10	1. reparti di terapia intensiva e semi-intensiva aperti con accesso senza limite di tempo e orario a un care giver per volta ; 2. Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza per i pazienti che bisognosi di un supporto personale;		si
	10.54	Ottimizzare le risorse assegnate alle attivita' chirurgiche	SI	C		10	1. Corretta e completa compilazione del Registro Operatorio - entro il mese successivo il 100% delle schede del Registro Operatorio sono complete. 2. Per i pazienti in elezione con rischio ASA1 incisione della cute entro le ore 9		1. 100% 2. >=90%
3.1.17	11.1	Partecipare al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno.	SI	C		10	80% operatori dedicati in servizio presso l'IRCCS formati.		80% operatori formati
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	SI	C		5	- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma emergenza urgenza e della attivita' chirurgica

Responsabile:
p.o. Silvana Schreiber

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che ne verifica la validita' gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell'ultimo triennio.	SI	C		5	1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%
3.2.1.5	17.1	Superamento della contenzione: 1. Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016- Definizione ed analisi del fenomeno in ambito materno infantile: Sensibilizzazione, consapevolezza e formazione in tema di eliminazione ed alternative alle pratiche di contenzione; 2.Terapie Intensive libere da contenzione.	SI	C		10	1a.Proporre una commissione multiprofessionale per l'analisi ed il contrasto alla contenzione ed alle cattive pratiche assistenziali in ambito materno-infantile in termini di adeguatezza ed appropriatezza (30.06.2019); 1b.Elaborazione di una scheda per l'individuazione e l'eliminazione di cattive pratiche assistenziali e di contenzione; 1c. Revisione della letteratura specifica sul fenomeno in ambito neonatale, pediatrico ed adolescenziale (30.06.2019); 1d. Somministrazione di un questionario anonimo ai professionisti finalizzato a valutare il livello di consapevolezza (30.09.2019); 1e. Invio di un report di monitoraggio del fenomeno della contenzione (31.12.2019); 2a."TI aperte" sulle 24 ore e libere da contenzione 2b. Definizione di un gruppo di lavoro multi professionale promotore del percorso TI aperte e libere da contenzione 2c.Modalita' informative all'utenza 2d.Rilevamento qualita' percepita e proposte di miglioramento continuo da parte dell'utenza e dei professionisti		1a. entro 30.6.19 1c. entro 30.6.19 1d. entro 30.09.19 1e.entro 31.12.19 2a.b.c.d..si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma emergenza urgenza e della attivita' chirurgica

Responsabile:
p.o. Silvana Schreiber

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.13	RISCHIO CLINICO: Applicare i protocolli per la corretta identificazione del paziente	NO	C			2. Almeno 2 verifiche/anno effettuate: a) Numero di pazienti presenti al momento dell'osservazione nelle strutture di degenza con braccialetto identificativo/Numero totale dei pazienti presenti al momento dell' osservazione; b) Numero di corrette identificazioni del paziente/Numero totale delle procedure che richiedono identificazione nel periodo indice;		2. a) >= 80% b) >= 75%
3.6	3.14	RISCHIO CLINICO: Prevenire i danni da caduta accidentale: 1. Aggiornare la procedura "Prevenzione del rischio di danno in seguito a caduta"; 2. Sorvegliare le cadute.	NO	C			2a. Numero di cartelle chiuse contenenti la scheda di valutazione del rischio cadute compilata in modo completo/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per Struttura) >= 80% 2b. Numero segnalazioni di cadute che hanno comportato un danno (da minimo a severo - livello 4 a 8) /Numero totale giorni di degenza 2c. Numero segnalazioni di cadute che hanno comportato un danno (da minimo a severo - livello 4 a 8) /Numero totale di segnalazioni		2a. >= 80% 2b.si 2c. si
3.6	3.22	RISCHIO CLINICO: Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE" 1. Attuare la strategia multimodale proposta dall'OMS; 2. Valutare le performance degli operatori mediante osservazione diretta e feedback dei risultati.	NO	C			1. Compliance > 70%		1.> 70%

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma emergenza urgenza e della attivita' chirurgica

Responsabile:
p.o. Silvana Schreiber

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.29	RISCHIO CLINCO: Garantire qualita' e sicurezza nella gestione del dolore: 1. Aggiornare la procedura aziendale "Valutazione del dolore"; 2. Monitorare la valutazione e rivalutazione del dolore; 3. Formalizzare una procedura per tutte le fasi del percorso di parto-analgesia.	NO	C			2.1 standard da raggiungere: a. Numero di cartelle chiuse contenenti la scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso compilata in modo completo/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per struttura) >= 80% b. Monitoraggio quotidiano del dolore in 5 cartelle chiuse (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per struttura): Numero di cartelle con registrazione quotidiana completa del dolore/Numero cartelle selezionate >= 80% c. Numero di cartelle chiuse con presenza della rivalutazione del dolore entro 2 ore per ogni episodio con valore > 4/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per Struttura) >= 80%		2.1 abc >= 80%
3.2.2.6	10.13	Cure palliative e terapia del dolore: 1. ASSISTENZA H24 7 su 7: garantire cure palliative domiciliari 7 giorni su 7, dalle 8 alle 20, attraverso l'erogazione diretta degli operatori dell' equipe. Altre fasce orarie una delle seguenti modalita': -Pronta disponibilita' dedicata (servizio h24 garantito dall'UCP), -Consulenza telefonica (agli assistiti e/o ai Medici dei servizi di Continuita' assistenziale e al 118); 2. Revisionare i criteri di accesso alla rete delle cure palliative da parte di un gruppo tecnico regionale; 3. Migliorare le modalita' di presa in carico del paziente in cure palliative,(indicazioni della DGR 165/2016). Costituzione di un gruppo tecnico di lavoro a livello regionale; 5. Adottare le codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica definite nel corso del 2018; 6. Rispettare i tempi d'attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali sia di ambito pediatrico che ostetrico ginecologico	NO	C			3. Evidenza di partecipazione al gruppo regionale dei professionisti aziendali che si occupano di cure palliative con l'obiettivo di definire un sistema informativo omogeneo per la registrazione e rilevazione dei dati.		3.si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma emergenza urgenza e della attivita' chirurgica

Responsabile:
p.o. Silvana Schreiber

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.5.2	10.21	Pronto soccorso ed urgenza emergenza: 1. Aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno 65%; 2. Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori al 75%	NO	C			1. Percentuale di pazienti pediatrici registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1 ora rispetto al totale dei pazienti con codice verde >= 65%; 2.Percentuale di pazienti pediatrici con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto Soccorso meno di 4 ore >= 75%		1. >= 65% 2.>= 75%
3.5.4	10.25	Definire ed applicare le modalita' operative di trasporto pediatrico.	NO	C			Documento inviato in DCS		si
3.1.1	13.1	Veicolare il messaggio dell' importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani.	NO	C			Evidenza della promozione delle vaccinazioni da parte delle ostetriche e delle personale del nido del centro nascita.		si
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma Infermieristica Degenza ed Ambulatoriale

Responsabile:
p.o. Andrea Cassone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.9	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure del'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	C	10		2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		si
3.6	3.10	RISCHIO CLINICO: Qualita' e Sicurezza della documentazione sanitaria. 1. Verificare la corretta e completa compilazione della cartella clinica dei ricoveri ordinari e DH relativamente a: a. consenso informato chirurgico; b. consenso informato anestesilogico; c. scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso, rivalutazione quotidiana del dolore durante il periodo di degenza e dopo somministrazione di terapia condizionata; d. check list chirurgica; e. primo foglio unico di terapia. 2. Migliorare la compilazione della cartella clinica; 3. Organizzare almeno 1 evento formativo sulla corretta compilazione della documentazione sanitaria per le varie strutture	SI	C	5		2.1 Numero di cartelle chiuse in ogni Struttura di degenza contenenti tutti i documenti previsti/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura) >= 80% 2.2 Numero di cartelle chiuse in ogni struttura di degenza con i seguenti documenti compilati in modo completo/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura) >= 40% c. scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e quotidianamente durante il periodo di degenza e rivalutazione dopo somministrazione di terapia condizionata; d. check list chirurgica; e. primo foglio unico di terapia.	1.>= 80% 2.>= 40%	
3.6	3.13	RISCHIO CLINICO: Applicare i protocolli per la corretta identificazione del paziente	SI	C	10		2. Almeno 2 verifiche/anno effettuate: a) Numero di pazienti presenti al momento dell'osservazione nelle strutture di degenza con braccialetto identificativo/Numero totale dei pazienti presenti al momento dell' osservazione; b) Numero di corrette identificazioni del paziente/Numero totale delle procedure che richiedono identificazione nel periodo indice;	2. a)>= 80% b)>= 75%	
3.6	3.30	RISCHIO CLINICO: violenza sugli operatori: formazione dedicata agli operatori sanitari per prevenire gli atti di violenza a loro danno	SI	C	10		Il personale (almeno 2 operatori per ogni Unità operativa) ha partecipato al corso di formazione.		almeno 2 operatori

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma Infermieristica Degenza ed Ambulatoriale

Responsabile:
p.o. Andrea Cassone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell' IRCCS.	SI	C	10		- Partecipazione ai progetti di ricerca attualmente attivi nelle aree di competenza della piattaforma; - Elaborare il "time sheet" del personale della piattaforma coinvolto nei progetti in essere. - Evidenza dell'attivita' svolta.	si	
3.8.3	9.3	Rapporto con pazienti e familiari nelle attivita' di ricovero: 1. Aprire i reparti di terapia intensiva e semi-intensiva con accesso senza limite di tempo e orario a un care giver per volta; 2. Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza per i pazienti che bisognosi di un supporto personale; 3. Contattare telefonicamente dopo la dimissione da un intervento chirurgico o da altre tipologie di trattamento (recall); 4. Individuare il medico responsabile della gestione del ricovero del paziente con il fine di assicurare il riferimento professionale che assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza	SI	C	10		3. Contatto telefonico dopo la dimissione da un intervento chirurgico o da altre tipologie di trattamento (recall) effettuato;	si	
	10.54	Ottimizzare le risorse assegnate alle attivita' chirurgiche	SI	C	10		2. Per i pazienti in elezione con rischio ASA1 incisione della cute entro le ore 9	1. 100% 2. >=90%	
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che neverifica la validita'gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell' ultimo triennio.	SI	C	5		1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)	1. e 2. >=50%	

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma Infermieristica Degenza ed Ambulatoriale

Responsabile:
p.o. Andrea Cassone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.2.2.3	13.7	MINORI: Partecipare/collaborare al processo di presa in carico integrata dei minori accolti in strutture residenziali e semiresidenziali.	SI	C	10		Evidenza di documento o bozza di procedura condivisa interaziendale per la presa in carico integrata di adolescenti, compresa la transizione ai servizi per l'eta' adulta.		Evidenza di documento o bozza
3.2.4	13.10	ODONTOIATRIA PUBBLICA: 1. Mantenere media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra al livello raggiunto nel 2018 nelle Aziende con valore > 1.5 2. Mantenere la media aziendale annua di prestazioni/riunito non inferiore a 1400 3. Mantenere la % aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate al valore del 2018 nelle Aziende che hanno raggiunto l'obiettivo o Ridurre di almeno il 5% (rispetto al risultato ottenuto nel 2018) nelle Aziende che non hanno raggiunto l'obiettivo.	SI	C	10		Collaborare al raggiungimento di: 1. Media aziendale prestazioni erogate/ora >1,5; 2. 1400 prestazioni /anno erogate; 3. % aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate al valore del 2018 nelle Aziende che hanno raggiunto l'obiettivo mantenuto.		1. >1,5 2. >=1400 3.mantenimento
3.2.1.5	17.1	Superamento della contenzione: 1. Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016- Definizione ed analisi del fenomeno in ambito materno infantile: Sensibilizzazione, consapevolezza e formazione in tema di eliminazione ed alternative alle pratiche di contenzione; 2.Terapie Intensive libere da contenzione.	SI	C	10		1a. Proporre una commissione multiprofessionale per l'analisi ed il contrasto alla contenzione ed alle cattive pratiche assistenziali in ambito materno-infantile in termini di adeguatezza ed appropriatezza (30.06.2019); 1b.Elaborazione di una scheda per l'individuazione e l'eliminazione di cattive pratiche assistenziali e di contenzione; 1c. Revisione della letteratura specifica sul fenomeno in ambito neonatale, pediatrico ed adolescenziale (30.06.2019); 1d. Somministrazione di un questionario anonimo ai professionisti finalizzato a valutare il livello di consapevolezza (30.09.2019); 1e. Invio di un report di monitoraggio del fenomeno della contenzione (31.12.2019);		1a. entro 30.6.19 1b.si entro 30.6.19 1d. entro 30.09.19 1e.entro 31.12.19

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma Infermieristica Degenza ed Ambulatoriale

Responsabile:
p.o. Andrea Cassone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.14	RISCHIO CLINICO: Prevenire i danni da caduta accidentale: 1. Aggiornare la procedura "Prevenzione del rischio di danno in seguito a caduta"; 2. Sorvegliare le cadute.	NO	C			2a. Numero di cartelle chiuse contenenti la scheda di valutazione del rischio cadute compilata in modo completo/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per Struttura) >= 80% 2b. Numero segnalazioni di cadute che hanno comportato un danno (da minimo a severo - livello 4 a 8) /Numero totale giorni di degenza 2c. Numero segnalazioni di cadute che hanno comportato un danno (da minimo a severo - livello 4 a 8) /Numero totale di segnalazioni		2a. >= 80% 2b.si 2c. si
3.6	3.22	RISCHIO CLINICO: Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE" 1. Attuare la strategia multimodale proposta dall'OMS; 2. Valutare le performance degli operatori mediante osservazione diretta e feedback dei risultati.	NO	C			1. Compliance > 70%		1.> 70%
3.6	3.29	RISCHIO CLINICO: Garantire qualita' e sicurezza nella gestione del dolore: 1. Aggiornare la procedura aziendale "Valutazione del dolore"; 2. Monitorare la valutazione e rivalutazione del dolore; 3. Formalizzare una procedura per tutte le fasi del percorso di parto-analgesia.	NO	C			2.1 standard da raggiungere: a. Numero di cartelle chiuse contenenti la scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso compilata in modo completo/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per struttura) >= 80% b. Monitoraggio quotidiano del dolore in 5 cartelle chiuse (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per struttura): Numero di cartelle con registrazione quotidiana completa del dolore/Numero cartelle selezionate >= 80% c. Numero di cartelle chiuse con presenza della rivalutazione del dolore entro 2 ore per ogni episodio con valore > 4/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per Struttura) >= 80%		2.1 abc >= 80%

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma Infermieristica Degenza ed Ambulatoriale

Responsabile:
p.o. Andrea Cassone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.1.17	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	NO	C			- Evidenza dell'approvazione formale della Politica aziendale e diffusione dei contenuti alla cittadinanza; - Analisi e predisposizione del cronoprogramma per il raggiungimento dei 10 passi e delle 2 raccomandazioni.	si	
3.2.1.2.1	10.5	Diabete mellito: 1. Partecipare con i professionisti aziendali identificati ai fini della creazione della Rete diabetologica regionale con coordinamento unico regionale, all'armonizzazione dell'offerta diabetologica su tutto il territorio regionale; 2. Partecipazione dei professionisti aziendali identificati ai fini della creazione della Rete diabetologica pediatrica regionale con coordinamento unico regionale, all'armonizzazione dell'offerta su tutto il territorio regionale; 3. Applicare il documento revisionato dal tavolo tecnico regionale Programma di educazione terapeutica rivolto al soggetto diabetico in particolare per l'organizzazione dei campi residenziali.	NO	C			2. Evidenza di partecipazione alle attivita' per la creazione della Rete diabetologia pediatrica regionale anche in funzione di sede del centro di Diabetologia Pediatrica di riferimento regionale; 3. Report relativo entro ottobre 2019 per quanto di competenza in area pediatrica inviato.	2. si 3. Report inviato	
3.2.1.3	10.6	Riabilitazione: 1. Individuare professionisti per l'avvio dei lavori sul Piano Regionale della Riabilitazione; 2. Monitorare le attivita' dei gruppi integrati neuromuscolari (GIN); 3. Organizzare un evento formativo sul PDTA per la sclerosi multipla; 4. Approvare il PDTA Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e avvio dei lavori di monitoraggio del PDTA; 5. Individuare professionisti per l'avvio dei lavori sul PDTA riabilitazione oncologica;	NO	C			1. Messa a disposizione dei professionisti individuati al gruppo di lavoro sul Piano Regionale della Riabilitazione, in particolare nell'ambito dell'audiologia e dell'oftalmologia e riabilitazione del pavimento pelvico.	1. si	
3.2.1.3	10.8	Riabilitazione: Continuare i lavori per la revisione del percorso integrato con ASUITs per la riabilitazione in eta' pediatrica.	NO	C			Evidenza del percorso revisionato.	si	

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma Infermieristica Degenza ed Ambulatoriale

Responsabile:
p.o. Andrea Cassone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.2.2.2.5	10.10	Autismo: Partecipare con i referenti aziendali al Tavolo tecnico sull'autismo	NO	C			a. Evidenza di partecipazione; b. Evidenza di collaborazione dei referenti, al monitoraggio dell'attuazione delle Linee di indirizzo per il percorso assistenziale dei disturbi dello spettro autistico in eta' evolutiva, di cui alla DGR 434/2017.		a.b. si
3.2.2.6	10.13	Cure palliative e terapia del dolore: 1. ASSISTENZA H24 7 su 7: garantire cure palliative domiciliari 7 giorni su 7, dalle 8 alle 20, attraverso l'erogazione diretta degli operatori dell' equipe. Altre fasce orarie una delle seguenti modalita': -Pronta disponibilita' dedicata (servizio h24 garantito dall'UCP), -Consulenza telefonica (agli assistiti e/o ai Medici dei servizi di Continuita' assistenziale e al 118); 2. Revisionare i criteri di accesso alla rete delle cure palliative da parte di un gruppo tecnico regionale; 3. Migliorare le modalita' di presa in carico del paziente in cure palliative,(indicazioni della DGR 165/2016). Costituzione di un gruppo tecnico di lavoro a livello regionale; 5. Adottare le codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica definite nel corso del 2018; 6. Rispettare i tempi d'attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali sia di ambito pediatrico che ostetrico ginecologico	NO	C			3. Evidenza di partecipazione al gruppo regionale dei professionisti aziendali che si occupano di cure palliative con l'obiettivo di definire un sistema informativo omogeneo per la registrazione e rilevazione dei dati.		3.si
3.2.4	10.19	ODONTOIATRIA PUBBLICA: Erogare attivita' a pagamento su pazienti selezionati	NO	C			Evidenza dell'attivita' svolta.		si
3.5.4	10.25	Definire ed applicare le modalita' operative di trasporto pediatrico.	NO	C			Documento inviato in DCS		si
3.1.17	11.1	Partecipare al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno.	NO	C			80% operatori dedicati in servizio presso l'IRCCS formati.		80% operatori formati

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma Infermieristica Degenza ed Ambulatoriale

Responsabile:
p.o. Andrea Cassone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	NO	C			- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale
3.5.4	12.1	Malattie complesse e/o croniche: Definire di un modello assistenziale a rete integrata che assicuri la qualita' e continuita' delle cure con predisposizione di un PDTA che preveda anche la fase di transizione, nei seguenti ambiti: 1Oncoematologia 2Malattie nefrologiche 3Malattie infiammatorie croniche intestinali 4Diabete 5Malattie neuromuscolari	NO	C			PDTA elaborato nell'ambito di competenza		si
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma Tecnica dei servizi di supporto

Responsabile:
p.o. Fulvia Vascotto

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.9	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure del'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	C		10	2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		si
3.6	3.13	RISCHIO CLINICO: Applicare i protocolli per la corretta identificazione del paziente	SI	C		10	2. Almeno 2 verifiche/anno effettuate: a) Numero di pazienti presenti al momento dell'osservazione nelle strutture di degenza con braccialetto identificativo/Numero totale dei pazienti presenti al momento dell' osservazione; b) Numero di corrette identificazioni del paziente/Numero totale delle procedure che richiedono identificazione nel periodo indice;		2. a)>= 80% b)>= 75%
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell' IRCCS.	SI	C		10	- Partecipazione ai progetti di ricerca attualmente attivi nelle aree di competenza della piattaforma; - Elaborare il "time sheet" del personale della piattaforma coinvolto nei progetti in essere. - Evidenza dell'attivita' svolta.		si
3.1.17	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	SI	C		10	- Evidenza dell'approvazione formale della Politica aziendale e diffusione dei contenuti alla cittadinanza; - Analisi e predisposizione del cronoprogramma per il raggiungimento dei 10 passi e delle 2 raccomandazioni.		si
	8.17	Dotare la sala criobiologica di spazi adeguati	SI	C		10	Evidenza di collaborazione e monitoraggio per l'ottimizzazione degli spazi della sala criobiologica.		si
3.1.3	10.1	Gestire la transizione del programma regionale di screening della cervice ad HPV-DNA.	SI	C		10	HPV-DNA primari e tutte le letture dei pap-test secondari inviati presso l'Anatomia Patologica di ASUITs .		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma Tecnica dei servizi di supporto

Responsabile:
p.o. Fulvia Vascotto

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	SI	C	10		- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che neverifica la validita'gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell' ultimo triennio.	SI	C	10		1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%
3.1.4	13.3	Fibrosi cistica: Avviare attivita' di screening di popolazione con Fibrosi Cistica	SI	C	20		Entro il 31/12/2019 Screening attivato.		si
3.1.15	3.5	Completare in maniera coordinata il PDTA sulla gestione di laboratorio delle Malattie Sessualmente Trasmesse	NO	C			PDTA completato e diffuso alle Aziende Sanitarie.		Evidenza di coordinamento
3.1.16	3.8	Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze: 1. Sviluppare metodologie molecolari per la caratterizzazione del micro bioma ambientale e interventi di sorveglianza; 2. Attivare nuovi percorsi tecnologico per la sorveglianza delle infezioni in Terapia Intensiva Neonatale; 3. Collaborare con l'Universita' di Ferrara per protocolli nazionali riguardanti la gestione delle farmaco resistenze; 4. Partecipare ai lavori del tavolo nazionale del Ministero della Salute riguardanti il piano nazionale per la la gestione di processi critici in ambito ostetrico e ginecologico;	NO	C			1. Metodologie molecolari per la caratterizzazione del microbioma ambientale e interventi di sorveglianza messe a punto; 2. Almeno un nuovo percorso tecnologico per la sorveglianza delle infezioni in Terapia Intensiva Neonatale attuato;		1.evidenza delle metodologie molecolari messe a punto 2.evidenza di un percorso attuato

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Sanitaria

Struttura: Piattaforma Tecnica dei servizi di supporto

Responsabile:
p.o. Fulvia Vascotto

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.22	RISCHIO CLINICO: Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE" 1. Attuare la strategia multimodale proposta dall'OMS; 2. Valutare le performance degli operatori mediante osservazione diretta e feedback dei risultati.	NO	D			1. Compliance > 70%		1.> 70%
3.2.1.3	10.6	Riabilitazione: 1. Individuare professionisti per l'avvio dei lavori sul Piano Regionale della Riabilitazione; 2. Monitorare le attivita' dei gruppi integrati neuromuscolari (GIN); 3. Organizzare un evento formativo sul PDTA per la sclerosi multipla; 4. Approvare il PDTA Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e avvio dei lavori di monitoraggio del PDTA; 5. Individuare professionisti per l'avvio dei lavori sul PDTA riabilitazione oncologica;	NO	C			1. Messa a disposizione dei professionisti individuati al gruppo di lavoro sul Piano Regionale della Riabilitazione, in particolare nell'ambito dell'audiologia e dell'oftalmologia e riabilitazione del pavimento pelvico.		1. si
3.2.1.3	10.8	Riabilitazione: Continuare i lavori per la revisione del percorso integrato con ASUITs per la riabilitazione in eta' pediatrica.	NO	C			Evidenza del percorso revisionato.		si
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Scientifica

Struttura: Direzione Scientifica

**Responsabile:
prof. Fabio Barbone**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	4.8	Supportare i ricercatori nella stesura e presentazione al Ministero dei progetti di ricerca Finalizzata e Giovani ricercatori 2019.	SI	C		10	Almeno 5 progetti inviati via WF al Ministero della salute.		si
	4.9	Predisporre, deliberare, divulgare e vagliare in prima istanza i progetti di almeno un bando di ricerca sul 5x1000	SI	C		10	Delibera di bando ed evidenza della diffusione ai ricercatori.		si
	7.4	Garantire gli adempimenti previsti nel Piano Anticorruzione e Trasparenza (decr. n. 14/2019)	SI	C		10	1 Attuazione delle misure previste nel Registro dei rischi 2019 2 Trasmissione della documentazione richiesta entro i tempi previsti nel Piano e produzione e pubblicazione dei dati richiesti nell'Amministrazione Trasparente.		Entro le scadenze previste
	10.62	Verifica della corretta affiliazioni nelle pubblicazioni e inserimento in workflow delle info richieste dal nuovo formato Ministeriale.	SI	C		10	Invio semestrale al Direttore scientifico di un report sulla correttezza delle affiliazioni.		si
	10.63	Partecipare all'organizzazione delle manifestazioni per i 50 anni del Burlo come IRCCS e all'organizzazione di eventi di promozione e divulgazione scientifica	SI	C		10	Almeno 2 eventi organizzati.		si
	10.64	Predisporre un Regolamento per assegnare parte dei fondi dei progetti di ricerca al personale dipendente.	SI	C		10	Evidenza di bozza al Direttore Scientifico.		si
	10.65	Predisporre un Regolamento per l' Institutional Review Board (IRB)	SI	C		10	Evidenza di invio proposta.		si
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	SI	C		10	- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Direzione Scientifica

Struttura: Direzione Scientifica

**Responsabile:
prof. Fabio Barbone**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	14.8	Verificare semestralmente la contabilita' separata della ricerca corrente e finalizzata ed allinearla alla rendicontazione da inviare al Ministero e agli enti finanziatori	SI	C		10	Trasmissione semestrale alla SC Gestione Economico Finanziaria e contestuale verifica della rendicontazione da trasmettere al Ministero e agli altri enti finanziatori rispetto ai dati contabili		
	15.22	Utilizzare il sistema Gifra per l'invio della posta in uscita	SI	C		5	Sistema Gifra utilizzato per la posta in uscita - certificazione del responsabile		si
	16.1	Rispettare i tempi di pagamento previsti dall'art. 4 del d.lgs. 231/2002	SI	C		5	Indicatore tempestivita' dei pagamenti <=0, ovvero entro 15 gg dalla scadenza prevista dalla normativa : - effettuare la verifica dei documenti contabili e/o la loro trasmissione alla SC GEF - contestare formalmente al fornitore l'eventuale difformita' del prodotto/servizio		<=0
Totale pesi:					100				

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Pediatrica

**Responsabile:
prof. Egidio Barbi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.8.1	2.4	TEMPI DI ATTESA: Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.	SI	D	10		Prestazioni ambulatoriali di visite: -Cardiologiche; -Endocrinologica; -Gastroenterologa; -Dermatologiche; -Elettrocardiogramma. garantite secondo la priorit�: 1. priorit� B (10 giorni) 2. priorit� D (30 giorni) 3. priorit� P (180 giorni)		1. >=95% 2. >=90% 3.>=85%
3.6	3.9	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure del'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	D	5		2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		si
3.6	3.10	RISCHIO CLINICO: Qualita' e Sicurezza della documentazione sanitaria. 1. Verificare la corretta e completa compilazione della cartella clinica dei ricoveri ordinari e DH relativamente a: a. consenso informato chirurgico; b. consenso informato anestesilogico; c. scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso, rivalutazione quotidiana del dolore durante il periodo di degenza e dopo somministrazione di terapia condizionata; d. check list chirurgica; e. primo foglio unico di terapia. 2. Migliorare la compilazione della cartella clinica; 3. Organizzare almeno 1 evento formativo sulla corretta compilazione della documentazione sanitaria per le varie strutture	SI	D	5		2.1 Numero di cartelle chiuse in ogni Struttura di degenza contenenti tutti i documenti previsti/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura) >= 80% 2.2 Numero di cartelle chiuse in ogni struttura di degenza con i seguenti documenti compilati in modo completo/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura) >= 40% a. consenso informato chirurgico; b. consenso informato anestesilogico; c. scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e quotidianamente durante il periodo di degenza e rivalutazione dopo somministrazione di terapia condizionata; d. check list chirurgica; e. primo foglio unico di terapia.		1.>= 80% 2.>= 40%
3.6	3.26	RISCHIO CLINICO: Antimicrobial Stewardship: Organizzare l'attivita' formativa per il personale medico sui seguenti temi: - lettura dell'antibiogramma - prescrizione antibiotica mirata - linee guida regionali sulle infezioni pediatriche - sepsi associata alle pratiche assistenziali	SI	D	5		Il personale medico (almeno 1 medico per ogni Unit� operativa) ha partecipato al corso di formazione		almeno 1 medico

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Pediatrica

**Responsabile:
prof. Egidio Barbi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	4.2	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS	SI	D	10		Almeno uno dei seguenti criteri soddisfatto: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato.		si/no
	4.3	Partecipare alle attivita' formative nell'ambito della metodologia della ricerca.	SI	D	5		Almeno un'unita' afferente alla struttura ha partecipato ad un corso.		Evidenza di partecipazione
3.3.9	6.6	Garantire la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM.	SI	D	5		Il 90% delle prescrizioni di farmaci destinate alla distribuzione diretta sono inseriti in PSM.		>=90%
3.3.10	6.11	Farmaci per la cura dell'atrofia muscolare spinale - SMA	SI	D	5		Rilevazione e monitoraggio dell'uso del farmaco		si
3.1.17	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	SI	D	5		- Evidenza dell'approvazione formale della Politica aziendale e diffusione dei contenuti alla cittadinanza; - Analisi e predisposizione del cronoprogramma per il raggiungimento dei 10 passi e delle 2 raccomandazioni.		si
	9.6	Ciclo delle competenze e neoassunto e conformita' normativa: 1. Rivisitare le job description, se presenti; 2. Elaborare o aggiornare il programma di inserimento del neoassunto/neoinserito, identificando gli standard minimi; 3. Aggiornare o redigere ex novo una procedura sul ciclo completo delle competenze; 4. Nel caso delle unita' cliniche, aggiornare o redigere ex novo i privilegi dei dirigenti medici.	SI	D	5		-Conformita' alla DGR 1436/2011 e superamento verifica di rinnovo; -Conformita', se applicabile, alla ISO 9001:2015 e superamento verifica di rinnovo;		evidenza documentale

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Pediatrica

**Responsabile:
prof. Egidio Barbi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.5.4	10.27	Formazione: promozione di attivita' formative relative alle tematiche oggetto di progettualita' per il 2019 (trasporto pediatrico, onco-ematologia, malattie nefrologiche, malattie infiammatorie croniche intestinali, diabete, malattie neuromuscolari, cure palliative).	SI	D	5		Collaborazione per la promozione di attivita' formative per quanto di competenza		si
3.5.7	10.44	Garantire i livelli di assistenza previsti dal DPCM 12 gennaio 2017 nel rispetto dei criteri di appropriatezza e perseguendo il miglioramento continuo dei risultati e degli esiti delle prestazioni: Ridurre del numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalita' diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 20% per gli adulti e del 40% per i pediatrici	SI	D	5		DH con finalita' diagnostica < 40% pediatrici		<40%
3.1.17	11.1	Partecipare al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno.	SI	D	10		80% operatori dedicati in servizio presso l'IRCCS formati.		80% operatori formati
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	SI	D	5		- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale
3.5.4	12.1	Malattie complesse e/o croniche: Definire di un modello assistenziale a rete integrata che assicuri la qualita' e continuita' delle cure con predisposizione di un PDTA che preveda anche la fase di transizione, nei seguenti ambiti: 1Oncoematologia 2Malattie nefrologiche 3Malattie infiammatorie croniche intestinali 4Diabete 5Malattie neuromuscolari	SI	D	5		PDTA elaborato nell'ambito di competenza		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Pediatrica

**Responsabile:
prof. Egidio Barbi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che ne verifica la validita' gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell'ultimo triennio.	SI	D	5		1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%
3.3.9	15.1	PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA: Garantire il ricorso alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 65% di tutti pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalita' prescrittive	SI	D	5		% PT informatizzati per medicinali soggetti a nota AIFA 39 o 74 >= 65% rispetto al totale dei PT redatti dall'IRCCS % di PT informatizzati (> 65%) calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (informatizzati + cartacei) e comunicato a fine anno alla DCS, per i medicinali indicati.		si
3.1.15	3.4	Garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni assicurando il proseguimento delle campagne vaccinali gia' avviate e quelle di nuova introduzione	NO	D			Evidenza di partecipazione al tavolo interaziendale sulle vaccinazioni con ASUITs sulle attivita' di comunicazione sul tema delle vaccinazioni in gravidanza ed in eta' pediatrica.		Evidenza di partecipazione
3.6	3.13	RISCHIO CLINICO: Applicare i protocolli per la corretta identificazione del paziente	NO	D			2. Almeno 2 verifiche/anno effettuate: a) Numero di pazienti presenti al momento dell'osservazione nelle strutture di degenza con braccialetto identificativo/Numero totale dei pazienti presenti al momento dell' osservazione; b) Numero di corrette identificazioni del paziente/Numero totale delle procedure che richiedono identificazione nel periodo indice;		2. a)>= 80% b)>= 75%

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Pediatrica

**Responsabile:
prof. Egidio Barbi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.22	RISCHIO CLINCO: Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE" 1. Attuare la strategia multimodale proposta dall'OMS; 2. Valutare le performance degli operatori mediante osservazione diretta e feedback dei risultati.	NO	D			1. Compliance > 70%		1.> 70%
3.6	3.29	RISCHIO CLINCO: Garantire qualita' e sicurezza nella gestione del dolore: 1. Aggiornare la procedura aziendale "Valutazione del dolore"; 2. Monitorare la valutazione e rivalutazione del dolore; 3. Formalizzare una procedura per tutte le fasi del percorso di parto-analgesia.	NO	D			2.1 standard da raggiungere: a. Numero di cartelle chiuse contenenti la scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso compilata in modo completo/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per struttura) >= 80% b. Monitoraggio quotidiano del dolore in 5 cartelle chiuse (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per struttura): Numero di cartelle con registrazione quotidiana completa del dolore/Numero cartelle selezionate >= 80% c. Numero di cartelle chiuse con presenza della rivalutazione del dolore entro 2 ore per ogni episodio con valore > 4/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per Struttura) >= 80%		2.1 abc >= 80%
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell' IRCCS.	NO	D			Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF. (coerenti con il mandato dell' IRCCS e affiliazione corretta)	Pubbl=52; IF=209	=2018 +/- 10%
	7.3	Trattamenti dati personali - conformita' al GDPR e D.lgs. 101/2018	NO	D			- Presenza PIA per trattamenti sanitari; - Presenza consensi previsti; - Presenza consensi al FSE in caso di implementazione dello stesso.		evidenza documentale

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Pediatrica

**Responsabile:
prof. Egidio Barbi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.2.1.2.1	10.5	Diabete mellito: 1. Partecipare con i professionisti aziendali identificati ai fini della creazione della Rete diabetologica regionale con coordinamento unico regionale, all'armonizzazione dell'offerta diabetologica su tutto il territorio regionale; 2. Partecipazione dei professionisti aziendali identificati ai fini della creazione della Rete diabetologica pediatrica regionale con coordinamento unico regionale, all'armonizzazione dell'offerta su tutto il territorio regionale; 3. Applicare il documento revisionato dal tavolo tecnico regionale Programma di educazione terapeutica rivolto al soggetto diabetico in particolare per l'organizzazione dei campi residenziali.	NO	D			2. Evidenza di partecipazione alle attivita' per la creazione della Rete diabetologia pediatrica regionale anche in funzione di sede del centro di Diabetologia Pediatrica di riferimento regionale; 3. Report relativo entro ottobre 2019 per quanto di competenza in area pediatrica inviato.		2. si 3. Report inviato
3.2.1.3	10.6	Riabilitazione: 1. Individuare professionisti per l'avvio dei lavori sul Piano Regionale della Riabilitazione; 2. Monitorare le attivita' dei gruppi integrati neuromuscolari (GIN); 3. Organizzare un evento formativo sul PDTA per la sclerosi multipla; 4. Approvare il PDTA Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e avvio dei lavori di monitoraggio del PDTA; 5. Individuare professionisti per l'avvio dei lavori sul PDTA riabilitazione oncologica;	NO	D			2. Evidenza del percorso del gruppo integrato neuromuscolari (GIN) con la finalita' di garantire la continuita' assistenziale del bambino/adolescente con malattia neuromuscolare nell'ambito territoriale di competenza revisionato;		2.si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Pediatrica

**Responsabile:
prof. Egidio Barbi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.2.2.6	10.13	Cure palliative e terapia del dolore: 1. ASSISTENZA H24 7 su 7: garantire cure palliative domiciliari 7 giorni su 7, dalle 8 alle 20, attraverso l'erogazione diretta degli operatori dell' equipe. Altre fasce orarie una delle seguenti modalita': -Pronta disponibilita' dedicata (servizio h24 garantito dall'UCP), -Consulenza telefonica (agli assistiti e/o ai Medici dei servizi di Continuita' assistenziale e al 118); 2. Revisionare i criteri di accesso alla rete delle cure palliative da parte di un gruppo tecnico regionale; 3. Migliorare le modalita' di presa in carico del paziente in cure palliative, (indicazioni della DGR 165/2016). Costituzione di un gruppo tecnico di lavoro a livello regionale; 5. Adottare le codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica definite nel corso del 2018; 6. Rispettare i tempi d'attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali sia di ambito pediatrico che ostetrico ginecologico	NO	D			1. Collaborare con ASUITs qualora richiesto 2. Evidenza di partecipazione al gruppo tecnico regionale degli esperti aziendali identificati dalle singole Aziende e approvazione dei criteri entro il primo semestre del 2019 e successiva applicazione; 2a.Redazione di report semestrale da inviare alla DCS entro luglio 2019 e gennaio 2020 ; 3. Evidenza di partecipazione al gruppo regionale dei professionisti aziendali che si occupano di cure palliative con l'obiettivo di definire un sistema informativo omogeneo per la registrazione e rilevazione dei dati;		1.si; 2.entro primo semestre 2019 2a.entro luglio 2019 e gennaio 2020 3.si
3.5.3	10.22	Reti di patologia: Malattie rare 1. Produrre entro il 31 dicembre 2019 almeno 1 percorso assistenziale nella rete del gruppo nosologico di competenza; 2. Alimentare il registro regionale di cui al DM 279/2001 (aggiornamento dati del registro con inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2019 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema) e produrre alla DCS un report di attivita'.	NO	D			1. Percorso assistenziale formalizzato; 2.Registro regionale alimentato correttamente.		1.2. si
3.5.3	10.23	Reti di patologia: Malattie reumatiche: 1. Formalizzare il documento di indirizzo sulla terapia con farmaci biologici (obiettivo condiviso con le farmacie aziendali e servizio farmaceutico regionale), ed evidenza della diffusione a tutti i professionisti coinvolti anche nell'ambito della medicina convenzionata. 2. Evidenziare l'utilizzo dello strumento informatizzato per l'appropriatezza prescrittiva (1 report per semestre).	NO	D			1.Evidenza di collaborazione; 2.Evidenza di collaborazione.		1.2. Evidenza di collaborazione

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Pediatrica

**Responsabile:
prof. Egidio Barbi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.5.3	10.24	Reti di patologia: Garantire un pediatra con competenze in malattie infettive assegnato a tempo pieno alla clinica pediatrica; Collaborare con ASUITs per le richieste di consulenza infettivologica nelle paziente adulte.	NO	D			Dare evidenza		dare evidenza
3.5.4	10.29	Omogeneizzare la modulistica cartacea della cartella clinica di ricovero e ambulatoriale pediatrica in previsione dell'informatizzazione	NO	D			Evidenza di omogeneizzazione della modulistica cartacea della cartella clinica di ricovero e ambulatoriale pediatrica in previsione dell'informatizzazione in accordo con le aziende regionali		si
	10.58	1. La percentuale di SDO archiviate deve essere uguale al 100% dei dimessi; 2. Le richieste di apertura delle SDO archiviate non deve superare il 3% delle SDO archiviate; 3. Le anomalie in merito alla qualita' della compilazione non devono superare in media il 10%	NO	D			1. SDO compilate =100% dei dimessi; 3. Media anomalie della qualita' della compilazione < 10% delle SDO totali.		1.=100% 3.<10%
3.2.2.3	13.7	MINORI: Partecipare/collaborare al processo di presa in carico integrata dei minori accolti in strutture residenziali e semiresidenziali.	NO	D			Evidenza di documento o bozza di procedura condivisa interaziendale per la presa in carico integrata di adolescenti, compresa la transizione ai servizi per l'eta' adulta.		Evidenza di documento o bozza
3.5.4	13.15	Cure palliative: implementare il modello di rete e definire di un percorso assistenziale.	NO	D			Evidenza di coordinamento ed implementazione del modello di rete e di definizione di un percorso assistenziale.		si
4	15.8	Utilizzare la firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet e la cartella informatizzata	NO	D			1. Firma digitale nell' applicativo cardionet utilizzata; 2. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata; 3. Firma digitale nella lettera di dimissione utilizzata.	1.95% 2.88% 3.97%	1. 80% 2. >95% 3.>98%

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Pediatrica

Responsabile:
prof. Egidio Barbi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
Totale pesi:				100					

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Oncoematologia

**Responsabile:
dott. Marco Rabusin**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.10	RISCHIO CLINICO: Qualita' e Sicurezza della documentazione sanitaria. 1. Verificare la corretta e completa compilazione della cartella clinica dei ricoveri ordinari e DH relativamente a: a. consenso informato chirurgico; b. consenso informato anestesilogico; c. scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso, rivalutazione quotidiana del dolore durante il periodo di degenza e dopo somministrazione di terapia condizionata; d. check list chirurgica; e. primo foglio unico di terapia. 2. Migliorare la compilazione della cartella clinica; 3. Organizzare almeno 1 evento formativo sulla corretta compilazione della documentazione sanitaria per le varie strutture	SI	D	5		2.1 Numero di cartelle chiuse in ogni Struttura di degenza contenenti tutti i documenti previsti/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura) >= 80% 2.2 Numero di cartelle chiuse in ogni struttura di degenza con i seguenti documenti compilati in modo completo/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura) >= 40% a. consenso informato chirurgico; b. consenso informato anestesilogico; c. scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e quotidianamente durante il periodo di degenza e rivalutazione dopo somministrazione di terapia condizionata; d. check list chirurgica; e. primo foglio unico di terapia.	1.>= 80% 2.>= 40%	
3.6	3.26	RISCHIO CLINICO: Antimicrobial Stewardship: Organizzare l'attivita' formativa per il personale medico sui seguenti temi: - lettura dell'antibiogramma - prescrizione antibiotica mirata - linee guida regionali sulle infezioni pediatriche - sepsi associata alle pratiche assistenziali	SI	D	10		Il personale medico (almeno 1 medico per ogni Unità operativa) ha partecipato al corso di formazione	almeno 1 medico	
	4.2	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS	SI	D	10		Almeno uno dei seguenti criteri soddisfatto: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato.	si/no	
	4.3	Partecipare alle attivita' formative nell'ambito della metodologia della ricerca.	SI	D	5		Almeno un'unita' afferente alla struttura ha partecipato ad un corso.	Evidenza di partecipazione	
	4.4	Condurre sperimentazioni di fase 1.	SI	D	5		- Audit per la verifica dei requisiti entro il 31/12; - Studio di fattibilita' elaborato.	1. entro il 31/12 2. si	

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Oncoematologia

**Responsabile:
dott. Marco Rabusin**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.3.9	6.6	Garantire la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM.	SI	D	5		Il 90% delle prescrizioni di farmaci destinate alla distribuzione diretta sono inseriti in PSM.	>=90%	
	6.12	Preparazione estemporanea di farmaci antiblastici: conformita' normativa con quanto richiesto dalla Raccomandazione n. 14	SI	D	10		Evidenza di modulo addestramento presente e completo in ogni sua parte per ogni allestimento di nuovo antiblastico e/o introduzione di nuovo metodo di allestimento	si	
	6.13	Preparazione centralizzata in UFA ASUITS dei farmaci antiblastici: 1. Rispettare la convenzione; 2. Rivedere il progetto e pesare i vantaggi e svantaggi della soluzione centralizzata.	SI	D	5		1a. Grafico GANTT e relativi monitoraggi che indichi Trasferimento dell'attivita' di allestimento di farmaci antiblastici ad ASUITS presenti; 1b. Evidenze (mail) di avvenuto sollecito. 2b. Studio di fattibilita' su ipotesi UFA vs ipotesi "in casa" con analisi costi; 2c. Studio di fattibilita' acquisizione risorsa con analisi costi.	1.a 1b. 2b. 2c. evidenza documentale	
3.4	8.6	Mantere la certificazione rilasciata dal Centro Nazionale Trapianti e Centro Nazionale Sangue, dal GITMO, dall'ente europeo EBMT e dall'ente terzo di certificazione ISO da parte della SC Oncoematologia e Centro Trapianti di Midollo osseo nei pazienti pediatrici	SI	D	20		1. Rispetto degli standard per la qualita' e sicurezza delle cellule staminali ematopoietiche, conformemente a quanto previsto dalla normativa nazionale ed europea vigente (D.lgs. 191/2007 e 16/2010; Direttive 2006/17/CE e 2006/86/CE), dagli standard Jacie Fact e dai requisiti dell'accreditamento istituzionale (DGR 1436/2011) e delle norme ISO applicabili (ISO 9001:2015); 2. Gli operatori della SC Oncoematologia appartenenti Programma Trapianti di Midollo osseo completano l'impianto documentale del Programma con i documenti mancanti; 3. Gli operatori della SC Oncoematologia appartenenti all'interno del Programma Trapianti di Midollo osseo partecipano agli eventi formativi previsti dagli standard, conformemente al proprio profilo professionale; 4. Gli operatori della SC Oncoematologia collaborano alla ristrutturazione dell'area degenze e diurna, coadiuvati dalla Direzione Sanitaria, al fine di arrecare meno disagio possibile ai pazienti in carico; 5. disaster plan relativo alla salvaguardia delle CSE e dei pazienti candidati al trapianto, trapiantati o donatori in caso di calamita', con altri enti regionali formalizzato.	1.2.3.4.5 evidenza documentale	

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Oncoematologia

Responsabile:
dott. Marco Rabusin

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	9.6	Ciclo delle competenze e neoassunto e conformita' normativa: 1. Rivedere le job description, se presenti; 2. Elaborare o aggiornare il programma di inserimento del neoassunto/neoinserito, identificando gli standard minimi; 3. Aggiornare o redigere ex novo una procedura sul ciclo completo delle competenze; 4. Nel caso delle unita' cliniche, aggiornare o redigere ex novo i privilegi dei dirigenti medici.	SI	D	5		-Conformita' alla DGR 1436/2011 e superamento verifica di rinnovo; -Conformita', se applicabile, alla ISO 9001:2015 e superamento verifica di rinnovo; -Conformita', se applicabile, agli std Jacie ; -Conformita', se applicabile, ai requisiti del CNT		evidenza documentale
3.5.7	10.44	Garantire i livelli di assistenza previsti dal DPCM 12 gennaio 2017 nel rispetto dei criteri di appropriatezza e perseguendo il miglioramento continuo dei risultati e degli esiti delle prestazioni: Ridurre del numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalita' diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 20% per gli adulti e del 40% per i pediatrici	SI	D	5		DH con finalita' diagnostica < 40% pediatrici		<40%
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	SI	D	5		- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che ne verifica la validita' gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell'ultimo triennio.	SI	D	5		1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Oncoematologia

Responsabile:
dott. Marco Rabusin

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.3.9	15.1	PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA: Garantire il ricorso alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 65% di tutti pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalita' prescrittive	SI	D	5		% PT informatizzati per medicinali soggetti a nota AIFA 39 o 74 >= 65% rispetto al totale dei PT redatti dall'IRCCS % di PT informatizzati (> 65%) calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (informatizzati + cartacei) e comunicato a fine anno alla DCS, per i medicinali indicati.	si	
3.6	3.13	RISCHIO CLINICO: Applicare i protocolli per la corretta identificazione del paziente	NO	D			2. Almeno 2 verifiche/anno effettuate: a) Numero di pazienti presenti al momento dell'osservazione nelle strutture di degenza con braccialetto identificativo/Numero totale dei pazienti presenti al momento dell' osservazione; b) Numero di corrette identificazioni del paziente/Numero totale delle procedure che richiedono identificazione nel periodo indice;	2. a)>= 80% b)>= 75%	
3.6	3.22	RISCHIO CLINICO: Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE" 1. Attuare la strategia multimodale proposta dall'OMS; 2. Valutare le performance degli operatori mediante osservazione diretta e feedback dei risultati.	NO	D			1. Compliance > 70%	1.> 70%	
3.6	3.29	RISCHIO CLINICO: Garantire qualita' e sicurezza nella gestione del dolore: 1. Aggiornare la procedura aziendale "Valutazione del dolore"; 2. Monitorare la valutazione e rivalutazione del dolore; 3. Formalizzare una procedura per tutte le fasi del percorso di parto-analgesia.	NO	D			2.1 standard da raggiungere: a. Numero di cartelle chiuse contenenti la scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso compilata in modo completo/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per struttura) >= 80% b. Monitoraggio quotidiano del dolore in 5 cartelle chiuse (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per struttura): Numero di cartelle con registrazione quotidiana completa del dolore/Numero cartelle selezionate >= 80% c. Numero di cartelle chiuse con presenza della rivalutazione del dolore entro 2 ore per ogni episodio con valore > 4/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per Struttura) >= 80%	2.1 abc >= 80%	

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Oncoematologia

**Responsabile:
dott. Marco Rabusin**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell' IRCCS.	NO	D			Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF. (coerenti con il mandato dell' IRCCS e affiliazione corretta)	Pubbl=12; IF=49	=2018 +/- 10%
	7.3	Trattamenti dati personali - conformita' al GDPR e D.lgs. 101/2018	NO	D			- Presenza PIA per trattamenti sanitari; - Presenza consensi previsti; - Presenza consensi al FSE in caso di implementazione dello stesso.		evidenza documentale
3.1.17	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	NO	D			- Evidenza dell'approvazione formale della Politica aziendale e diffusione dei contenuti alla cittadinanza; - Analisi e predisposizione del cronoprogramma per il raggiungimento dei 10 passi e delle 2 raccomandazioni.		si
3.4	8.5	Mantere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	NO	D			1.Rivisitare le analisi dei rischi (revisione 2019); 2.Rivisitare le SWOTT analysis del servizio (revisione 2019); 3.Identificare le fasi con grado di rischio > 8; 4.Stabilire gli obiettivi di miglioramento per abbattere detto alto rischio.		si
	8.15	Integrare l'attuale convenzione (reciproca collaborazione in merito al programma unita' di processazione -manipolazione, congelamento, criopreservazione e scongelamento per re infusione di cellule staminali ematopoietiche periferiche-) con il laboratorio di ASUITs per la valutazione della vitalita' delle cellule staminali ematopoietiche periferiche	NO	D			Convenzione integrata entro il 31/12/2019		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Oncoematologia

**Responsabile:
dott. Marco Rabusin**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.5.3	10.22	Reti di patologia: Malattie rare 1. Produrre entro il 31 dicembre 2019 almeno 1 percorso assistenziale nella rete del gruppo nosologico di competenza; 2. Alimentare il registro regionale di cui al DM 279/2001 (aggiornamento dati del registro con inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2019 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema) e produrre alla DCS un report di attivita'.	NO	D			2. Registro regionale alimentato correttamente.	2.si	
3.5.4	10.27	Formazione: promozione di attivita' formative relative alle tematiche oggetto di progettualita' per il 2019 (trasporto pediatrico, onco-ematologia, malattie nefrologiche, malattie infiammatorie croniche intestinali, diabete, malattie neuromuscolari, cure palliative).	NO	D			Collaborazione per la promozione di attivita' formative per quanto di competenza	si	
3.5.6	10.36	Partecipare ai programmi regionali di sorveglianza trasfusionale: - Monitorare l'appropriatezza dell'utilizzo degli emocomponenti ed emoderivati da parte dei Comitati ospedalieri per il Buon Uso del Sangue (adequati alle prescrizioni della DGR 893/2018): (1)emocomponente "tracer": globuli rossi concentrati; (2)farmaci "tracer": Antitrombina III e Fibrinogeno;); -Implementare la prescrizione trasfusionale informatizzata e dei "sistemi barriera" per la trasfusione al letto del paziente.	NO	D			-Appropriatezza dell'utilizzo degli emocomponenti ed emoderivati monitorata (1)emocomponente "tracer": globuli rossi concentrati; (2)farmaci "tracer": Antitrombina III e Fibrinogeno; -Prescrizione trasfusionale informatizzata e dei "sistemi barriera" per la trasfusione al letto del paziente implementata.	si	
	10.58	1. La percentuale di SDO archiviate deve essere uguale al 100% dei dimessi; 2. Le richieste di apertura delle SDO archiviate non deve superare il 3% delle SDO archiviate; 3. Le anomalie in merito alla qualita' della compilazione non devono superare in media il 10%	NO	D			1. SDO compilate =100% dei dimessi; 3. Media anomalie della qualita' della compilazione < 10% delle SDO totali.	1.=100% 3.<10%	

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Oncoematologia

**Responsabile:
dott. Marco Rabusin**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.5.4	12.1	Malattie complesse e/o croniche: Definire di un modello assistenziale a rete integrata che assicuri la qualita' e continuita' delle cure con predisposizione di un PDTA che preveda anche la fase di transizione, nei seguenti ambiti: 1Oncoematologia 2Malattie nefrologiche 3Malattie infiammatorie croniche intestinali 4Diabete 5Malattie neuromuscolari	NO	D			- evidenza di bozza di PDTA condiviso con le aziende FVG e l'IRCCS CRO per Oncoematologia	si	
3.3.9	14.3	Implementare la cartella oncologia informatizzata relativamente ai campi: diagnosi/sede, protocollo/farmaco, stadiazione con un grado di completezza pari ad almeno il 95% dei pazienti.	NO	D			Campi obbligatori per il 95% dei pazienti implemetati.	implementazione campi >95%	
4	15.8	Utilizzare la firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet e la cartella informatizzata	NO	D			1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata; 2. Firma digitale nella lettera di dimissione utilizzata.	1. 97% 2. 97%	1.>95% 2.>98%
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

Responsabile:
dott. Marco Carrozzi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.8.1	2.4	TEMPI DI ATTESA: Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.	SI	D	5		Prestazioni ambulatoriali di visita neurologica garantite secondo la priorit�: 1. priorit� B (10 giorni) 2. priorit� D (30 giorni) 3. priorit� P (180 giorni)		1. >=95% 2. >=90% 3.>=85%
3.6	3.9	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure dell'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	D	5		2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		si
3.6	3.10	RISCHIO CLINICO: Qualita' e Sicurezza della documentazione sanitaria. 1. Verificare la corretta e completa compilazione della cartella clinica dei ricoveri ordinari e DH relativamente a: a. consenso informato chirurgico; b. consenso informato anestesilogico; c. scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso, rivalutazione quotidiana del dolore durante il periodo di degenza e dopo somministrazione di terapia condizionata; d. check list chirurgica; e. primo foglio unico di terapia. 2. Migliorare la compilazione della cartella clinica; 3. Organizzare almeno 1 evento formativo sulla corretta compilazione della documentazione sanitaria per le varie strutture	SI	D	5		2.1 Numero di cartelle chiuse in ogni Struttura di degenza contenenti tutti i documenti previsti/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura) >= 80% 2.2 Numero di cartelle chiuse in ogni struttura di degenza con i seguenti documenti compilati in modo completo/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura) >= 40% a. consenso informato chirurgico; b. consenso informato anestesilogico; c. scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e quotidianamente durante il periodo di degenza e rivalutazione dopo somministrazione di terapia condizionata; d. check list chirurgica; e. primo foglio unico di terapia.		1.>= 80% 2.>= 40%
3.6	3.26	RISCHIO CLINICO: Antimicrobial Stewardship: Organizzare l'attivita' formativa per il personale medico sui seguenti temi: - lettura dell'antibiogramma - prescrizione antibiotica mirata - linee guida regionali sulle infezioni pediatriche - sepsi associata alle pratiche assistenziali	SI	D	5		personale medico (almeno 1 medico per ogni Unit� operativa) ha partecipato al corso di formazione		almeno 1 medico
	4.2	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS	SI	D	10		Almeno uno dei seguenti criteri soddisfatto: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato.		si/no

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

Responsabile:
dott. Marco Carrozzi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	4.3	Partecipare alle attivita' formative nell'ambito della metodologia della ricerca.	SI	D	5		Almeno un'unita' afferente alla struttura ha partecipato ad un corso.		Evidenza di partecipazione
	7.3	Trattamenti dati personali - conformita' al GDPR e D.lgs. 101/2018	SI	D	5		- Presenza PIA per trattamenti sanitari; - Presenza consensi previsti; - Presenza consensi al FSE in caso di implementazione dello stesso.		evidenza documentale
	9.6	Ciclo delle competenze e neoassunto e conformita' normativa: 1. Rivedere le job description, se presenti; 2. Elaborare o aggiornare il programma di inserimento del neoassunto/neoinserito, identificando gli standard minimi; 3. Aggiornare o redigere ex novo una procedura sul ciclo completo delle competenze; 4. Nel caso delle unita' cliniche, aggiornare o redigere ex novo i privilegi dei dirigenti medici.	SI	D	5		- Conformita' alla DGR 1436/2011 e superamento verifica di rinnovo; - Conformita', se applicabile, alla ISO 9001:2015 e superamento verifica di rinnovo;		evidenza documentale
3.2.1.3	10.6	Riabilitazione: 1. Individuare professionisti per l'avvio dei lavori sul Piano Regionale della Riabilitazione; 2. Monitorare le attivita' dei gruppi integrati neuromuscolari (GIN); 3. Organizzare un evento formativo sul PDTA per la sclerosi multipla; 4. Approvare il PDTA Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e avvio dei lavori di monitoraggio del PDTA; 5. Individuare professionisti per l'avvio dei lavori sul PDTA riabilitazione oncologica;	SI	D	10		2. Evidenza di partecipazione, qualora richiesto, alle attivita' del gruppo integrato neuromuscolari (GIN) con la finalita' di garantire la continuita' assistenziale del bambino/adolescente con malattia neuromuscolare nell'ambito territoriale di competenza; 3. Messa a disposizione dei professionisti per l'evento formativo sul PDTA per la sclerosi multipla per quanto di competenza pediatrica; 4. Attivazione PDTA SLA e messa a disposizione professionisti per monitoraggio per quanto di competenza pediatrica, qualora richiesto.		2.si 3.si 4.si
3.2.2.2.5	10.11	Autismo: Coordinare un Programma Regionale per la diagnosi precoce e la valutazione di efficacia dell'intervento precoce per i Disturbi dello Spettro Autistico (DSA).	SI	D	10		a. Evidenza della partecipazione a incontri di coordinamento con i Servizi territoriali coinvolti; b. Evidenza di pianificazione e organizzazione di eventi formativi a favore della diagnosi precoce.		a.b. si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

Responsabile:
dott. Marco Carrozzi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.5.7	10.44	Garantire i livelli di assistenza previsti dal DPCM 12 gennaio 2017 nel rispetto dei criteri di appropriatezza e perseguendo il miglioramento continuo dei risultati e degli esiti delle prestazioni: Ridurre del numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalita' diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 20% per gli adulti e del 40% per i pediatrici	SI	D	5		DH con finalita' diagnostica < 40% pediatrici		<40%
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	SI	D	5		- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale
3.5.4	12.2	Salute mentale in eta' evolutiva: Il Comitato regionale per l'assistenza pediatrica e adolescenziale collabora con l'Area competente della DCS per attuare gli obiettivi del Piano che riguardano la salute mentale in eta' evolutiva.	SI	D	10		Evidenza di collaborazione con la DCS		si
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che ne verifica la validita' gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell'ultimo triennio.	SI	D	5		1 e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell'SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

Responsabile:
dott. Marco Carrozzi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.2.2.4	13.8	SALUTE MENTALE: 1. Migliorare l'integrazione tra cure primarie e specialistiche con particolare riferimento alla presa in carico dei disturbi mentali comuni; 2. Definire di un percorso aziendale congiunto (NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure dai servizi per l'eta' evolutiva ai servizi per l'eta' adulta; 3. Utilizzare lo strumento >BIS nell'ambito di programmi terapeutico riabilitativi per l'eta' evolutiva.	SI	D	10		1. Evidenza di collaborazione con ASUITs; 2. Evidenza di collaborazione al percorso aziendale congiunto NPIA, DSM, PLS e MMG) per la definizione della fase di transizione delle cure;		1.si 2.si
3.6	3.12	RISCHIO CLINICO: Implementare le raccomandazioni ministeriali sugli eventi sentinella	NO	D			procedura implementata per: Suicidio nel paziente ricoverato (Racc. n. 4) e' stata redatta e pubblicata su intranet		si
3.6	3.13	RISCHIO CLINICO: Applicare i protocolli per la corretta identificazione del paziente	NO	D			2. Almeno 2 verifiche/anno effettuate: a) Numero di pazienti presenti al momento dell'osservazione nelle strutture di degenza con braccialetto identificativo/Numero totale dei pazienti presenti al momento dell' osservazione; b) Numero di corrette identificazioni del paziente/Numero totale delle procedure che richiedono identificazione nel periodo indice;		2. a)>= 80% b)>= 75%
3.6	3.22	RISCHIO CLINICO: Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE" 1. Attuare la strategia multimodale proposta dall'OMS; 2. Valutare le performance degli operatori mediante osservazione diretta e feedback dei risultati.	NO	D			1. Compliance > 70%		1.> 70%

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

Responsabile:
dott. Marco Carrozzi

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.29	RISCHIO CLINCO: Garantire qualita' e sicurezza nella gestione del dolore: 1. Aggiornare la procedura aziendale "Valutazione del dolore"; 2. Monitorare la valutazione e rivalutazione del dolore; 3. Formalizzare una procedura per tutte le fasi del percorso di parto-analgesia.	NO	D			2.1 standard da raggiungere: a. Numero di cartelle chiuse contenenti la scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso compilata in modo completo/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per struttura) >= 80% b. Monitoraggio quotidiano del dolore in 5 cartelle chiuse (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per struttura): Numero di cartelle con registrazione quotidiana completa del dolore/Numero cartelle selezionate >= 80% c. Numero di cartelle chiuse con presenza della rivalutazione del dolore entro 2 ore per ogni episodio con valore > 4/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per Struttura) >= 80%		2.1 abc >= 80%
3.6	3.30	RISCHIO CLINCO: violenza sugli operatori: formazione dedicata agli operatori sanitari per prevenire gli atti di violenza a loro danno	NO	D			Il personale (almeno 2 operatori per ogni Unità operativa) ha partecipato al corso di formazione.		almeno 2 operatori
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell' IRCCS.	NO	D			Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF. (coerenti con il mandato dell' IRCCS e affiliazione corretta)	Pubbl=2; IF=6	=2018 +/- 10%
3.1.17	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	NO	D			- Evidenza dell'approvazione formale della Politica aziendale e diffusione dei contenuti alla cittadinanza; - Analisi e predisposizione del cronoprogramma per il raggiungimento dei 10 passi e delle 2 raccomandazioni.		si
3.2.2.2.5	10.10	Autismo: Partecipare con i referenti aziendali al Tavolo tecnico sull'autismo	NO	D			a. Evidenza di partecipazione; b. Evidenza di collaborazione dei referenti, al monitoraggio dell'attuazione delle Linee di indirizzo per il percorso assistenziale dei disturbi dello spettro autistico in età evolutiva, di cui alla DGR 434/2017.		a.b. si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Neuropsichiatria infantile

**Responsabile:
dott. Marco Carrozzi**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.2.2.5	10.12	Disturbi del comportamento alimentare: 1. Operativita' dei Centri Diurni presso Burlo; 2. Operativita' dell'Osservatorio epidemiologico.	NO	D			1. Accordo con ASUITs e ASS2 "Disturbi del comportamento alimentare (DCA) percorso diagnostico terapeutico assistenziale per i ricoveri presso la S.C. Neuropsichiatria Infantile (NPI) dell'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo" rispettato. 2. Reportistica inviata in DCS per i minori.		1.Accordo rispettato 2.Reportistica inviata
	10.58	1. La percentuale di SDO archiviate deve essere uguale al 100% dei dimessi; 2. Le richieste di apertura delle SDO archiviate non deve superare il 3% delle SDO archiviate; 3. Le anomalie in merito alla qualita' della compilazione non devono superare in media il 10%	NO	D			1. SDO compilate =100% dei dimessi; 3. Media anomalie della qualita' della compilazione < 10% delle SDO totali.		1.=100% 3.<10%
3.5.4	12.1	Malattie complesse e/o croniche: Definire di un modello assistenziale a rete integrata che assicuri la qualita' e continuita' delle cure con predisposizione di un PDTA che preveda anche la fase di transizione, nei seguenti ambiti: 1Oncoematologia 2Malattie nefrologiche 3Malattie infiammatorie croniche intestinali 4Diabete 5Malattie neuromuscolari	NO	D			PDTA elaborato nell'ambito di competenza, qualora richiesto		si
3.2.2.3	13.7	MINORI: Partecipare/collaborare al processo di presa in carico integrata dei minori accolti in strutture residenziali e semiresidenziali.	NO	D			Evidenza di collaborazione al documento o bozza di procedura condivisa interaziendale per la presa in carico integrata di adolescenti, compresa la transizione ai servizi per l'eta' adulta.		Evidenza di collaborazione
4	15.8	Utilizzare la firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet e la cartella informatizzata	NO	D			1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata; 2. Firma digitale nella lettera di dimissione utilizzata.	1. 96% 2. 97%	1.>95% 2.>98%

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso pediatrico

Responsabile:
dott. Claudio Germani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.10	RISCHIO CLINICO: Qualita' e Sicurezza della documentazione sanitaria. 1. Verificare la corretta e completa compilazione della cartella clinica dei ricoveri ordinari e DH relativamente a: a. consenso informato chirurgico; b. consenso informato anestesilogico; c. scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso, rivalutazione quotidiana del dolore durante il periodo di degenza e dopo somministrazione di terapia condizionata; d. check list chirurgica; e. primo foglio unico di terapia. 2. Migliorare la compilazione della cartella clinica; 3. Organizzare almeno 1 evento formativo sulla corretta compilazione della documentazione sanitaria per le varie strutture	SI	D	5		2.1 Numero di cartelle chiuse in ogni Struttura di degenza contenenti tutti i documenti previsti/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura) >= 80% 2.2 Numero di cartelle chiuse in ogni struttura di degenza con i seguenti documenti compilati in modo completo/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura) >= 40% a. consenso informato chirurgico; b. consenso informato anestesilogico; c. scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e quotidianamente durante il periodo di degenza e rivalutazione dopo somministrazione di terapia condizionata; d. check list chirurgica; e. primo foglio unico di terapia.		1.>= 80% 2.>= 40%
3.6	3.13	RISCHIO CLINICO: Applicare i protocolli per la corretta identificazione del paziente	SI	D	10		2. Almeno 2 verifiche/anno effettuate: a) Numero di pazienti presenti al momento dell'osservazione nelle strutture di degenza con braccialetto identificativo/Numero totale dei pazienti presenti al momento dell' osservazione; b) Numero di corrette identificazioni del paziente/Numero totale delle procedure che richiedono identificazione nel periodo indice;		2. a)>= 80% b)>= 75%
3.6	3.26	RISCHIO CLINICO: Antimicrobial Stewardship: Organizzare l'attivita' formativa per il personale medico sui seguenti temi: - lettura dell'antibiogramma - prescrizione antibiotica mirata - linee guida regionali sulle infezioni pediatriche - sepsi associata alle pratiche assistenziali	SI	D	10		Il personale medico (almeno 1 medico per ogni Unità operativa) ha partecipato al corso di formazione		almeno 1 medico
3.6	3.30	RISCHIO CLINICO: violenza sugli operatori: formazione dedicata agli operatori sanitari per prevenire gli atti di violenza a loro danno	SI	D	10		Il personale (almeno 2 operatori per ogni Unità operativa) ha partecipato al corso di formazione.		almeno 2 operatori

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso pediatrico

Responsabile:
dott. Claudio Germani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	4.2	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS	SI	D	10		Almeno uno dei seguenti criteri soddisfatto: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato.		si/no
	4.3	Partecipare alle attivita' formative nell'ambito della metodologia della ricerca.	SI	D	10		Almeno un'unita' afferente alla struttura ha partecipato ad un corso.		Evidenza di partecipazione
	7.3	Trattamenti dati personali - conformita' al GDPR e D.lgs. 101/2018	SI	D	5		- Presenza PIA per trattamenti sanitari; - Presenza consensi previsti; - Presenza consensi al FSE in caso di implementazione dello stesso.		evidenza documentale
3.1.17	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	SI	D	10		- Evidenza dell'approvazione formale della Politica aziendale e diffusione dei contenuti alla cittadinanza; - Analisi e predisposizione del cronoprogramma per il raggiungimento dei 10 passi e delle 2 raccomandazioni.		si
	9.6	Ciclo delle competenze e neoassunto e conformita' normativa: 1. Rivedere le job description, se presenti; 2. Elaborare o aggiornare il programma di inserimento del neoassunto/neoinserito, identificando gli standard minimi; 3. Aggiornare o redigere ex novo una procedura sul ciclo completo delle competenze; 4. Nel caso delle unita' cliniche, aggiornare o redigere ex novo i privilegi dei dirigenti medici.	SI	D	5		-Conformita' alla DGR 1436/2011 e superamento verifica di rinnovo; -Conformita', se applicabile, alla ISO 9001:2015 e superamento verifica di rinnovo;		evidenza documentale
3.5.4	10.27	Formazione: promozione di attivita' formative relative alle tematiche oggetto di progettualita' per il 2019 (trasporto pediatrico, onco-ematologia, malattie nefrologiche, malattie infiammatorie croniche intestinali, diabete, malattie neuromuscolari, cure palliative).	SI	D	10		Collaborazione per la promozione di attivita' formative per quanto di competenza		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso pediatrico

Responsabile:
dott. Claudio Germani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.1.17	11.1	Partecipare al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno.	SI	D	10		80% operatori dedicati in servizio presso l'IRCCS formati.		80% operatori formati
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che ne verifica la validita' gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell'ultimo triennio.	SI	D	5		1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell'SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%
3.6	3.22	RISCHIO CLINCO: Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE" 1. Attuare la strategia multimodale proposta dall'OMS; 2. Valutare le performance degli operatori mediante osservazione diretta e feedback dei risultati.	NO	D			1. Compliance > 70%		1.> 70%
3.6	3.29	RISCHIO CLINCO: Garantire qualita' e sicurezza nella gestione del dolore: 1. Aggiornare la procedura aziendale "Valutazione del dolore"; 2. Monitorare la valutazione e rivalutazione del dolore; 3. Formalizzare una procedura per tutte le fasi del percorso di parto-analgesia.	NO	D			2.1 standard da raggiungere: a. Numero di cartelle chiuse contenenti la scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso compilata in modo completo/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per struttura) >= 80% b. Monitoraggio quotidiano del dolore in 5 cartelle chiuse (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per struttura): Numero di cartelle con registrazione quotidiana completa del dolore/Numero cartelle selezionate >= 80% c. Numero di cartelle chiuse con presenza della rivalutazione del dolore entro 2 ore per ogni episodio con valore > 4/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per Struttura) >= 80%		2.1 abc >= 80%

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso pediatrico

Responsabile:
dott. Claudio Germani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell' IRCCS.	NO	D			Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF. (coerenti con il mandato dell' IRCCS e affiliazione corretta)	Pubbl=13; IF=43	=2018 +/- 10%
3.5.2	10.21	Pronto soccorso ed urgenza emergenza: 1. Aumentare la percentuale dei pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1h rispetto al totale dei pazienti con codice verde, ad almeno 65%; 2. Aumentare la percentuale di pazienti con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto soccorso meno di 4 ore, portandola a valori superiori al 75%	NO	D			1. Percentuale di pazienti pediatrici registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1 ora rispetto al totale dei pazienti con codice verde >= 65%; 2.Percentuale di pazienti pediatrici con codice verde non inviati al ricovero che permangono in Pronto Soccorso meno di 4 ore >= 75%		1. >= 65% 2.>= 75%
3.5.4	10.25	Definire ed applicare le modalita' operative di trasporto pediatrico.	NO	D			Documento inviato in DCS		si
	10.58	1. La percentuale di SDO archiviate deve essere uguale al 100% dei dimessi; 2. Le richieste di apertura delle SDO archiviate non deve superare il 3% delle SDO archiviate; 3. Le anomalie in merito alla qualita' della compilazione non devono superare in media il 10%	NO	D			1. SDO compilate =100% dei dimessi; 3. Media anomalie della qualita' della compilazione < 10% delle SDO totali.		1.=100% 3.<10%
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	NO	D			- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale
3.1.9	14.1	Prevenzione degli incidenti domestici: 1.Divulgare il report elaborato dalla DCS 2.Continuare nell'attivita' di sensibilizzazione della popolazione nella prevenzione degli incidenti domestici.	NO	D			1. Report a DCS su attivita' di divulgazione del materiale Inviato; 2. Materiale informativo di sensibilizzazione, anche attraverso il sito web, nella prevenzione degli incidenti domestici divulgato.		1. Report inviato 2. Evidenza di materiale informativo divulgato

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Pediatria

Struttura: S.C. Pediatria d'Urgenza e Pronto Soccorso pediatrico

Responsabile:
dott. Claudio Germani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
4	15.8	Utilizzare la firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet e la cartella informatizzata	NO	D			Utilizzo della firma digitale nel Verbale SEI.	95%	>98%
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Oculistica

Responsabile:
dott. Stefano Pensiero

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.8.1	2.4	TEMPI DI ATTESA: Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.	SI	D	10		Prestazioni ambulatoriali di visita oculistica garantite secondo la priorit�: 1. priorit� B (10 giorni) 2. priorit� D (30 giorni) 3. priorit� P (180 giorni)		1. >=95% 2. >=90% 3.>=85%
3.6	3.9	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure dell'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	D	5		2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		si
3.6	3.10	RISCHIO CLINICO: Qualita' e Sicurezza della documentazione sanitaria. 1. Verificare la corretta e completa compilazione della cartella clinica dei ricoveri ordinari e DH relativamente a: a. consenso informato chirurgico; b. consenso informato anestesiológico; c. scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso, rivalutazione quotidiana del dolore durante il periodo di degenza e dopo somministrazione di terapia condizionata; d. check list chirurgica; e. primo foglio unico di terapia. 2. Migliorare la compilazione della cartella clinica; 3. Organizzare almeno 1 evento formativo sulla corretta compilazione della documentazione sanitaria per le varie strutture	SI	D	5		2.1 Numero di cartelle chiuse in ogni Struttura di degenza contenenti tutti i documenti previsti/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura) >= 80% 2.2 Numero di cartelle chiuse in ogni struttura di degenza con i seguenti documenti compilati in modo completo/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura) >= 40% a. consenso informato chirurgico; b. consenso informato anestesiológico; c. scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e quotidianamente durante il periodo di degenza e rivalutazione dopo somministrazione di terapia condizionata; d. check list chirurgica; e. primo foglio unico di terapia.		1.>= 80% 2.>= 40%
3.6	3.26	RISCHIO CLINICO: Antimicrobial Stewardship: Organizzare l'attivita' formativa per il personale medico sui seguenti temi: - lettura dell'antibiogramma - prescrizione antibiotica mirata - linee guida regionali sulle infezioni pediatriche - sepsi associata alle pratiche assistenziali	SI	D	5		Il personale medico (almeno 1 medico per ogni Unit� operativa) ha partecipato al corso di formazione		almeno 1 medico
	4.2	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS	SI	D	10		Almeno uno dei seguenti criteri soddisfatto: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato.		si/no

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Oculistica

**Responsabile:
dott. Stefano Pensiero**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	4.3	Partecipare alle attivita' formative nell'ambito della metodologia della ricerca.	SI	D	5		Almeno un'unita' afferente alla struttura ha partecipato ad un corso.		Evidenza di partecipazione
3.3.9	6.6	Garantire la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM.	SI	D	5		Il 90% delle prescrizioni di farmaci destinate alla distribuzione diretta sono inseriti in PSM.		>=90%
	7.3	Trattamenti dati personali - conformita' al GDPR e D.lgs. 101/2018	SI	D	5		- Presenza PIA per trattamenti sanitari; - Presenza consensi previsti; - Presenza consensi al FSE in caso di implementazione dello stesso.		evidenza documentale
	9.6	Ciclo delle competenze e neoassunto e conformita' normativa: 1. Rivedere le job description, se presenti; 2. Elaborare o aggiornare il programma di inserimento del neoassunto/neoinserito, identificando gli standard minimi; 3. Aggiornare o redigere ex novo una procedura sul ciclo completo delle competenze; 4. Nel caso delle unita' cliniche, aggiornare o redigere ex novo i privilegi dei dirigenti medici.	SI	D	5		-Conformita' alla DGR 1436/2011 e superamento verifica di rinnovo; -Conformita', se applicabile, alla ISO 9001:2015 e superamento verifica di rinnovo;		evidenza documentale
3.5.4	10.26	Consolidare il modello previsto per la Chirurgia pediatrica e proposta di un modello per la chirurgia specialistica in ambito pediatrico.	SI	D	10		-Evidenza di analisi dell attivita' delle cliniche specialiste in FVG		si
3.5.7	10.44	Garantire i livelli di assistenza previsti dal DPCM 12 gennaio 2017 nel rispetto dei criteri di appropriatezza e perseguendo il miglioramento continuo dei risultati e degli esiti delle prestazioni: Ridurre del numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalita' diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 20% per gli adulti e del 40% per i pediatrici	SI	D	10		DH con finalita' diagnostica < 40% pediatrici		<40%

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Oculistica

Responsabile:
dott. Stefano Pensiero

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	10.54	Ottimizzare le risorse assegnate alle attivita' chirurgiche	SI	D	10		1. Corretta e completa compilazione del Registro Operatorio - entro il mese successivo il 100% delle schede del Registro Operatorio sono complete. 2. Per i pazienti in elezione con rischio ASA1 incisione della cute entro le ore 9		1. 100% 2. >=90%
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	SI	D	5		- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che neverifica la validita'gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell' ultimo triennio.	SI	D	5		1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della strutturao evidenza di attestato previa validazione del SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%
3.3.9	15.1	PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA: Garantire il ricorso alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 65% di tutti pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalita' prescrittive	SI	D	5		% PT informatizzati per medicinali soggetti a nota AIFA 39 o 74 >= 65% rispetto al totale dei PT redatti dall'IRCCS % di PT informatizzati (> 65%) calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (informatizzati + cartacei) e comunicato a fine anno alla DCS, per i medicinali indicati.		si
3.6	3.13	RISCHIO CLINICO: Applicare i protocolli per la corretta identificazione del paziente	NO	D			2. Almeno 2 verifiche/anno effettuate: a) Numero di pazienti presenti al momento dell'osservazione nelle strutture di degenza con braccialetto identificativo/Numero totale dei pazienti presenti al momento dell' osservazione; b) Numero di corrette identificazioni del paziente/Numero totale delle procedure che richiedono identificazione nel periodo indice;		2. a)>= 80% b)>= 75%

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Oculistica

Responsabile:
dott. Stefano Pensiero

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.22	RISCHIO CLINCO: Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE" 1. Attuare la strategia multimodale proposta dall'OMS; 2. Valutare le performance degli operatori mediante osservazione diretta e feedback dei risultati.	NO	D			1. Compliance > 70%		1.> 70%
3.6	3.29	RISCHIO CLINCO: Garantire qualita' e sicurezza nella gestione del dolore: 1. Aggiornare la procedura aziendale "Valutazione del dolore"; 2. Monitorare la valutazione e rivalutazione del dolore; 3. Formalizzare una procedura per tutte le fasi del percorso di parto-analgesia.	NO	D			2.1 standard da raggiungere: a. Numero di cartelle chiuse contenenti la scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso compilata in modo completo/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per struttura) >= 80% b. Monitoraggio quotidiano del dolore in 5 cartelle chiuse (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per struttura): Numero di cartelle con registrazione quotidiana completa del dolore/Numero cartelle selezionate >= 80% c. Numero di cartelle chiuse con presenza della rivalutazione del dolore entro 2 ore per ogni episodio con valore > 4/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per Struttura) >= 80%		2.1 abc >= 80%
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell' IRCCS.	NO	D			Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF. (coerenti con il mandato dell' IRCCS e affiliazione corretta)	Pubbl=1; IF=3	=2018 +/- 10%
3.1.17	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	NO	D			- Evidenza dell'approvazione formale della Politica aziendale e diffusione dei contenuti alla cittadinanza; - Analisi e predisposizione del cronoprogramma per il raggiungimento dei 10 passi e delle 2 raccomandazioni.		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Oculistica

Responsabile:
dott. Stefano Pensiero

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	10.58	1. La percentuale di SDO archiviate deve essere uguale al 100% dei dimessi; 2. Le richieste di apertura delle SDO archiviate non deve superare il 3% delle SDO archiviate; 3. Le anomalie in merito alla qualita' della compilazione non devono superare in media il 10%	NO	D			1. SDO compilate =100% dei dimessi; 3. Media anomalie della qualita' della compilazione < 10% delle SDO totali.		1.=100% 3.<10%
4	15.8	Utilizzare la firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet e la cartella informatizzata	NO	D			1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata; 2. Firma digitale nella lettera di dimissione utilizzata.	1. 91% 2. 97%	1.>95% 2.>98%
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.S.D. Odontostomatologia

Responsabile:
prof.ssa Milena Cadenaro

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.9	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure del'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	D	5		2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.	si	
3.6	3.12	RISCHIO CLINICO: Implementare le raccomandazioni ministeriali sugli eventi sentinella	SI	D	5		procedura implementata per: Osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati (racc. n. 10) e' stata redatta e pubblicata su intranet	si	
3.6	3.26	RISCHIO CLINICO: Antimicrobial Stewardship: Organizzare l'attivita' formativa per il personale medico sui seguenti temi: - lettura dell'antibiogramma - prescrizione antibiotica mirata - linee guida regionali sulle infezioni pediatriche - sepsi associata alle pratiche assistenziali	SI	D	5		Il personale medico (almeno 1 medico per ogni Unità operativa) ha partecipato al corso di formazione	almeno 1 medico	
	4.2	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS	SI	D	5		Almeno uno dei seguenti criteri soddisfatto: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato.	si/no	
	4.3	Partecipare alle attivita' formative nell'ambito della metodologia della ricerca.	SI	D	10		Almeno un'unita' afferente alla struttura ha partecipato ad un corso.	Evidenza di partecipazione	
3.3.9	6.6	Garantire la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM.	SI	D	5		Il 90% delle prescrizioni di farmaci destinate alla distribuzione diretta sono inseriti in PSM.	>=90%	
	7.3	Trattamenti dati personali - conformita' al GDPR e D.lgs. 101/2018	SI	D	5		- Presenza PIA per trattamenti sanitari; - Presenza consensi previsti; - Presenza consensi al FSE in caso di implementazione dello stesso.	evidenza documentale	

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.S.D. Odontostomatologia

Responsabile:
prof.ssa Milena Cadenaro

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	9.6	Ciclo delle competenze e neoassunto e conformita' normativa: 1. Rivisitare le job description, se presenti; 2. Elaborare o aggiornare il programma di inserimento del neoassunto/neoinserito, identificando gli standard minimi; 3. Aggiornare o redigere ex novo una procedura sul ciclo completo delle competenze; 4. Nel caso delle unita' cliniche, aggiornare o redigere ex novo i privilegi dei dirigenti medici.	SI	D	5		-Conformita' alla DGR 1436/2011 e superamento verifica di rinnovo; -Conformita', se applicabile, alla ISO 9001:2015 e superamento verifica di rinnovo;		evidenza documentale
3.2.4	10.19	ODONTOIATRIA PUBBLICA: Erogare attivita' a pagamento su pazienti selezionati	SI	D	10		Evidenza dell'attivita' svolta.		si
3.5.7	10.44	Garantire i livelli di assistenza previsti dal DPCM 12 gennaio 2017 nel rispetto dei criteri di appropriatezza e perseguendo il miglioramento continuo dei risultati e degli esiti delle prestazioni: Ridurre del numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalita' diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 20% per gli adulti e del 40% per i pediatrici	SI	D	5		DH con finalita' diagnostica < 40% pediatrici		<40%
	10.54	Ottimizzare le risorse assegnate alle attivita' chirurgiche	SI	D	10		1. Corretta e completa compilazione del Registro Operatorio - entro il mese successivo il 100% delle schede del Registro Operatorio sono complete. 2. Per i pazienti in elezione con rischio ASA1 incisione della cute entro le ore 9		1. 100% 2. >=90%
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che ne verifica la validita' gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell'ultimo triennio.	SI	D	5		1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.S.D. Odontostomatologia

Responsabile:
prof.ssa Milena Cadenaro

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.2.4	13.10	ODONTOIATRIA PUBBLICA: 1. Mantenere media aziendale di prestazioni erogate/ora odontoiatra al livello raggiunto nel 2018 nelle Aziende con valore > 1.5 2. Mantenere la media aziendale annua di prestazioni/riunito non inferiore a 1400 3. Mantenere la % aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate al valore del 2018 nelle Aziende che hanno raggiunto l'obiettivo o Ridurre di almeno il 5% (rispetto al risultato ottenuto nel 2018) nelle Aziende che non hanno raggiunto l'obiettivo.	SI	D	10		1. Media aziendale prestazioni erogate/ora >1,5; 2. 1400 prestazioni /anno erogate; 3. % aziendale di visite sul totale delle prestazioni erogate al valore del 2018 nelle Aziende (se hanno raggiunto l'obiettivo e' mantenuto e deve essere ridotta di almeno il 5% (rispetto al 2018) nel caso in cui non sia stato raggiunto l'obiettivo)		1. >1,5 2. >=1400 3.mantenimento
3.2.4	13.11	ODONTOIATRIA PUBBLICA: Dare comunicazione trimestrale sulle liste di attesa e tutte le informazioni previste dalla convenzione	SI	D	10		Liste di attesa e le informazioni previste dalla convenzione trimestralmente comunicate.		trimestralmente
3.3.9	15.1	PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA: Garantire il ricorso alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 65% di tutti pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalita' prescrittive	SI	D	5		% PT informatizzati per medicinali soggetti a nota AIFA 39 o 74 >= 65% rispetto al totale dei PT redatti dall'IRCCS % di PT informatizzati (> 65%) calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (informatizzati + cartacei) e comunicato a fine anno alla DCS, per i medicinali indicati.		si
3.6	3.13	RISCHIO CLINICO: Applicare i protocolli per la corretta identificazione del paziente	NO	D			2. Almeno 2 verifiche/anno effettuate: a) Numero di pazienti presenti al momento dell'osservazione nelle strutture di degenza con braccialetto identificativo/Numero totale dei pazienti presenti al momento dell' osservazione; b) Numero di corrette identificazioni del paziente/Numero totale delle procedure che richiedono identificazione nel periodo indice;		2. a)>= 80% b)>= 75%

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.S.D. Odontostomatologia

Responsabile:
prof.ssa Milena Cadenaro

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.22	RISCHIO CLINICO: Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE" 1. Attuare la strategia multimodale proposta dall'OMS; 2. Valutare le performance degli operatori mediante osservazione diretta e feedback dei risultati.	NO	D			1. Compliance > 70%		1.> 70%
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell' IRCCS.	NO	D			Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF. (coerenti con il mandato dell' IRCCS e affiliazione corretta)	Pubbl=2; IF=10	=2018 +/- 10%
3.1.17	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	NO	D			- Evidenza dell'approvazione formale della Politica aziendale e diffusione dei contenuti alla cittadinanza; - Analisi e predisposizione del cronoprogramma per il raggiungimento dei 10 passi e delle 2 raccomandazioni.		si
	9.8	Diminuire il numero di reclami di carattere relazionale.	NO	D			Numero di reclami di carattere relazionale inferiori rispetto al 2018.		< 2018
3.5.4	10.29	Omogeneizzare la modulistica cartacea della cartella clinica di ricovero e ambulatoriale pediatrica in previsione dell'informatizzazione	NO	D			Evidenza di omogeneizzazione della modulistica cartacea della cartella clinica di ricovero e ambulatoriale pediatrica in previsione dell'informatizzazione in accordo con le aziende regionali		si
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	NO	D			- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.S.D. Odontostomatologia

Responsabile:
prof.ssa Milena Cadenaro

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.2.4	13.12	ODONTOIATRIA PUBBLICA: Attivare la cartella clinica elettronica entro il 31.1.19	NO	D			Evidenza di attivazione secondo le tempistiche che verranno comunicate		secondo le tempistiche che verranno comunicate
4	15.8	Utilizzare la firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet e la cartella informatizzata	NO	D			1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata; 2. Firma digitale nella lettera di dimissione utilizzata.	1. 89% 2. 89%	1.>95% 2.>98%
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Chirurgia

Responsabile:
dott. Jurgen Schlee

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.8.1	2.4	TEMPI DI ATTESA: Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.	SI	D	10		Prestazioni ambulatoriali di visita urologica garantite secondo la priorit�: 1. priorit� B (10 giorni) 2. priorit� D (30 giorni) 3. priorit� P (180 giorni)		1. >=95% 2. >=90% 3.>=85%
3.8.1	2.5	TEMPI DI ATTESA: Garantire il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici.	SI	D	10		Per i seguenti interventi: - biopsia del fegato; - riparazione di ernia inguinale; - neoplasia del rene. le seguenti priorit� sono rispettate 1.priorit� A (30 giorni) 2.priorit� B (60 giorni) 3.priorit� C (180 giorni)		1.>=95% 2.>=90% 3.>=90%
3.6	3.9	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure del'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	D	5		2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		si
3.6	3.10	RISCHIO CLINICO: Qualit� e Sicurezza della documentazione sanitaria. 1. Verificare la corretta e completa compilazione della cartella clinica dei ricoveri ordinari e DH relativamente a: a. consenso informato chirurgico; b. consenso informato anestesilogico; c. scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso, rivalutazione quotidiana del dolore durante il periodo di degenza e dopo somministrazione di terapia condizionata; d. check list chirurgica; e. primo foglio unico di terapia. 2. Migliorare la compilazione della cartella clinica; 3. Organizzare almeno 1 evento formativo sulla corretta compilazione della documentazione sanitaria per le varie strutture	SI	D	5		2.1 Numero di cartelle chiuse in ogni Struttura di degenza contenenti tutti i documenti previsti/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura) >= 80% 2.2 Numero di cartelle chiuse in ogni struttura di degenza con i seguenti documenti compilati in modo completo/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura) >= 40% a. consenso informato chirurgico; b. consenso informato anestesilogico; c. scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e quotidianamente durante il periodo di degenza e rivalutazione dopo somministrazione di terapia condizionata; d. check list chirurgica; e. primo foglio unico di terapia.		1.>= 80% 2.>= 40%
3.6	3.26	RISCHIO CLINICO: Antimicrobial Stewardship: Organizzare l'attivit� formativa per il personale medico sui seguenti temi: - lettura dell'antibiogramma - prescrizione antibiotica mirata - linee guida regionali sulle infezioni pediatriche - sepsi associata alle pratiche assistenziali	SI	D	5		Il personale medico (almeno 1 medico per ogni Unit� operativa) ha partecipato al corso di formazione		almeno 1 medico

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Chirurgia

Responsabile:
dott. Jurgen Schlee

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	4.2	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS	SI	D	5		Almeno uno dei seguenti criteri soddisfatto: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato.		si/no
	4.3	Partecipare alle attivita' formative nell'ambito della metodologia della ricerca.	SI	D	5		Almeno un'unita' afferente alla struttura ha partecipato ad un corso.		Evidenza di partecipazione
3.3.9	6.6	Garantire la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM.	SI	D	5		Il 90% delle prescrizioni di farmaci destinate alla distribuzione diretta sono inseriti in PSM.		>=90%
	7.3	Trattamenti dati personali - conformita' al GDPR e D.lgs. 101/2018	SI	D	5		- Presenza PIA per trattamenti sanitari; - Presenza consensi previsti; - Presenza consensi al FSE in caso di implementazione dello stesso.		evidenza documentale
	9.6	Ciclo delle competenze e neoassunto e conformita' normativa: 1. Rivisitare le job description, se presenti; 2. Elaborare o aggiornare il programma di inserimento del neoassunto/neoinserito, identificando gli standard minimi; 3. Aggiornare o redigere ex novo una procedura sul ciclo completo delle competenze; 4. Nel caso delle unita' cliniche, aggiornare o redigere ex novo i privilegi dei dirigenti medici.	SI	D	5		-Conformita' alla DGR 1436/2011 e superamento verifica di rinnovo; -Conformita', se applicabile, alla ISO 9001:2015 e superamento verifica di rinnovo;		evidenza documentale
3.5.7	10.44	Garantire i livelli di assistenza previsti dal DPCM 12 gennaio 2017 nel rispetto dei criteri di appropriatezza e perseguendo il miglioramento continuo dei risultati e degli esiti delle prestazioni: Ridurre del numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalita' diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 20% per gli adulti e del 40% per i pediatrici	SI	D	5		DH con finalita' diagnostica < 40% pediatrici		<40%

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Chirurgia

Responsabile:
dott. Jurgen Schleeef

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	10.54	Ottimizzare le risorse assegnate alle attivita' chirurgiche	SI	D	10		1. Corretta e completa compilazione del Registro Operatorio - entro il mese successivo il 100% delle schede del Registro Operatorio sono complete. 2. Per i pazienti in elezione con rischio ASA1 incisione della cute entro le ore 9		1. 100% 2. >=90%
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	SI	D	5		- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che neverifica la validita'gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell' ultimo triennio.	SI	D	5		1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione del SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%
3.3.9	15.1	PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA: Garantire il ricorso alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 65% di tutti pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalita' prescrittive	SI	D	5		% PT informatizzati per medicinali soggetti a nota AIFA 39 o 74 >= 65% rispetto al totale dei PT redatti dall'IRCCS % di PT informatizzati (> 65%) calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (informatizzati + cartacei) e comunicato a fine anno alla DCS, per i medicinali indicati.		si
4	15.8	Utilizzare la firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet e la cartella informatizzata	SI	D	10		1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata; 2. Firma digitale nella lettera di dimissione utilizzata.	1.77% 2.90%	1.>95% 2.>98%

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Chirurgia

**Responsabile:
dott. Jurgen Schlee**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.13	RISCHIO CLINICO: Applicare i protocolli per la corretta identificazione del paziente	NO	D			2. Almeno 2 verifiche/anno effettuate: a) Numero di pazienti presenti al momento dell'osservazione nelle strutture di degenza con braccialetto identificativo/Numero totale dei pazienti presenti al momento dell' osservazione; b) Numero di corrette identificazioni del paziente/Numero totale delle procedure che richiedono identificazione nel periodo indice;		2. a)>= 80% b)>= 75%
3.6	3.22	RISCHIO CLINICO: Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE" 1. Attuare la strategia multimodale proposta dall'OMS; 2. Valutare le performance degli operatori mediante osservazione diretta e feedback dei risultati.	NO	D			1. Compliance > 70%		1.> 70%
3.6	3.29	RISCHIO CLINICO: Garantire qualita' e sicurezza nella gestione del dolore: 1. Aggiornare la procedura aziendale "Valutazione del dolore"; 2. Monitorare la valutazione e rivalutazione del dolore; 3. Formalizzare una procedura per tutte le fasi del percorso di parto-analgesia.	NO	D			2.1 standard da raggiungere: a. Numero di cartelle chiuse contenenti la scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso compilata in modo completo/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per struttura) >= 80% b. Monitoraggio quotidiano del dolore in 5 cartelle chiuse (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per struttura): Numero di cartelle con registrazione quotidiana completa del dolore/Numero cartelle selezionate >= 80% c. Numero di cartelle chiuse con presenza della rivalutazione del dolore entro 2 ore per ogni episodio con valore > 4/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per Struttura) >= 80%		2.1 abc >= 80%
3.6	3.30	RISCHIO CLINICO: violenza sugli operatori: formazione dedicata agli operatori sanitari per prevenire gli atti di violenza a loro danno	NO	D			Il personale (almeno 2 operatori per ogni Unità operativa) ha partecipato al corso di formazione.		almeno 2 operatori

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Chirurgia

**Responsabile:
dott. Jurgen Schleef**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell' IRCCS.	NO	D			Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF. (coerenti con il mandato dell' IRCCS e affiliazione corretta)	Pubbl=8; IF=44	=2018 +/- 10%
3.1.17	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	NO	D			- Evidenza dell'approvazione formale della Politica aziendale e diffusione dei contenuti alla cittadinanza; - Analisi e predisposizione del cronoprogramma per il raggiungimento dei 10 passi e delle 2 raccomandazioni.		si
3.5.4	10.26	Consolidare il modello previsto per la Chirurgia pediatrica e proposta di un modello per la chirurgia specialistica in ambito pediatrico.	NO	D			-Evidenza di analisi dell attivita' delle cliniche specialiste in FVG		si
3.5.4	10.29	Omogeneizzare la modulistica cartacea della cartella clinica di ricovero e ambulatoriale pediatrica in previsione dell'informatizzazione	NO	D			Evidenza di omogeneizzazione della modulistica cartacea della cartella clinica di ricovero e ambulatoriale pediatrica in previsione dell'informatizzazione in accordo con le aziende regionali		si
	10.58	1. La percentuale di SDO archiviate deve essere uguale al 100% dei dimessi; 2. Le richieste di apertura delle SDO archiviate non deve superare il 3% delle SDO archiviate; 3. Le anomalie in merito alla qualita' della compilazione non devono superare in media il 10%	NO	D			1. SDO compilate =100% dei dimessi; 3. Media anomalie della qualita' della compilazione < 10% delle SDO totali.		1.=100% 3.<10%
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Otorinolaringoiatria e Audiologia

Responsabile:
dott.ssa Eva Orzan

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.8.1	2.4	TEMPI DI ATTESA: Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.	SI	D	10		Prestazioni ambulatoriali di visita orl garantite secondo la priorit�: 1. priorit� B (10 giorni) 2. priorit� D (30 giorni) 3. priorit� P (180 giorni)		1. >=95% 2. >=90% 3.>=85%
3.8.1	2.5	TEMPI DI ATTESA: Garantire il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici.	SI	D	10		1. Per l'intervento di tonsillectomia le seguenti priorit� sono rispettate: a.priorit� A (30 giorni); b.priorit� B (60 giorni); c.priorit� C (180 giorni). 2. a. Relazione sull'attivita' chirurgica di tonsillectomia svolta a livello regionale (i dati verranno trasmessi dalla SCR Epidemiologia); b. Definizione sui tavoli regionali di commesse di produzione tra le diverse AAS regionali, in collaborazione con la DCS; c. Incrementazione delle sedute operatorie nel rispetto delle sedute assegnate.		1a.>=95% 1b.>=90% 1c.>=90% 2 a.b.c. SI
3.6	3.9	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure del'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	D	5		2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		si
3.6	3.10	RISCHIO CLINICO: Qualita' e Sicurezza della documentazione sanitaria. 1. Verificare la corretta e completa compilazione della cartella clinica dei ricoveri ordinari e DH relativamente a: a. consenso informato chirurgico; b. consenso informato anestesilogico; c. scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso, rivalutazione quotidiana del dolore durante il periodo di degenza e dopo somministrazione di terapia condizionata; d. check list chirurgica; e. primo foglio unico di terapia. 2. Migliorare la compilazione della cartella clinica; 3. Organizzare almeno 1 evento formativo sulla corretta compilazione della documentazione sanitaria per le varie strutture	SI	D	5		2.1 Numero di cartelle chiuse in ogni Struttura di degenza contenenti tutti i documenti previsti/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura) >= 80% 2.2 Numero di cartelle chiuse in ogni struttura di degenza con i seguenti documenti compilati in modo completo/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura) >= 40% a. consenso informato chirurgico; b. consenso informato anestesilogico; c. scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e quotidianamente durante il periodo di degenza e rivalutazione dopo somministrazione di terapia condizionata; d. check list chirurgica; e. primo foglio unico di terapia.		1.>= 80% 2.>= 40%

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Otorinolaringoiatria e Audiologia

Responsabile:
dott.ssa Eva Orzan

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.26	RISCHIO CLINCO: Antimicrobial Stewardship: Organizzare l'attivita' formativa per il personale medico sui seguenti temi: - lettura dell'antibiogramma - prescrizione antibiotica mirata - linee guida regionali sulle infezioni pediatriche - sepsi associata alle pratiche assistenziali	SI	D	10		Il personale medico (almeno 1 medico per ogni Unità operativa) ha partecipato al corso di formazione		almeno 1 medico
	4.2	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS	SI	D	5		Almeno uno dei seguenti criteri soddisfatto: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato.		si/no
	4.3	Partecipare alle attivita' formative nell'ambito della metodologia della ricerca.	SI	D	10		Almeno un'unita' afferente alla struttura ha partecipato ad un corso.		Evidenza di partecipazione
3.3.9	6.6	Garantire la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM.	SI	D	5		Il 90% delle prescrizioni di farmaci destinate alla distribuzione diretta sono inseriti in PSM.		>=90%
	7.3	Trattamenti dati personali - conformita' al GDPR e D.lgs. 101/2018	SI	D	5		- Presenza PIA per trattamenti sanitari; - Presenza consensi previsti; - Presenza consensi al FSE in caso di implementazione dello stesso.		evidenza documentale
	9.6	Ciclo delle competenze e neoassunto e conformita' normativa: 1. Rivedere le job description, se presenti; 2. Elaborare o aggiornare il programma di inserimento del neoassunto/neoinserito, identificando gli standard minimi; 3. Aggiornare o redigere ex novo una procedura sul ciclo completo delle competenze; 4. Nel caso delle unita' cliniche, aggiornare o redigere ex novo i privilegi dei dirigenti medici.	SI	D	5		-Conformita' alla DGR 1436/2011 e superamento verifica di rinnovo; -Conformita', se applicabile, alla ISO 9001:2015 e superamento verifica di rinnovo;		evidenza documentale
3.5.4	10.26	Consolidare il modello previsto per la Chirurgia pediatrica e proposta di un modello per la chirurgia specialistica in ambito pediatrico.	SI	D	5		-Evidenza di analisi dell'attivita' delle cliniche specialiste in FVG		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Otorinolaringoiatria e Audiologia

Responsabile:
dott.ssa Eva Orzan

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.5.7	10.44	Garantire i livelli di assistenza previsti dal DPCM 12 gennaio 2017 nel rispetto dei criteri di appropriatezza e perseguendo il miglioramento continuo dei risultati e degli esiti delle prestazioni: Ridurre del numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalita' diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 20% per gli adulti e del 40% per i pediatrici	SI	D	5		DH con finalita' diagnostica < 40% pediatrici		<40%
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che neverifica la validita' gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell' ultimo triennio.	SI	D	5		1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%
3.3.9	15.1	PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA: Garantire il ricorso alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 65% di tutti pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalita' prescrittive	SI	D	5		% PT informatizzati per medicinali soggetti a nota AIFA 39 o 74 >= 65% rispetto al totale dei PT redatti dall'IRCCS % di PT informatizzati (> 65%) calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (informatizzati + cartacei) e comunicato a fine anno alla DCS, per i medicinali indicati.		si
4	15.8	Utilizzare la firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet e la cartella informatizzata	SI	D	10		1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata; 2. Firma digitale nella lettera di dimissione utilizzata.	1.69% 2.26%	1.>95% 2.>98%

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Otorinolaringoiatria e Audiologia

Responsabile:
dott.ssa Eva Orzan

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.13	RISCHIO CLINICO: Applicare i protocolli per la corretta identificazione del paziente	NO	D			2. Almeno 2 verifiche/anno effettuate: a) Numero di pazienti presenti al momento dell'osservazione nelle strutture di degenza con braccialetto identificativo/Numero totale dei pazienti presenti al momento dell' osservazione; b) Numero di corrette identificazioni del paziente/Numero totale delle procedure che richiedono identificazione nel periodo indice;		2. a)>= 80% b)>= 75%
3.6	3.22	RISCHIO CLINICO: Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE" 1. Attuare la strategia multimodale proposta dall'OMS; 2. Valutare le performance degli operatori mediante osservazione diretta e feedback dei risultati.	NO	D			1. Compliance > 70%		1.> 70%
3.6	3.29	RISCHIO CLINICO: Garantire qualita' e sicurezza nella gestione del dolore: 1. Aggiornare la procedura aziendale "Valutazione del dolore"; 2. Monitorare la valutazione e rivalutazione del dolore; 3. Formalizzare una procedura per tutte le fasi del percorso di parto-analgesia.	NO	D			2.1 standard da raggiungere: a. Numero di cartelle chiuse contenenti la scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso compilata in modo completo/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per struttura) >= 80% b. Monitoraggio quotidiano del dolore in 5 cartelle chiuse (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per struttura): Numero di cartelle con registrazione quotidiana completa del dolore/Numero cartelle selezionate >= 80% c. Numero di cartelle chiuse con presenza della rivalutazione del dolore entro 2 ore per ogni episodio con valore > 4/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per Struttura) >= 80%		2.1 abc >= 80%
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell' IRCCS.	NO	D			Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF. (coerenti con il mandato dell' IRCCS e affiliazione corretta)	Pubbl=6; IF=17	=2018 +/- 10%

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Otorinolaringoiatria e Audiologia

Responsabile:
dott.ssa Eva Orzan

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.1.17	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	NO	D			- Evidenza dell'approvazione formale della Politica aziendale e diffusione dei contenuti alla cittadinanza; - Analisi e predisposizione del cronoprogramma per il raggiungimento dei 10 passi e delle 2 raccomandazioni.		si
3.2.1.3	10.6	Riabilitazione: 1. Individuare professionisti per l'avvio dei lavori sul Piano Regionale della Riabilitazione; 2. Monitorare le attivita' dei gruppi integrati neuromuscolari (GIN); 3. Organizzare un evento formativo sul PDTA per la sclerosi multipla; 4. Approvare il PDTA Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e avvio dei lavori di monitoraggio del PDTA; 5. Individuare professionisti per l'avvio dei lavori sul PDTA riabilitazione oncologica;	NO	D			1. Messa a disposizione dei professionisti individuati al gruppo di lavoro sul Piano Regionale della Riabilitazione, in particolare nell'ambito dell'audiologia e dell'oftalmologia e riabilitazione del pavimento pelvico.		si
3.2.1.4	10.9	Continuare i lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica e per la formazione dei professionisti sanitari.	NO	D			1. Evidenza dell'attuazione delle nuove procedure di erogazione dell'assistenza protesica; 2. Percorsi semplificati stabiliti da nuove linee di indirizzo regionali attivati.		1. si 2. si
3.5.4	10.29	Omogeneizzare la modulistica cartacea della cartella clinica di ricovero e ambulatoriale pediatrica in previsione dell'informatizzazione	NO	D			Evidenza di omogeneizzazione della modulistica cartacea della cartella clinica di ricovero e ambulatoriale pediatrica in previsione dell'informatizzazione in accordo con le aziende regionali		si
3.7	10.42	RETE HPH: PAZIENTI: informare tutti i soggetti fumatori ai quali viene programmato un intervento chirurgico: - sui benefici della sospensione del fumo nelle settimane precedenti e successive; - sulla guarigione dopo intervento chirurgico; - vengono invitati all'astensione.	NO	D			Informativa redatta e distribuita		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Otorinolaringoiatria e Audiologia

Responsabile:
dott.ssa Eva Orzan

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	10.58	1. La percentuale di SDO archiviate deve essere uguale al 100% dei dimessi; 2. Le richieste di apertura delle SDO archiviate non deve superare il 3% delle SDO archiviate; 3. Le anomalie in merito alla qualita' della compilazione non devono superare in media il 10%	NO	D			1. SDO compilate =100% dei dimessi; 3. Media anomalie della qualita' della compilazione < 10% delle SDO totali.		1.=100% 3.<10%
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	NO	D			- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Ortopedia e Traumatologia

Responsabile:
dott. Marco Carbone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.8.1	2.4	TEMPI DI ATTESA: Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.	SI	D	10		Prestazioni ambulatoriali di visita ortopedica garantite secondo la priorit�: 1. priorit� B (10 giorni) 2. priorit� D (30 giorni) 3. priorit� P (180 giorni)		1. >=95% 2. >=90% 3.>=85%
3.6	3.9	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure dell'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	D	5		2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		si
3.6	3.10	RISCHIO CLINICO: Qualita' e Sicurezza della documentazione sanitaria. 1. Verificare la corretta e completa compilazione della cartella clinica dei ricoveri ordinari e DH relativamente a: a. consenso informato chirurgico; b. consenso informato anestesilogico; c. scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso, rivalutazione quotidiana del dolore durante il periodo di degenza e dopo somministrazione di terapia condizionata; d. check list chirurgica; e. primo foglio unico di terapia. 2. Migliorare la compilazione della cartella clinica; 3. Organizzare almeno 1 evento formativo sulla corretta compilazione della documentazione sanitaria per le varie strutture	SI	D	5		2.1 Numero di cartelle chiuse in ogni Struttura di degenza contenenti tutti i documenti previsti/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura) >= 80% 2.2 Numero di cartelle chiuse in ogni struttura di degenza con i seguenti documenti compilati in modo completo/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura) >= 40% a. consenso informato chirurgico; b. consenso informato anestesilogico; c. scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e quotidianamente durante il periodo di degenza e rivalutazione dopo somministrazione di terapia condizionata; d. check list chirurgica; e. primo foglio unico di terapia.		1.>= 80% 2.>= 40%
3.6	3.22	RISCHIO CLINICO: Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE" 1. Attuare la strategia multimodale proposta dall'OMS; 2. Valutare le performance degli operatori mediante osservazione diretta e feedback dei risultati.	SI	D	10		1. Compliance > 70%		1.> 70%

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Ortopedia e Traumatologia

Responsabile:
dott. Marco Carbone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.26	RISCHIO CLINCO: Antimicrobial Stewardship: Organizzare l'attivita' formativa per il personale medico sui seguenti temi: - lettura dell'antibiogramma - prescrizione antibiotica mirata - linee guida regionali sulle infezioni pediatriche - sepsi associata alle pratiche assistenziali	SI	D	5		Il personale medico (almeno 1 medico per ogni Unità operativa) ha partecipato al corso di formazione		almeno 1 medico
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell' IRCCS.	SI	D	5		Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF. (coerenti con il mandato dell' IRCCS e affiliazione corretta)	Pubbl=3; IF=12	=2018 +/- 10%
	4.3	Partecipare alle attivita' formative nell'ambito della metodologia della ricerca.	SI	D	10		Almeno un'unita' afferente alla struttura ha partecipato ad un corso.		Evidenza di partecipazione
3.3.9	6.6	Garantire la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM.	SI	D	5		Il 90% delle prescrizioni di farmaci destinate alla distribuzione diretta sono inseriti in PSM.		>=90%
	7.3	Trattamenti dati personali - conformita' al GDPR e D.lgs. 101/2018	SI	D	5		- Presenza PIA per trattamenti sanitari; - Presenza consensi previsti; - Presenza consensi al FSE in caso di implementazione dello stesso.		evidenza documentale
	9.6	Ciclo delle competenze e neoassunto e conformita' normativa: 1. Rivedere le job description, se presenti; 2. Elaborare o aggiornare il programma di inserimento del neoassunto/neoinserito, identificando gli standard minimi; 3. Aggiornare o redigere ex novo una procedura sul ciclo completo delle competenze; 4. Nel caso delle unita' cliniche, aggiornare o redigere ex novo i privilegi dei dirigenti medici.	SI	D	5		-Conformita' alla DGR 1436/2011 e superamento verifica di rinnovo; -Conformita', se applicabile, alla ISO 9001:2015 e superamento verifica di rinnovo;		evidenza documentale
3.5.4	10.26	Consolidare il modello previsto per la Chirurgia pediatrica e proposta di un modello per la chirurgia specialistica in ambito pediatrico.	SI	D	5		-Evidenza di analisi dell attivita' delle cliniche specialiste in FVG		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Ortopedia e Traumatologia

Responsabile:
dott. Marco Carbone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.5.7	10.44	Garantire i livelli di assistenza previsti dal DPCM 12 gennaio 2017 nel rispetto dei criteri di appropriatezza e perseguendo il miglioramento continuo dei risultati e degli esiti delle prestazioni: Ridurre del numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalita' diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 20% per gli adulti e del 40% per i pediatrici	SI	D	5		DH con finalita' diagnostica < 40% pediatrici		<40%
	10.54	Ottimizzare le risorse assegnate alle attivita' chirurgiche	SI	D	10		1. Corretta e completa compilazione del Registro Operatorio - entro il mese successivo il 100% delle schede del Registro Operatorio sono complete. 2. Per i pazienti in elezione con rischio ASA1 incisione della cute entro le ore 9		1. 100% 2. >=90%
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	SI	D	5		- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che neverifica la validita'gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell'ultimo triennio.	SI	D	5		1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%
3.3.9	15.1	PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA: Garantire il ricorso alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 65% di tutti pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalita' prescrittive	SI	D	5		% PT informatizzati per medicinali soggetti a nota AIFA 39 o 74 >= 65% rispetto al totale dei PT redatti dall'IRCCS % di PT informatizzati (> 65%) calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (informatizzati + cartacei) e comunicato a fine anno alla DCS, per i medicinali indicati.		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Ortopedia e Traumatologia

Responsabile:
dott. Marco Carbone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.13	RISCHIO CLINICO: Applicare i protocolli per la corretta identificazione del paziente	NO	D			2. Almeno 2 verifiche/anno effettuate: a) Numero di pazienti presenti al momento dell'osservazione nelle strutture di degenza con braccialetto identificativo/Numero totale dei pazienti presenti al momento dell' osservazione; b) Numero di corrette identificazioni del paziente/Numero totale delle procedure che richiedono identificazione nel periodo indice;		2. a)>= 80% b)>= 75%
3.6	3.29	RISCHIO CLINICO: Garantire qualita' e sicurezza nella gestione del dolore: 1. Aggiornare la procedura aziendale "Valutazione del dolore"; 2. Monitorare la valutazione e rivalutazione del dolore; 3. Formalizzare una procedura per tutte le fasi del percorso di parto-analgesia.	NO	D			2.1 standard da raggiungere: a. Numero di cartelle chiuse contenenti la scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso compilata in modo completo/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per struttura) >= 80% b. Monitoraggio quotidiano del dolore in 5 cartelle chiuse (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per struttura): Numero di cartelle con registrazione quotidiana completa del dolore/Numero cartelle selezionate >= 80% c. Numero di cartelle chiuse con presenza della rivalutazione del dolore entro 2 ore per ogni episodio con valore > 4/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per Struttura) >= 80%		2.1 abc >= 80%
	4.2	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS	NO	D			Almeno uno dei seguenti criteri soddisfatto: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato.		si/no
3.1.17	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	NO	D			- Evidenza dell'approvazione formale della Politica aziendale e diffusione dei contenuti alla cittadinanza; - Analisi e predisposizione del cronoprogramma per il raggiungimento dei 10 passi e delle 2 raccomandazioni.		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Chirurgia

Struttura: S.C. Ortopedia e Traumatologia

Responsabile:
dott. Marco Carbone

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.2.1.4	10.9	Continuare i lavori per la revisione dei percorsi di assistenza protesica e per la formazione dei professionisti sanitari.	NO	D			1. Evidenza dell'attuazione delle nuove procedure di erogazione dell'assistenza protesica; 2. Percorsi semplificati stabiliti da nuove linee di indirizzo regionali attivati.		1. si 2. si
3.5.3	10.22	Reti di patologia: Malattie rare 1. Produrre entro il 31 dicembre 2019 almeno 1 percorso assistenziale nella rete del gruppo nosologico di competenza; 2. Alimentare il registro regionale di cui al DM 279/2001 (aggiornamento dati del registro con inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2019 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema) e produrre alla DCS un report di attivita'.	NO	D			1. Percorso assistenziale formalizzato; 2.Registro regionale alimentato correttamente.		1.2. si
	10.58	1. La percentuale di SDO archiviate deve essere uguale al 100% dei dimessi; 2. Le richieste di apertura delle SDO archiviate non deve superare il 3% delle SDO archiviate; 3. Le anomalie in merito alla qualita' della compilazione non devono superare in media il 10%	NO	D			1. SDO compilate =100% dei dimessi; 3. Media anomalie della qualita' della compilazione < 10% delle SDO totali.		1.=100% 3.<10%
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Neonatologia

Responsabile:
dott. Francesco Maria Risso

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.10	RISCHIO CLINICO: Qualita' e Sicurezza della documentazione sanitaria. 1. Verificare la corretta e completa compilazione della cartella clinica dei ricoveri ordinari e DH relativamente a: a. consenso informato chirurgico; b. consenso informato anestesilogico; c. scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso, rivalutazione quotidiana del dolore durante il periodo di degenza e dopo somministrazione di terapia condizionata; d. check list chirurgica; e. primo foglio unico di terapia. 2. Migliorare la compilazione della cartella clinica; 3. Organizzare almeno 1 evento formativo sulla corretta compilazione della documentazione sanitaria per le varie strutture	SI	D	5		2.1 Numero di cartelle chiuse in ogni Struttura di degenza contenenti tutti i documenti previsti/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura) >= 80% 2.2 Numero di cartelle chiuse in ogni struttura di degenza con i seguenti documenti compilati in modo completo/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura) >= 40% a. consenso informato chirurgico; b. consenso informato anestesilogico; c. scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e quotidianamente durante il periodo di degenza e rivalutazione dopo somministrazione di terapia condizionata; d. check list chirurgica; e. primo foglio unico di terapia.		1.>= 80% 2.>= 40%
3.6	3.26	RISCHIO CLINICO: Antimicrobial Stewardship: Organizzare l'attivita' formativa per il personale medico sui seguenti temi: - lettura dell'antibiogramma - prescrizione antibiotica mirata - linee guida regionali sulle infezioni pediatriche - sepsi associata alle pratiche assistenziali	SI	D	5		Il personale medico (almeno 1 medico per ogni Unità operativa) ha partecipato al corso di formazione		almeno 1 medico
	4.2	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS	SI	D	10		Almeno uno dei seguenti criteri soddisfatto: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato.		si/no
	4.3	Partecipare alle attivita' formative nell'ambito della metodologia della ricerca.	SI	D	5		Almeno un'unita' afferente alla struttura ha partecipato ad un corso.		Evidenza di partecipazione
3.3.9	6.6	Garantire la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM.	SI	D	5		Il 90% delle prescrizioni di farmaci destinate alla distribuzione diretta sono inseriti in PSM.		>=90%

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Neonatologia

Responsabile:
dott. Francesco Maria Risso

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	7.3	Trattamenti dati personali - conformita' al GDPR e D.lgs. 101/2018	SI	D	5		- Presenza PIA per trattamenti sanitari; - Presenza consensi previsti; - Presenza consensi al FSE in caso di implementazione dello stesso.		evidenza documentale
3.1.17	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	SI	D	10		- Evidenza dell'approvazione formale della Politica aziendale e diffusione dei contenuti alla cittadinanza; - Analisi e predisposizione del cronoprogramma per il raggiungimento dei 10 passi e delle 2 raccomandazioni.		si
	9.7	Percorso nascita - conformita' normativa.	SI	D	10		- Conformita' alla DGR 1083/2012 e superamento della verifica di rinnovo; - Miglioramento dell'organizzazione.		evidenza documentale
3.1.4	10.3	SCREENING NEONATALI: Coordinare i lavori finalizzati alla diffusione e applicazione di una procedura regionale per lo screening neonatale audiologico ed oftalmologico con aggiornamento del PDTA, per lo screening neonatale metabolico esteso, per l'identificazione precoce della fibrosi cistica e dell'emoglobinopatia nella popolazione a rischio.	SI	D	15		1. predisposizione report di monitoraggio regionale delle procedure adottate e delle attivita' effettuate ed invio alla DCS 2. Evidenza di Coordinamento all'interno della Rete Pediatrica delle attivita' di tutte le Aziende Sanitarie		1. report inviato in DCS 2.Evidenza di coordinamento
3.5.5	10.31	Integrazione territorio-ospedale: Collaborare alla realizzazione dell'Agenda della gravidanza e la implementarla sul territorio di competenza.	SI	D	10		Evidenza della collaborazione		si
3.1.17	11.1	Partecipare al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno.	SI	D	10		80% operatori dedicati in servizio presso l'IRCCS formati.		80% operatori formati
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	SI	D	5		- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Neonatologia

Responsabile:
dott. Francesco Maria Risso

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che ne verifica la validità gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell'ultimo triennio.	SI	D	5		1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%
3.6	3.12	RISCHIO CLINICO: Implementare le raccomandazioni ministeriali sugli eventi sentinella	NO	D			procedura implementata per: Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita (Racc. n. 16) e' stata redatta e pubblicata su intranet		si
3.6	3.13	RISCHIO CLINICO: Applicare i protocolli per la corretta identificazione del paziente	NO	D			2. Almeno 2 verifiche/anno effettuate: a) Numero di pazienti presenti al momento dell'osservazione nelle strutture di degenza con braccialetto identificativo/Numero totale dei pazienti presenti al momento dell' osservazione; b) Numero di corrette identificazioni del paziente/Numero totale delle procedure che richiedono identificazione nel periodo indice;		2. a)>= 80% b)>= 75%
3.6	3.22	RISCHIO CLINICO: Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE" 1. Attuare la strategia multimodale proposta dall'OMS; 2. Valutare le performance degli operatori mediante osservazione diretta e feedback dei risultati.	NO	D			1. Compliance > 70%		1.> 70%

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Neonatologia

Responsabile:
dott. Francesco Maria Risso

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.29	RISCHIO CLINICO: Garantire qualita' e sicurezza nella gestione del dolore: 1. Aggiornare la procedura aziendale "Valutazione del dolore"; 2. Monitorare la valutazione e rivalutazione del dolore; 3. Formalizzare una procedura per tutte le fasi del percorso di parto-analgesia.	NO	D			2.1 standard da raggiungere: a. Numero di cartelle chiuse contenenti la scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso compilata in modo completo/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per struttura) >= 80% b. Monitoraggio quotidiano del dolore in 5 cartelle chiuse (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per struttura): Numero di cartelle con registrazione quotidiana completa del dolore/Numero cartelle selezionate >= 80% c. Numero di cartelle chiuse con presenza della rivalutazione del dolore entro 2 ore per ogni episodio con valore > 4/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per Struttura) >= 80%		2.1 abc >= 80%
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell' IRCCS.	NO	D			Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF. (coerenti con il mandato dell' IRCCS e affiliazione corretta)	Pubbl=6; IF=18	=2018 +/- 10%
3.8.3	9.3	Rapporto con pazienti e familiari nelle attivita' di ricovero: 1. Aprire i reparti di terapia intensiva e semi-intensiva con accesso senza limite di tempo e orario a un care giver per volta; 2. Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza per i pazienti che bisognosi di un supporto personale; 3. Contattare telefonicamente dopo la dimissione da un intervento chirurgico o da altre tipologie di trattamento (recall); 4. Individuare il medico responsabile della gestione del ricovero del paziente con il fine di assicurare il riferimento professionale che assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza	NO	D			1. reparti di terapia intensiva e semi-intensiva aperti con accesso senza limite di tempo e orario a un care giver per volta ; 2. Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza per i pazienti che bisognosi di un supporto personale; 4. medico responsabile della gestione del ricovero del paziente con il fine di assicurare il riferimento professionale che assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza individuato.		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Neonatologia

Responsabile:
dott. Francesco Maria Risso

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.5.3	10.22	Reti di patologia: Malattie rare 1. Produrre entro il 31 dicembre 2019 almeno 1 percorso assistenziale nella rete del gruppo nosologico di competenza; 2. Alimentare il registro regionale di cui al DM 279/2001 (aggiornamento dati del registro con inserimento del 100% dei casi in prevalenza al 30 novembre 2019 e pulizia dei casi che sono usciti dal sistema) e produrre alla DCS un report di attivita'.	NO	D			2.Registro regionale alimentato correttamente.		2. si
3.5.4	10.25	Definire ed applicare le modalita' operative di trasporto pediatrico.	NO	D			Documento inviato in DCS		si
	10.58	1. La percentuale di SDO archiviate deve essere uguale al 100% dei dimessi; 2. Le richieste di apertura delle SDO archiviate non deve superare il 3% delle SDO archiviate; 3. Le anomalie in merito alla qualita' della compilazione non devono superare in media il 10%	NO	D			1. SDO compilate =100% dei dimessi; 3. Media anomalie della qualita' della compilazione < 10% delle SDO totali.		1.=100% 3.<10%
3.1.1	13.1	Veicolare il messaggio dell' importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani.	NO	D			Evidenza della promozione delle vaccinazioni da parte delle ostetriche e delle personale del nido del centro nascita.		si
3.3.9	15.1	PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA: Garantire il ricorso alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 65% di tutti pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalita' prescrittive	NO	D			% PT informatizzati per medicinali soggetti a nota AIFA 39 o 74 >= 65% rispetto al totale dei PT redatti dall'IRCCS % di PT informatizzati (> 65%) calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (informatizzati + cartacei) e comunicato a fine anno alla DCS, per i medicinali indicati.		si
4	15.8	Utilizzare la firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet e la cartella informatizzata	NO	D			1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata; 2. Firma digitale nella lettera di dimissione utilizzata.	1. 90% 2. 98%	1.>95% 2.>98%

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Neonatologia

Responsabile:
dott. Francesco Maria Risso

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
Totale pesi:			100						

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Anestesia e Rianimazione

Responsabile:
dott.ssa Raffaella Sagredini

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.9	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure dell'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	D	5		2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		si
3.6	3.10	RISCHIO CLINICO: Qualita' e Sicurezza della documentazione sanitaria. 1. Verificare la corretta e completa compilazione della cartella clinica dei ricoveri ordinari e DH relativamente a: a. consenso informato chirurgico; b. consenso informato anestesilogico; c. scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso, rivalutazione quotidiana del dolore durante il periodo di degenza e dopo somministrazione di terapia condizionata; d. check list chirurgica; e. primo foglio unico di terapia. 2. Migliorare la compilazione della cartella clinica; 3. Organizzare almeno 1 evento formativo sulla corretta compilazione della documentazione sanitaria per le varie strutture	SI	D	5		2.1 Numero di cartelle chiuse in ogni Struttura di degenza contenenti tutti i documenti previsti/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura) >= 80% 2.2 Numero di cartelle chiuse in ogni struttura di degenza con i seguenti documenti compilati in modo completo/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura) >= 40% a. consenso informato chirurgico; b. consenso informato anestesilogico; c. scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e quotidianamente durante il periodo di degenza e rivalutazione dopo somministrazione di terapia condizionata; d. check list chirurgica; e. primo foglio unico di terapia.	1.>= 80% 2.>= 40%	
3.6	3.26	RISCHIO CLINICO: Antimicrobial Stewardship: Organizzare l'attivita' formativa per il personale medico sui seguenti temi: - lettura dell'antibiogramma - prescrizione antibiotica mirata - linee guida regionali sulle infezioni pediatriche - sepsi associata alle pratiche assistenziali	SI	D	5		Il personale medico (almeno 1 medico per ogni Unità operativa) ha partecipato al corso di formazione		almeno 1 medico

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Anestesia e Rianimazione

Responsabile:
dott.ssa Raffaella Sagredini

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.29	RISCHIO CLINICO: Garantire qualità e sicurezza nella gestione del dolore: 1. Aggiornare la procedura aziendale "Valutazione del dolore"; 2. Monitorare la valutazione e rivalutazione del dolore; 3. Formalizzare una procedura per tutte le fasi del percorso di parto-analgesia.	SI	D	5		2.1 standard da raggiungere: a. Numero di cartelle chiuse contenenti la scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso compilata in modo completo/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per struttura) >= 80% b. Monitoraggio quotidiano del dolore in 5 cartelle chiuse (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per struttura): Numero di cartelle con registrazione quotidiana completa del dolore/Numero cartelle selezionate >= 80% c. Numero di cartelle chiuse con presenza della rivalutazione del dolore entro 2 ore per ogni episodio con valore > 4/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per Struttura) >= 80%		2.1 abc >= 80%
	4.2	Incrementare l'attività internazionale dell'IRCCS	SI	D	10		Almeno uno dei seguenti criteri soddisfatto: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato.		si/no
	4.3	Partecipare alle attività formative nell'ambito della metodologia della ricerca.	SI	D	5		Almeno un'unità afferente alla struttura ha partecipato ad un corso.		Evidenza di partecipazione
3.1.17	8.1	Partecipare alle attività previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	SI	D	10		- Evidenza dell'approvazione formale della Politica aziendale e diffusione dei contenuti alla cittadinanza; - Analisi e predisposizione del cronoprogramma per il raggiungimento dei 10 passi e delle 2 raccomandazioni.		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Anestesia e Rianimazione

Responsabile:
dott.ssa Raffaella Sagredini

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.8.3	9.3	Rapporto con pazienti e familiari nelle attivita' di ricovero: 1. Aprire i reparti di terapia intensiva e semi-intensiva con accesso senza limite di tempo e orario a un care giver per volta; 2. Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza per i pazienti che bisognosi di un supporto personale; 3. Contattare telefonicamente dopo la dimissione da un intervento chirurgico o da altre tipologie di trattamento (recall); 4. Individuare il medico responsabile della gestione del ricovero del paziente con il fine di assicurare il riferimento professionale che assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza	SI	D	10		1. reparti di terapia intensiva e semi-intensiva aperti con accesso senza limite di tempo e orario a un care giver per volta ; 2. Presenza del care giver in corso di visita nei reparti di degenza per i pazienti che bisognosi di un supporto personale; 4. medico responsabile della gestione del ricovero del paziente con il fine di assicurare il riferimento professionale che assicura la coerenza delle diverse azioni che caratterizzano l'intera degenza individuato.		si
3.2.2.6	10.13	Cure palliative e terapia del dolore: 1. ASSISTENZA H24 7 su 7: garantire cure palliative domiciliari 7 giorni su 7, dalle 8 alle 20, attraverso l'erogazione diretta degli operatori dell' equipe. Altre fasce orarie una delle seguenti modalita': -Pronta disponibilita' dedicata (servizio h24 garantito dall'UCP), -Consulenza telefonica (agli assistiti e/o ai Medici dei servizi di Continuita' assistenziale e al 118); 2. Revisionare i criteri di accesso alla rete delle cure palliative da parte di un gruppo tecnico regionale; 3. Migliorare le modalita' di presa in carico del paziente in cure palliative,(indicazioni della DGR 165/2016). Costituzione di un gruppo tecnico di lavoro a livello regionale; 5. Adottare le codifiche ambulatoriali e di ricovero di terapia antalgica definite nel corso del 2018; 6. Rispettare i tempi d'attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali sia di ambito pediatrico che ostetrico ginecologico	SI	D	10		1. Collaborare con ASUITs qualora richiesto 3. Evidenza di partecipazione al gruppo regionale dei professionisti aziendali che si occupano di cure palliative con l'obiettivo di definire un sistema informativo omogeneo per la registrazione e rilevazione dei dati.		1.si 3.si
3.5.4	10.25	Definire ed applicare le modalita' operative di trasporto pediatrico.	SI	D	5		Documento inviato in DCS		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Anestesia e Rianimazione

Responsabile:
dott.ssa Raffaella Sagredini

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.5.5	10.32	Parto analgesia: 1. sviluppare/aggiornare una Carta dei servizi specifica per il percorso nascita con le informazioni previste dalla DGR 1083/2012 relative ad ogni Punto nascita aziendale, ivi compresa l'offerta di parto-analgesia; 2. rendere visibile nei siti aziendali l'offerta relativa al percorso nascita nel territorio di competenza, ivi comprese le tecniche di controllo del dolore in travaglio/parto; 3. definire procedure formalizzate e condivise a livello multiprofessionale, facilmente consultabili e periodicamente aggiornate, per tutte le fasi del percorso di parto-analgesia; 4. promuovere corsi aziendali di formazione specifica sulla parto-analgesia farmacologica e non, rivolti a tutte le figure professionali coinvolte. Le Aziende con Ostetricie di II livello promuovono programmi formativi, anche sul campo, rivolti al territorio regionale; 5. monitorare l'attivita' e le eventuali complicitanze.	SI	D	10		1. Carta sviluppata/aggiornata; 2. offerta sui siti aziendali visibile; 3. evidenza delle procedure; 5. evidenza di monitoraggio.		1.2.3.5. si
	10.54	Ottimizzare le risorse assegnate alle attivita' chirurgiche	SI	D	10		1. Corretta e completa compilazione del Registro Operatorio - entro il mese successivo il 100% delle schede del Registro Operatorio sono complete. 2. Per i pazienti in elezione con rischio ASA1 incisione della cute entro le ore 9		1. 100% 2. >=90%
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che ne verifica la validita' gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell'ultimo triennio.	SI	D	5		1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Anestesia e Rianimazione

Responsabile:
dott.ssa Raffaella Sagredini

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.2.1.5	17.1	Superamento della contenzione: 1. Dare attuazione alla DGR n. 1904/2016- Definizione ed analisi del fenomeno in ambito materno infantile: Sensibilizzazione, consapevolezza e formazione in tema di eliminazione ed alternative alle pratiche di contenzione; 2.Terapie Intensive libere da contenzione.	SI	D	5		2a."TI aperte" sulle 24 ore e libere da contenzione 2b. Definizione di un gruppo di lavoro multi professionale promotore del percorso TI aperte e libere da contenzione 2c.Modalita' informative all'utenza 2d.Rilevamento qualita' percepita e proposte di miglioramento continuo da parte dell'utenza e dei professionisti		2a.b.c.d. si
3.6	3.13	RISCHIO CLINICO: Applicare i protocolli per la corretta identificazione del paziente	NO	D			2. Almeno 2 verifiche/anno effettuate: a) Numero di pazienti presenti al momento dell'osservazione nelle strutture di degenza con braccialetto identificativo/Numero totale dei pazienti presenti al momento dell' osservazione; b) Numero di corrette identificazioni del paziente/Numero totale delle procedure che richiedono identificazione nel periodo indice;		2. a)>= 80% b)>= 75%
3.6	3.22	RISCHIO CLINICO: Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE" 1. Attuare la strategia multimodale proposta dall'OMS; 2. Valutare le performance degli operatori mediante osservazione diretta e feedback dei risultati.	NO	D			1. Compliance > 70%		1.> 70%
3.6	3.31	RISCHIO CLINICO: sicurezza del percorso chirurgico: Implementare il Manuale per la sicurezza in sala operatoria di almeno 4 ulteriori obiettivi per la sicurezza in sala operatoria	NO	D			almeno2 procedure relative agli obiettivi per la sicurezza in sala operatoria elaborate e pubblicate su intranet		almeno 2
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell' IRCCS.	NO	D			Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF. (coerenti con il mandato dell' IRCCS e affiliazione corretta)	Pubbl=0; IF=0	=2018 +/- 10%
	7.3	Trattamenti dati personali - conformita' al GDPR e D.lgs. 101/2018	NO	D			- Presenza PIA per trattamenti sanitari; - Presenza consensi previsti; - Presenza consensi al FSE in caso di implementazione dello stesso.		evidenza documentale 146

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Anestesia e Rianimazione

Responsabile:
dott.ssa Raffaella Sagredini

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	9.7	Percorso nascita - conformita' normativa.	NO	D			- Conformita' alla DGR 1083/2012 e superamento della verifica di rinnovo; - Miglioramento dell'organizzazione.		evidenza documentale
3.5.4	10.27	Formazione: promozione di attivita' formative relative alle tematiche oggetto di progettualita' per il 2019 (trasporto pediatrico, onco-ematologia, malattie nefrologiche, malattie infiammatorie croniche intestinali, diabete, malattie neuromuscolari, cure palliative).	NO	D			Collaborazione per la promozione di attivita' formative per quanto di competenza		si
	10.58	1. La percentuale di SDO archiviate deve essere uguale al 100% dei dimessi; 2. Le richieste di apertura delle SDO archiviate non deve superare il 3% delle SDO archiviate; 3. Le anomalie in merito alla qualita' della compilazione non devono superare in media il 10%	NO	D			1. SDO compilate =100% dei dimessi; 3. Media anomalie della qualita' della compilazione < 10% delle SDO totali.		1.=100% 3.<10%
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	NO	D			- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale
3.5.4	13.15	Cure palliative: implementare il modello di rete e definire di un percorso assistenziale.	NO	D			Evidenza di coordinamento ed implementazione del modello di rete e di definizione di un percorso assistenziale.		si
4	15.8	Utilizzare la firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet e la cartella informatizzata	NO	D			1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata; 2. Firma digitale nella lettera di dimissione utilizzata.	1. 86% 2. 84%	1.>95% 2.>98%

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. R. Fisiopatologia della Riproduzione Umana e Procreazione Medicalmente Assistita

Responsabile:
prof. Giuseppe Ricci

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.9	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure dell'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	D	5		2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.	si	
	4.2	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS	SI	D	10		Almeno uno dei seguenti criteri soddisfatto: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato.	si/no	
	4.3	Partecipare alle attivita' formative nell'ambito della metodologia della ricerca.	SI	D	5		Almeno un'unita' afferente alla struttura ha partecipato ad un corso.	Evidenza di partecipazione	
3.3.9	6.6	Garantire la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM.	SI	D	5		Il 90% delle prescrizioni di farmaci destinate alla distribuzione diretta sono inseriti in PSM.	>=90%	
	7.3	Trattamenti dati personali - conformita' al GDPR e D.lgs. 101/2018	SI	D	5		- Presenza PIA per trattamenti sanitari; - Presenza consensi previsti; - Presenza consensi al FSE in caso di implementazione dello stesso.	evidenza documentale	
3.4	8.5	Mantere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	SI	D	10		1.Rivisitare le analisi dei rischi (revisione 2019); 2.Rivisitare le SWOTT analysis del servizio (revisione 2019); 3.Identificare le fasi con grado di rischio > 8; 4.Stabilire gli obiettivi di miglioramento per abbattere detto alto rischio.	si	

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. R. Fisiopatologia della Riproduzione Umana e Procreazione Medicalmente Assistita

**Responsabile:
prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.4	8.7	Mantenere la certificazione rilasciata dal Centro Nazionale Trapianti e dall'ente terzo di certificazione ISO da parte della SC Fisiopatologia della Riproduzione e PMA per le tecniche di I, II e III livello omologhe ed eterologhe.	SI	D	20		1. La SC Fisiopatologia della Riproduzione Umana e Procreazione Medicalmente Assistita continua ad operare nel rispetto degli standard per la qualita' e sicurezza delle cellule riproduttive, conformemente a quanto previsto dalla normativa nazionale ed europea vigente e dai requisiti dell'accreditamento istituzionale (DGR 705/2007) e delle norme ISO applicabili (ISO 9001:2015); 2. Gli operatori della SC Fisiopatologia della Riproduzione Umana e Procreazione Medicalmente Assistita partecipano ad eventi formativi interni di rinforzo alle conoscenze della normativa nazionale (Legge 40/2004 e s.m.i., linee guida Legge 40 2015 e s.m.i., Manuale CNT, D.lgs. 16/2010) ed europea in materia di PMA omologa ed eterologa; 3. Gli operatori della SC Fisiopatologia della Riproduzione Umana e Procreazione Medicalmente Assistita partecipano alla creazione di un cruscotto di indicatori integrato per la rendicontazione dei dati di riesame intermedio e annuale, completo dei dati relativi all'assistenza ostetrica; 4. Gli operatori della SC Fisiopatologia della Riproduzione Umana e Procreazione Medicalmente Assistita collaborano alla creazione di una sala criogenica all'interno del blocco operatorio; 5. Le ostetriche della SC Fisiopatologia della Riproduzione Umana e Procreazione Medicalmente Assistita, coadiuvate dai dirigenti medici, introducono sistematicamente i controlli della documentazione clinica attraverso check list dedicate agli specifici percorsi; 6. Procedura per garantire un conforme trasporto di gameti ad altro centro formalizzata; 7. PDTA per la preservazione della fertilita' nel paziente oncologico pediatrico formalizzato; 8. PDTA di III livello (TESE) e relativa analisi dei rischi analizzato; 9. Partecipazione al corso interno sulle ISO 9001:2015 e ISO 19011:2018 (auditor interni) con superamento dell'esame.		1.evidenza documentale; 2.evidenza di partecipazione; 3.4.5.6.7.8. Evidenza documentale

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. R. Fisiopatologia della Riproduzione Umana e Procreazione Medicalmente Assistita

Responsabile:
prof. Giuseppe Ricci

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	8.12	Revisionare la convenzione con il Centro PMA di Pordenone che verra' trasferito a Sacile ed aggiornare il documento Disaster Plan (modalita' di trattamento e stoccaggio cellule ed embrioni ad altro centro PMA in caso di emergenza)	SI	D	10		1. Convenzione revisionata aggiornato 2. Disaster Plan		1. entro il 31/10/2019 2. entro il 31/12/2019
	9.6	Ciclo delle competenze e neoassunto e conformita' normativa: 1. Rivisitare le job description, se presenti; 2. Elaborare o aggiornare il programma di inserimento del neoassunto/neoinserito, identificando gli standard minimi; 3. Aggiornare o redigere ex novo una procedura sul ciclo completo delle competenze; 4. Nel caso delle unita' cliniche, aggiornare o redigere ex novo i privilegi dei dirigenti medici.	SI	D	5		-Conformita' alla DGR 1436/2011 e superamento verifica di rinnovo; -Conformita', se applicabile, alla ISO 9001:2015 e superamento verifica di rinnovo; -Conformita', se applicabile ad altre DGR (1083/2012, 705/2007); -Conformita', se applicabile, ai requisiti del CNT		evidenza documentale
3.1.17	11.1	Partecipare al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno.	SI	D	10		80% operatori dedicati in servizio presso l'IRCCS formati.		80% operatori formati
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che neverifica la validita'gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell' ultimo triennio.	SI	D	5		1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%
3.3.9	15.1	PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA: Garantire il ricorso alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 65% di tutti pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalita' prescrittive	SI	D	5		% PT informatizzati per medicinali soggetti a nota AIFA 39 o 74 >= 65% rispetto al totale dei PT redatti dall'IRCCS % di PT informatizzati (> 65%) calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (informatizzati + cartacei) e comunicato a fine anno alla DCS, per i medicinali indicati.		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. R. Fisiopatologia della Riproduzione Umana e Procreazione Medicalmente Assistita

**Responsabile:
prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
4	15.8	Utilizzare la firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet e la cartella informatizzata	SI	D	5		1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata;	1.67%	1.>95%
3.6	3.22	RISCHIO CLINCO: Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE" 1. Attuare la strategia multimodale proposta dall'OMS; 2. Valutare le performance degli operatori mediante osservazione diretta e feedback dei risultati.	NO	D			1. Compliance > 70%		1.> 70%
3.6	3.26	RISCHIO CLINCO: Antimicrobial Stewardship: Organizzare l'attivita' formativa per il personale medico sui seguenti temi: - lettura dell'antibiogramma - prescrizione antibiotica mirata - linee guida regionali sulle infezioni pediatriche - sepsi associata alle pratiche assistenziali	NO	D			Il personale medico (almeno 1 medico per ogni Unità operativa) ha partecipato al corso di formazione		almeno 1 medico
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell' IRCCS.	NO	D			Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF. (coerenti con il mandato dell' IRCCS e affiliazione corretta)	Pubbl=1; IF=1	=2018 +/- 10%
3.1.17	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	NO	D			- Evidenza dell'approvazione formale della Politica aziendale e diffusione dei contenuti alla cittadinanza; - Analisi e predisposizione del cronoprogramma per il raggiungimento dei 10 passi e delle 2 raccomandazioni.		si
	8.10	Utilizzare il CODICE COPPIA come da assegnazione in FERTILAB	NO	D			Evidenza di CODICE COPPIA utilizzato		
	8.13	1. Adottare un nuovo tank in sostituzione del tank n.3 con trasferimento degli embrioni ivi contenuti e dotarlo di allarme in remoto. 2. Tarare adeguatamente il sensore del tank n.18	NO	D			Embrioni trasferiti dal tank n.3 al nuovo tank		1 .entro il 30/09/2019

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. R. Fisiopatologia della Riproduzione Umana e Procreazione Medicalmente Assistita

**Responsabile:
prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	8.14	Aggiornare la procedura PRO_DSN_0091 "Disciplina degli accessi alla sala criobiologica" con integrazione rispetto all'intervento dei guardiafuochi.	NO	D			Procedura aggiornata		entro il 30/04/2019
	8.17	Dotare la sala criobiologica di spazi adeguati	NO	D			Trasloco nella sala criobiologica in collaborazione con la SC Gestione Tecnica e realizzazione del nuovo ospedale effettuata		si
3.1.3	10.2	Continuare a partecipare alle attivita' della Breast Unit di ASUITs anche con le attivita' erogata da parte della genetica.	NO	D			Evidenza di partecipazione alle attivita'.		si
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	NO	D			- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.S.D. R. Medicina Fetale e Diagnostica Prenatale

Responsabile:
dott. Tamara Stampalija

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.9	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure dell'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	D	5		2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		si
	4.2	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS	SI	D	30		Almeno uno dei seguenti criteri soddisfatto: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato.		si/no
	4.3	Partecipare alle attivita' formative nell'ambito della metodologia della ricerca.	SI	D	10		Almeno un'unita' afferente alla struttura ha partecipato ad un corso.		Evidenza di partecipazione
	7.3	Trattamenti dati personali - conformita' al GDPR e D.lgs. 101/2018	SI	D	10		- Presenza PIA per trattamenti sanitari; - Presenza consensi previsti; - Presenza consensi al FSE in caso di implementazione dello stesso.		evidenza documentale
3.5.6	10.37	Implementare in assistenza l'attivita' di ricerca traslazionale.	SI	D	20		Collaborare allo sviluppo del protocollo operativo DNA Fetale (NIPT).		si
3.1.17	11.1	Partecipare al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno.	SI	D	10		80% operatori dedicati in servizio presso l'IRCCS formati.		80% operatori formati
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	SI	D	5		- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.S.D. R. Medicina Fetale e Diagnostica Prenatale

Responsabile:
dott. Tamara Stampalija

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che ne verifica la validita' gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell'ultimo triennio.	SI	D	5		1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%
3.3.9	15.1	PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA: Garantire il ricorso alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 65% di tutti pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalita' prescrittive	SI	D	5		% PT informatizzati per medicinali soggetti a nota AIFA 39 o 74 >= 65% rispetto al totale dei PT redatti dall'IRCCS % di PT informatizzati (> 65%) calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (informatizzati + cartacei) e comunicato a fine anno alla DCS, per i medicinali indicati.		si
3.6	3.22	RISCHIO CLINICO: Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE" 1. Attuare la strategia multimodale proposta dall'OMS; 2. Valutare le performance degli operatori mediante osservazione diretta e feedback dei risultati.	NO	D			1. Compliance > 70%		1.> 70%
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell' IRCCS.	NO	D			Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF. (coerenti con il mandato dell' IRCCS e affiliazione corretta)	Pubbl=2; IF=8	=2018 +/- 10%
3.1.17	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	NO	D			- Evidenza dell'approvazione formale della Politica aziendale e diffusione dei contenuti alla cittadinanza; - Analisi e predisposizione del cronoprogramma per il raggiungimento dei 10 passi e delle 2 raccomandazioni.		

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.S.D. R. Medicina Fetale e Diagnostica Prenatale

Responsabile:
dott. Tamara Stampalija

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	9.7	Percorso nascita - conformita' normativa.	NO	D			- Conformita' alla DGR 1083/2012 e superamento della verifica di rinnovo; - Miglioramento dell'organizzazione.		evidenza documentale
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.S.D. Gravidanza a Rischio

Responsabile:
dott. Gianpaolo Maso

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.10	RISCHIO CLINICO: Qualita' e Sicurezza della documentazione sanitaria. 1. Verificare la corretta e completa compilazione della cartella clinica dei ricoveri ordinari e DH relativamente a: a. consenso informato chirurgico; b. consenso informato anestesilogico; c. scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso, rivalutazione quotidiana del dolore durante il periodo di degenza e dopo somministrazione di terapia condizionata; d. check list chirurgica; e. primo foglio unico di terapia. 2. Migliorare la compilazione della cartella clinica; 3. Organizzare almeno 1 evento formativo sulla corretta compilazione della documentazione sanitaria per le varie strutture	SI	D	5		2.1 Numero di cartelle chiuse in ogni Struttura di degenza contenenti tutti i documenti previsti/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura) >= 80% 2.2 Numero di cartelle chiuse in ogni struttura di degenza con i seguenti documenti compilati in modo completo/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura) >= 40% a. consenso informato chirurgico; b. consenso informato anestesilogico; c. scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e quotidianamente durante il periodo di degenza e rivalutazione dopo somministrazione di terapia condizionata; d. check list chirurgica; e. primo foglio unico di terapia.		1. >= 80% 2. >=40%
3.6	3.26	RISCHIO CLINICO: Antimicrobial Stewardship: Organizzare l'attivita' formativa per il personale medico sui seguenti temi: - lettura dell'antibiogramma - prescrizione antibiotica mirata - linee guida regionali sulle infezioni pediatriche - sepsi associata alle pratiche assistenziali	SI	D	5		Il personale medico (almeno 1 medico per ogni Unità operativa) ha partecipato al corso di formazione		almeno 1 medico
3.6	3.29	RISCHIO CLINICO: Garantire qualita' e sicurezza nella gestione del dolore: 1. Aggiornare la procedura aziendale "Valutazione del dolore"; 2. Monitorare la valutazione e rivalutazione del dolore; 3. Formalizzare una procedura per tutte le fasi del percorso di parto-analgesia.	SI	D	5		2.1 standard da raggiungere: a. Numero di cartelle chiuse contenenti la scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso compilata in modo completo/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per struttura) >= 80% b. Monitoraggio quotidiano del dolore in 5 cartelle chiuse (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per struttura): Numero di cartelle con registrazione quotidiana completa del dolore/Numero cartelle selezionate >= 80% c. Numero di cartelle chiuse con presenza della rivalutazione del dolore entro 2 ore per ogni episodio con valore > 4/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per Struttura) >= 80%		2.1 abc >= 80%

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.S.D. Gravidanza a Rischio

Responsabile:
dott. Gianpaolo Maso

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	4.2	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS	SI	D	10		Almeno uno dei seguenti criteri soddisfatto: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato.		si/no
	4.3	Partecipare alle attivita' formative nell'ambito della metodologia della ricerca.	SI	D	5		Almeno un'unita' afferente alla struttura ha partecipato ad un corso.		Evidenza di partecipazione
3.3.9	6.6	Garantire la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM.	SI	D	5		Il 90% delle prescrizioni di farmaci destinate alla distribuzione diretta sono inseriti in PSM.		>=90%
	9.7	Percorso nascita - conformita' normativa.	SI	D	10		- Conformita' alla DGR 1083/2012 e superamento della verifica di rinnovo; - Miglioramento dell'organizzazione.		evidenza documentale
3.2.1.2.1	10.5	Diabete mellito: 1. Partecipare con i professionisti aziendali identificati ai fini della creazione della Rete diabetologica regionale con coordinamento unico regionale, all'armonizzazione dell'offerta diabetologica su tutto il territorio regionale; 2. Partecipazione dei professionisti aziendali identificati ai fini della creazione della Rete diabetologica pediatrica regionale con coordinamento unico regionale, all'armonizzazione dell'offerta su tutto il territorio regionale; 3. Applicare il documento revisionato dal tavolo tecnico regionale Programma di educazione terapeutica rivolto al soggetto diabetico in particolare per l'organizzazione dei campi residenziali.	SI	D	10		1.Evidenza di partecipazione qualora richiesto alle attivita' della Rete diabetologica per la definizione di un percorso di gestione della gravidanza a rischio complicata da diabete gestazionale o preesistente la gravidanza.		Percorso definito
3.5.5	10.33	Tagli cesarei primari e parti indotti : tagli cesarei primari nei PN di II livello o comunque con > 1.000 parti/anno: <= 25%	SI	D	5		tagli cesarei primari nei PN di II livello o comunque con > 1.000 parti/anno: <= 25%		<= 25%

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.S.D. Gravidanza a Rischio

Responsabile:
dott. Gianpaolo Maso

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.5.5	10.34	Trasporto STAM e STEN: monitorare l'attivita' di trasporto in emergenza materno e neonatale nell'area territoriale di competenza con gli indicatori di cui al Decreto 1733/2016 e trasmettere un report annuale alla DCS.	SI	D	10		Relazione sull'attivita' di trasporto STAM trasmessa alla DCS		relazione svolta
3.1.17	11.1	Partecipare al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno.	SI	D	10		80% operatori dedicati in servizio presso l'IRCCS formati.		80% operatori formati
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che ne verifica la validità gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell'ultimo triennio.	SI	D	5		1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%
3.3.9	15.1	PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA: Garantire il ricorso alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 65% di tutti pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalità prescrittive	SI	D	5		% PT informatizzati per medicinali soggetti a nota AIFA 39 o 74 >= 65% rispetto al totale dei PT redatti dall'IRCCS % di PT informatizzati (> 65%) calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (informatizzati + cartacei) e comunicato a fine anno alla DCS, per i medicinali indicati.		si
4	15.8	Utilizzare la firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet e la cartella informatizzata	SI	D	10		1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata; 2. Firma digitale nella lettera di dimissione utilizzata.	1. 80% 2. 84%	1.>95% 2.>98%
3.6	3.9	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure dell'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	NO	D			2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.S.D. Gravidanza a Rischio

**Responsabile:
dott. Gianpaolo Maso**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.12	RISCHIO CLINICO: Implementare le raccomandazioni ministeriali sugli eventi sentinella	NO	D			procedura per Morte materna correlata al travaglio e/o parto (Racc. n. 6) redatta e pubblicata su intranet		si
3.6	3.13	RISCHIO CLINICO: Applicare i protocolli per la corretta identificazione del paziente	NO	D			2. Almeno 2 verifiche/anno effettuate: a) Numero di pazienti presenti al momento dell'osservazione nelle strutture di degenza con braccialetto identificativo/Numero totale dei pazienti presenti al momento dell' osservazione; b) Numero di corrette identificazioni del paziente/Numero totale delle procedure che richiedono identificazione nel periodo indice;		2. a)>= 80% b)>= 75%
3.6	3.22	RISCHIO CLINICO: Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE" 1. Attuare la strategia multimodale proposta dall'OMS; 2. Valutare le performance degli operatori mediante osservazione diretta e feedback dei risultati.	NO	D			1. Compliance > 70%		1.> 70%
3.6	3.30	RISCHIO CLINICO: violenza sugli operatori: formazione dedicata agli operatori sanitari per prevenire gli atti di violenza a loro danno	NO	D			Il personale (almeno 2 operatori per ogni Unità operativa) ha partecipato al corso di formazione.		almeno 2 operatori
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell' IRCCS.	NO	D			Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF. (coerenti con il mandato dell' IRCCS e affiliazione corretta)	Pubbl=0; IF=0	=2018 +/- 10%
	7.3	Trattamenti dati personali - conformita' al GDPR e D.lgs. 101/2018	NO	D			- Presenza PIA per trattamenti sanitari; - Presenza consensi previsti; - Presenza consensi al FSE in caso di implementazione dello stesso.		evidenza documentale

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.S.D. Gravidanza a Rischio

Responsabile:
dott. Gianpaolo Maso

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.1.17	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	NO	D			- Evidenza dell'approvazione formale della Politica aziendale e diffusione dei contenuti alla cittadinanza; - Analisi e predisposizione del cronoprogramma per il raggiungimento dei 10 passi e delle 2 raccomandazioni.		si
3.2.2.7	10.14	Consultori Familiari: 1. Implementare il percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica; 2. Promuovere il tema della donazione del cordone ombelicale e del ruolo delle vaccinazioni infantili nell'ambito dei corsi di accompagnamento alla nascita; 3. Implementare i percorsi aziendali per la donna in eta' post fertile; 4. effettuare Analisi di approfondimento delle gravidanze in eta' precoce e i neonati esposti.	NO	D			1a. Pdta per la gestione del travaglio e parto a basso rischio diffuso; 1b. Prima visita effettuata da ostetrica e medico presso l'ambulatorio di primo livello; 2a.Utenza informata sia sul tema della donazione del cordone ombelicale, sia sul ruolo dei vaccini. 2b.Carta dei servizi sul percorso nascita per uniformare le informazioni inerenti la donazione e i vaccini revisionata;		1.2. si
3.5.5	10.31	Integrazione territorio-ospedale: Collaborare alla realizzazione dell'Agenda della gravidanza e la implementarla sul territorio di competenza.	NO	D			Evidenza della collaborazione		si
3.5.5	10.35	Promuovere: - programmi di formazione per gli operatori di sala parto per il mantenimento delle competenze e abilita' tecniche e non tecniche,i corsi di formazione in simulazione rivolti anche agli operatori di sala parto dei PN di I livello; -corsi di formazione rivolti alle ostetriche che seguono il percorso gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica, di cui alla DGR 723/2018.	NO	D			Evidenza di partecipazione ai corsi		si
	10.58	1. La percentuale di SDO archiviate deve essere uguale al 100% dei dimessi; 2. Le richieste di apertura delle SDO archiviate non deve superare il 3% delle SDO archiviate; 3. Le anomalie in merito alla qualita' della compilazione non devono superare in media il 10%	NO	D			1. SDO compilate =100% dei dimessi; 3. Media anomalie della qualita' della compilazione < 10% delle SDO totali.		1.=100% 3.<10%

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.S.D. Gravidanza a Rischio

Responsabile:
dott. Gianpaolo Maso

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	NO	D			- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale
3.1.1	13.1	Veicolare il messaggio dell' importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani.	NO	D			Evidenza della promozione delle vaccinazioni da parte delle ostetriche e delle personale del nido del centro nascita.		si
3.5.4	15.3	FSE: Attivare il FSE al momento della nascita	NO	D			1. Progetto presentato alla DCS entro il 28/2; 2. Avvio del FSE dal 1/10		1.entro il 28/2 2.dal 1/10
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica

Responsabile:
prof. Giuseppe Ricci

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.8.1	2.4	TEMPI DI ATTESA: Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.	SI	D	5		Prestazioni ambulatoriali di visite ginecologiche garantite secondo la priorit�: 1. priorit� B (10 giorni) 2. priorit� D (30 giorni) 3. priorit� P (180 giorni)		1. >=95% 2. >=90% 3. >=85%
3.8.1	2.5	TEMPI DI ATTESA: Garantire il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici.	SI	D	5		Per l'intervento di neoplasia dell' utero le seguenti priorit� sono rispettate: 1.priorit� A (30 giorni) 2.priorit� B (60 giorni) 3.priorit� C (180 giorni)		1.>=95% 2.>=90% 3.>=90%
3.6	3.9	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure del'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	D	5		2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		si
3.6	3.10	RISCHIO CLINICO: Qualita' e Sicurezza della documentazione sanitaria. 1. Verificare la corretta e completa compilazione della cartella clinica dei ricoveri ordinari e DH relativamente a: a. consenso informato chirurgico; b. consenso informato anestesilogico; c. scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso, rivalutazione quotidiana del dolore durante il periodo di degenza e dopo somministrazione di terapia condizionata; d. check list chirurgica; e. primo foglio unico di terapia. 2. Migliorare la compilazione della cartella clinica; 3. Organizzare almeno 1 evento formativo sulla corretta compilazione della documentazione sanitaria per le varie strutture	SI	D	5		2.1 Numero di cartelle chiuse in ogni Struttura di degenza contenenti tutti i documenti previsti/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura) >= 80% 2.2 Numero di cartelle chiuse in ogni struttura di degenza con i seguenti documenti compilati in modo completo/Numero di cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per ogni Struttura) >= 40% a. consenso informato chirurgico; b. consenso informato anestesilogico; c. scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso e quotidianamente durante il periodo di degenza e rivalutazione dopo somministrazione di terapia condizionata; d. check list chirurgica; e. primo foglio unico di terapia.		1.>= 80% 2.>= 40%
3.6	3.26	RISCHIO CLINICO: Antimicrobial Stewardship: Organizzare l'attivita' formativa per il personale medico sui seguenti temi: - lettura dell'antibiogramma - prescrizione antibiotica mirata - linee guida regionali sulle infezioni pediatriche - sepsi associata alle pratiche assistenziali	SI	D	5		Il personale medico (almeno 1 medico per ogni Unit� operativa) ha partecipato al corso di formazione		almeno 1 medico

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica

**Responsabile:
prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	4.2	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS	SI	D	10		Almeno uno dei seguenti criteri soddisfatto: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato.		si/no
	4.3	Partecipare alle attivita' formative nell'ambito della metodologia della ricerca.	SI	D	5		Almeno un'unita' afferente alla struttura ha partecipato ad un corso.		Evidenza di partecipazione
3.3.9	6.6	Garantire la copertura delle prescrizioni personalizzate con iter elettronico tramite PSM.	SI	D	5		Il 90% delle prescrizioni di farmaci destinate alla distribuzione diretta sono inseriti in PSM.		>=90%
3.5.2	10.46	Proseguire con l'attivita' di riconoscimento delle emergenze ostetrico ginecologiche nell'area triestina	SI	D	10		Documento inviato in DCS entro il 31/10/2019		entro il 31/10/2019
3.1.3	10.47	Su richiesta di ASUITS concordato con la Dott.ssa Maggiore: Identificare soggetti a rischio in eta' < 50 anni per carcinoma mammario/ovarico attraverso la costituzione di una rete con i 4 distretti a percorsi alternativi rispetto a quanto proposto dallo screening regionale.	SI	D	5		Incontro (settembre 2019) per la definizione del percorso attuato: Almeno 10 donne per ogni distretto identificate e avviate al percorso valutazione del rischio.		evidenza documentale
	10.54	Ottimizzare le risorse assegnate alle attivita' chirurgiche	SI	D	10		1. Corretta e completa compilazione del Registro Operatorio - entro il mese successivo il 100% delle schede del Registro Operatorio sono complete. 2. Per i pazienti in elezione con rischio ASA1 incisione della cute entro le ore 9		1. 100% 2. >=90%
3.1.17	11.1	Partecipare al percorso formativo programmato a livello regionale sull'allattamento al seno.	SI	D	10		80% operatori dedicati in servizio presso l'IRCCS formati.		80% operatori formati

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica

Responsabile:
prof. Giuseppe Ricci

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che ne verifica la validita' gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell'ultimo triennio.	SI	D	5		1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%
3.3.9	15.1	PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA: Garantire il ricorso alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 65% di tutti pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalita' prescrittive	SI	D	5		% PT informatizzati per medicinali soggetti a nota AIFA 39 o 74 >= 65% rispetto al totale dei PT redatti dall'IRCCS % di PT informatizzati (> 65%) calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (informatizzati + cartacei) e comunicato a fine anno alla DCS, per i medicinali indicati.		si
4	15.8	Utilizzare la firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet e la cartella informatizzata	SI	D	10		1. Firma digitale negli applicativi gestionali del G2 clinico utilizzata; 2. Firma digitale nella lettera di dimissione utilizzata.	1. 51% 2. 22%	1.>95% 2.>98%
3.6	3.12	RISCHIO CLINICO: Implementare le raccomandazioni ministeriali sugli eventi sentinella	NO	D			procedura iredatta e pubblicata su intranet per morte materna correlata al travaglio e/o parto (Racc. n. 6)		si
3.6	3.13	RISCHIO CLINICO: Applicare i protocolli per la corretta identificazione del paziente	NO	D			2. Almeno 2 verifiche/anno effettuate: a) Numero di pazienti presenti al momento dell'osservazione nelle strutture di degenza con braccialetto identificativo/Numero totale dei pazienti presenti al momento dell' osservazione; b) Numero di corrette identificazioni del paziente/Numero totale delle procedure che richiedono identificazione nel periodo indice;		2. a)>= 80% b)>= 75%

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica

**Responsabile:
prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.22	RISCHIO CLINCO: Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE" 1. Attuare la strategia multimodale proposta dall'OMS; 2. Valutare le performance degli operatori mediante osservazione diretta e feedback dei risultati.	NO	D			1. Compliance > 70%		1.> 70%
3.6	3.29	RISCHIO CLINCO: Garantire qualita' e sicurezza nella gestione del dolore: 1. Aggiornare la procedura aziendale "Valutazione del dolore"; 2. Monitorare la valutazione e rivalutazione del dolore; 3. Formalizzare una procedura per tutte le fasi del percorso di parto-analgesia.	NO	D			2.1 standard da raggiungere: a. Numero di cartelle chiuse contenenti la scheda di valutazione del dolore entro 24 ore dall'ingresso compilata in modo completo/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per struttura) >= 80% b. Monitoraggio quotidiano del dolore in 5 cartelle chiuse (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per struttura): Numero di cartelle con registrazione quotidiana completa del dolore/Numero cartelle selezionate >= 80% c. Numero di cartelle chiuse con presenza della rivalutazione del dolore entro 2 ore per ogni episodio con valore > 4/Numero cartelle selezionate (5 cartelle verificate a bimestre=30 cartelle verificate/anno per Struttura) >= 80%		2.1 abc >= 80%
3.6	3.30	RISCHIO CLINCO: violenza sugli operatori: formazione dedicata agli operatori sanitari per prevenire gli atti di violenza a loro danno	NO	D			Il personale (almeno 2 operatori per ogni Unità operativa) ha partecipato al corso di formazione.		almeno 2 operatori
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell' IRCCS.	NO	D			Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF. (coerenti con il mandato dell' IRCCS e affiliazione corretta)	Pubbl=15; IF=57	=2018 +/- 10%
	7.3	Trattamenti dati personali - conformita' al GDPR e D.lgs. 101/2018	NO	D			- Presenza PIA per trattamenti sanitari; - Presenza consensi previsti; - Presenza consensi al FSE in caso di implementazione dello stesso.		evidenza documentale

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica

**Responsabile:
prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.1.17	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	NO	D			- Evidenza dell'approvazione formale della Politica aziendale e diffusione dei contenuti alla cittadinanza; - Analisi e predisposizione del cronoprogramma per il raggiungimento dei 10 passi e delle 2 raccomandazioni.		si
	9.7	Percorso nascita - conformita' normativa.	NO	D			- Conformita' alla DGR 1083/2012 e superamento della verifica di rinnovo; - Miglioramento dell'organizzazione.		evidenza documentale
3.1.3	10.1	Gestire la transizione del programma regionale di screening della cervice ad HPV-DNA.	NO	D			HPV-DNA primari e tutte le letture dei pap-test secondari inviati presso l'Anatomia Patologica di ASUITs .		si
3.5.5	10.31	Integrazione territorio-ospedale: Collaborare alla realizzazione dell'Agenda della gravidanza e la implementarla sul territorio di competenza.	NO	D			Evidenza della collaborazione		si
3.5.5	10.33	Tagli cesarei primari e parti indotti : tagli cesarei primari nei PN di II livello o comunque con > 1.000 parti/anno: <= 25%	NO	D			tagli cesarei primari nei PN di II livello o comunque con > 1.000 parti/anno: <= 25%		<= 25%
3.5.5	10.35	Promuovere: - programmi di formazione per gli operatori di sala parto per il mantenimento delle competenze e abilita' tecniche e non tecniche,i corsi di formazione in simulazione rivolti anche agli operatori di sala parto dei PN di I livello; -corsi di formazione rivolti alle ostetriche che seguono il percorso gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica, di cui alla DGR 723/2018.	NO	D			Evidenza di partecipazione ai corsi		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Materno Neonatale e delle Terapie Intensive

Struttura: S.C. Universitaria Clinica Ostetrica e Ginecologica

**Responsabile:
prof. Giuseppe Ricci**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.5.7	10.44	Garantire i livelli di assistenza previsti dal DPCM 12 gennaio 2017 nel rispetto dei criteri di appropriatezza e perseguendo il miglioramento continuo dei risultati e degli esiti delle prestazioni: Ridurre del numero di ricoveri in DH medico per acuti con finalita' diagnostica, ricorrendo anche ad un maggiore utilizzo del day service, portando la percentuale al di sotto del 20% per gli adulti e del 40% per i pediatrici	NO	D			DH con finalita' diagnostica < 20%		<40%
	10.58	1. La percentuale di SDO archiviate deve essere uguale al 100% dei dimessi; 2. Le richieste di apertura delle SDO archiviate non deve superare il 3% delle SDO archiviate; 3. Le anomalie in merito alla qualita' della compilazione non devono superare in media il 10%	NO	D			1. SDO compilate =100% dei dimessi; 3. Media anomalie della qualita' della compilazione < 10% delle SDO totali.		1.=100% 3.<10%
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	NO	D			- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale
3.1.1	13.1	Veicolare il messaggio dell' importanza della vaccinazione infantile e dell'adozione di stili di vita sani.	NO	D			Evidenza della promozione delle vaccinazioni da parte delle ostetriche e delle personale del nido del centro nascita.		si
3.1.3	13.2	Continuare gli screening cervic uterine di II livello e colposcopie e collaborare all'implementazione della vaccinazione HPV.	NO	D			Evidenza di attivita' svolta		si
3.5.4	15.3	FSE: Attivare il FSE al momento della nascita	NO	D			1. Progetto presentato alla DCS entro il 28/2; 2. Avvio del FSE dal 1/10		1.entro il 28/2 2.dal 1/10

Totale pesi: 100

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.S.D. R. Diagnostica Avanzata Microbiologica Traslazionale

Responsabile:
prof.ssa Manola Comar

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.1.15	3.5	Completare in maniera coordinata il PDTA sulla gestione di laboratorio delle Malattie Sessualmente Trasmesse	SI	D	5		PDTA completato e diffuso alle Aziende Sanitarie.		Evidenza di coordinamento
3.1.16	3.8	Comunicazione del rischio e gestione delle emergenze: 1. Sviluppare metodologie molecolari per la caratterizzazione del micro bioma ambientale e interventi di sorveglianza; 2. Attivare nuovi percorsi tecnologico per la sorveglianza delle infezioni in Terapia Intensiva Neonatale; 3. Collaborare con l'Universita' di Ferrara per protocolli nazionali riguardanti la gestione delle farmaco resistenze; 4. Partecipare ai lavori del tavolo nazionale del Ministero della Salute riguardanti il piano nazionale per la la gestione di processi critici in ambito ostetrico e ginecologico;	SI	D	15		1. Metodologie molecolari per la caratterizzazione del microbioma ambientale e interventi di sorveglianza messe a punto; 2. Almeno un nuovo percorso tecnologico per la sorveglianza delle infezioni in Terapia Intensiva Neonatale attuato; 3. Evidenza della collaborazione 4. Evidenza di partecipazione; 5. 5a. Evidenza di percorso attivato 5b. evidenza di collaborazione con centri nazionali dedicati.		1.evidenza delle metodologie molecolari messe a punto 2.evidenza di un percorso attuato 3. Evidenza della collaborazione 4.evidenza di partecipazione 5a.b.evidenza di percorso attivato e di collaborazione
3.6	3.9	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure del'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	D	5		2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		si
	4.2	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS	SI	D	20		Almeno uno dei seguenti criteri soddisfatto: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato.		si/no

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.S.D. R. Diagnostica Avanzata Microbiologica Traslazionale

Responsabile:
prof.ssa Manola Comar

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	4.7	Collaborare a progetti di ricerca europei o ad attivita' scientifica su tematiche trasversali dei gruppi di ricerca afferenti alla SSD	SI	D	10		Evidenza di collaborazione		
3.4	8.5	Mantere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	SI	D	10		1.Rivisitare le analisi dei rischi (revisione 2019); 2.Rivisitare le SWOTT analysis del servizio (revisione 2019); 3.Identificare le fasi con grado di rischio > 8; 4.Stabilire gli obiettivi di miglioramento per abbattere detto alto rischio.	si	
	8.18	Attivare percorsi inerenti al processo di certificazione dei laboratori di ricerca afferenti alla SSD	SI	D	10		Evidenza di proposta di percorsi da attivare		
	10.59	Partecipare ai gruppi di lavoro per proseguire l'attuazione dell'organizzazione prevista dal Piano della Medicina di Laboratorio	SI	D	5		Evidenza di partecipazione	si	
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	SI	D	5		- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.	100% del personale	
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che neverifica la validita'gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell' ultimo triennio.	SI	D	5		1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)	1. e 2. >=50%	
4	15.8	Utilizzare la firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet e la cartella informatizzata	SI	D	10		Firma digitale negli applicativi relativi a Laboratorio e microbiologia utilizzata.	98%	>98%

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.S.D. R. Diagnostica Avanzata Microbiologica Traslazionale

Responsabile:
prof.ssa Manola Comar

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell' IRCCS.	NO	D			Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF. (coerenti con il mandato dell' IRCCS e affiliazione corretta)	Pubbl=12; IF=42	=2018 +/- 10%
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. Genetica Medica

**Responsabile:
prof. Paolo Gasparini**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.6	3.9	RISCHIO CLINICO: Proseguire la strutturazione della rete Cure Sicure: 1. Aggiornare la Rete Cure Sicure dell'IRCCS 2. Proseguire la formazione dei Link professional	SI	D	5		2. I Link Professional individuati hanno partecipato alla formazione.		si
	4.2	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS	SI	D	20		Almeno uno dei seguenti criteri soddisfatto: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato.		si/no
3.4	8.5	Mantere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	SI	D	10		1.Rivisitare le analisi dei rischi (revisione 2019); 2.Rivisitare le SWOTT analysis del servizio (revisione 2019); 3.Identificare le fasi con grado di rischio > 8; 4.Stabilire gli obiettivi di miglioramento per abbattere detto alto rischio.		si
3.1.3	10.2	Continuare a partecipare alle attivita' della Breast Unit di ASUTs anche con le attivita' erogata da parte della genetica.	SI	D	5		Evidenza di partecipazione alle attivita'.		si
	10.48	Redigere una procedura per l'introduzione e lo sviluppo di nuovi esami (Laboratorio e Microbiologia) che contempli tutte le fasi di progettazione del passaggio di una prestazione per ricerca a prestazione erogabile in assistenza, che disciplini le responsabilita' degli attori del processo.	SI	D	20		Procedura formalizzata redatta con i seguenti requisiti: - Giustificazione della denominazione "traslazionale"; - Progettazione normata e tracciata; - Armonizzazione.		evidenza documentale
3.5.6	10.60	Evidenza di proposta di inserimento della prestazione- Genotipizzazione di RHD fetale su DNA fetale libero nel circolo materno - nel nomenclatore tariffario regionale, seguendo uno specifico PDTA per l'identificazione dei casi e la loro valutazione clinica, da parte del Comitato Nascita Regionale.	SI	D	10		Evidenza di proposta		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. Genetica Medica

**Responsabile:
prof. Paolo Gasparini**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	SI	D	5		- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che neverifica la validita'gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell' ultimo triennio.	SI	D	5		1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%
3.1.4	13.3	Fibrosi cistica: Avviare attivita' di screening di popolazione con Fibrosi Cistica	SI	D	10		Entro il 31/12/2019 Screening attivato.		si
	14.7	Coerenza tra le prestazioni di laboratorio erogabili attraverso sistema di prenotazione CUP e quelle disponibili sul sito	SI	D	5		sito web Aggiornato, implementato, in coerenza con gli elenchi in mano al CUP: - Prestazioni aggiornate sul sito web - Sezione Servizi - Prestazioni di laboratorio/genetiche		si
3.3.9	15.1	PRESCRIZIONE INFORMATIZZATA: Garantire il ricorso alla prescrizione informatizzata dei piani terapeutici implementati/disponibili a sistema, tramite l'applicativo PSM-PT, in almeno il 65% di tutti pazienti che necessitano di medicinali soggetti a tali modalita' prescrittive	SI	D	5		% PT informatizzati per medicinali soggetti a nota AIFA 39 o 74 >= 65% rispetto al totale dei PT redatti dall'IRCCS % di PT informatizzati (> 65%) calcolata rispetto al totale dei Piani terapeutici redatti dalla struttura (informatizzati + cartacei) e comunicato a fine anno alla DCS, per i medicinali indicati.		si
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell' IRCCS.	NO	D			Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF. (coerenti con il mandato dell' IRCCS e affiliazione corretta)	Pubbl=29; IF=169	=2018 +/- 10%

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. Genetica Medica

Responsabile:
prof. Paolo Gasparini

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
4	15.8	Utilizzare la firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet e la cartella informatizzata	NO	D			Firma digitale dei referti di Genetica ultizzata;	99%	>95%
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Radiologia Pediatrica

Responsabile:
dott. Massimo Gregori

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.8.1	2.4	TEMPI DI ATTESA: Garantire i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.	SI	D	30		Prestazioni ambulatoriali di RMN e Ecografie garantite secondo la priorit�: 1. priorit� B (10 giorni) 2. priorit� D (60 giorni) 3. priorit� P (180 giorni)		1. >=95% 2. >=90% 3. >=85%
	4.2	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS	SI	D	10		Almeno uno dei seguenti criteri soddisfatto: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato.		si/no
3.4	8.5	Mantere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	SI	D	10		1.Rivisitare le analisi dei rischi (revisione 2019); 2.Rivisitare le SWOTT analysis del servizio (revisione 2019); 3.Identificare le fasi con grado di rischio > 8; 4.Stabilire gli obiettivi di miglioramento per abbattere detto alto rischio.		si
	10.50	Migliorare la tenuta sotto controllo della funzionalita' del Defibrillatore della Radiologia pediatrica e della composizione del carrello farmaci presenti nell'area RM della Radiologia pediatrica.	SI	D	25		1. Evidenza di adattamento della procedura aziendale alla propria strumentazione; 2. Check list di verifica con la frequenza richiesta applicata.		evidenza documentale
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	SI	D	5		- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che neverifica la validita'gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell'ultimo triennio.	SI	D	10		1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Radiologia Pediatrica

Responsabile:
dott. Massimo Gregori

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.5.4	15.2	TELE-REFERTAZIONE: Sviluppo e operativita' del sistema di tele-refertazione per second opinion in radiologia pediatrica.	SI	D	10		Sistema di tele-refertazione per second opinion in radiologia pediatrica sviluppato		si
3.6	3.22	RISCHIO CLINCO: Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza: Partecipare al progetto regionale "CLEAN CARE IS SAFER CARE" 1. Attuare la strategia multimodale proposta dall'OMS; 2. Valutare le performance degli operatori mediante osservazione diretta e feedback dei risultati.	NO	D			1. Compliance > 70%		1.> 70%
3.6	3.30	RISCHIO CLINCO: violenza sugli operatori: formazione dedicata agli operatori sanitari per prevenire gli atti di violenza a loro danno	NO	D			Il personale (almeno 2 operatori per ogni Unità operativa) ha partecipato al corso di formazione.		almeno 2 operatori
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell' IRCCS.	NO	D			Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF. (coerenti con il mandato dell' IRCCS e affiliazione corretta)	Pubbl=11; IF=54	=2018 +/- 10%
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale

Responsabile:
dott. Oriano Radillo

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	4.2	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS	SI	D	10		Almeno uno dei seguenti criteri soddisfatto: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato.		si/no
3.4	8.5	Mantere la certificazione ai sensi della norma ISO 9001:2015	SI	D	10		1.Rivisitare le analisi dei rischi (revisione 2019); 2.Rivisitare le SWOTT analysis del servizio (revisione 2019); 3.Identificare le fasi con grado di rischio > 8; 4.Stabilire gli obiettivi di miglioramento per abbattere detto alto rischio.		si
	10.48	Redigere una procedura per l'introduzione e lo sviluppo di nuovi esami (Laboratorio e Microbiologia) che contempli tutte le fasi di progettazione del passaggio di una prestazione per ricerca a prestazione erogabile in assistenza, che disciplini le responsabilita' degli attori del processo.	SI	D	20		Procedura formalizzata redatta con i seguenti requisiti: - Giustificazione della denominazione "traslazionale"; - Progettazione normata e tracciata; - Armonizzazione.		si
	10.49	Identificare le anomalie di trasporto dei campioni biologici che pervengono all'IRCCS: - Dimensionamento della problematica; - Appropriatezza conservazione campione biologico; - Appropriatezza trasporti; - Abbattimento non conformita' e relativi costi.	SI	D	20		- Presenza schede di NC compilate e trattate; - Presenza analisi dei dati aggregati; - Evidenza feed-back a prescrittore; - Evidenza feed-back a centro smistamento; - Evidenza incontri per rivisitazione trasporti.		evidenza documentale
	10.59	Partecipare ai gruppi di lavoro per proseguire l'attuazione dell'organizzazione prevista dal Piano della Medicina di Laboratorio	SI	D	10		Evidenza di partecipazione		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale

Responsabile:
dott. Oriano Radillo

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che neverifica la validita'gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell' ultimo triennio.	SI	D	10		1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%
	14.7	Coerenza tra le prestazioni di laboratorio erogabili attraverso sistema di prenotazione CUP e quelle disponibili sul sito	SI	D	10		sito web Aggiornato, implementato, in coerenza con gli elenchi in mano al CUP: - Prestazioni aggiornate sul sito web - Sezione Servizi - Prestazioni di laboratorio/genetiche		si
4	15.8	Utilizzare la firma digitale nel G2 clinico, Dnlab, Cardionet e la cartella informatizzata	SI	D	10		Firma digitale negli applicativi relativi a Laboratorio e microbiologia utilizzata.	98%	>98%
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell' IRCCS.	NO	D			Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF. (coerenti con il mandato dell' IRCCS e affiliazione corretta)	Pubbl=8; IF=27	=2018 +/- 10%
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	NO	D			- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale
Totale pesi: 100									

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Epidemiologia Clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari

**Responsabile:
dott. Luca Ronfani**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	4.2	Incrementare l'attivita' internazionale dell'IRCCS	SI	E	10	10	Almeno uno dei seguenti criteri soddisfatto: - Almeno un progetto di ricerca internazionale presentato; - Evidenza di un accordo di collaborazione; - Corso e/o convegno organizzato.		si/no
	4.5	Istituire l'Ufficio per il sostegno, l'implementazione e la disseminazione dei risultati di studi di coorte.	SI	E	15	15	Evidenza documentale		si
	4.6	Sviluppare le attivita' previste dal progetto Quando (qualita' alla Nascita e Diritti Ora)	SI	E	20	20	Evidenza dell'attivita' svolta.		
3.1.17	8.1	Partecipare alle attivita' previste per raggiungere la certificazione UNICEF "Ospedale amico del bambino"	SI	E	5	5	- Evidenza dell'approvazione formale della Politica aziendale e diffusione dei contenuti alla cittadinanza; - Analisi e predisposizione del cronoprogramma per il raggiungimento dei 10 passi e delle 2 raccomandazioni.		si
3.5.4	10.26	Consolidare il modello previsto per la Chirurgia pediatrica e proposta di un modello per la chirurgia specialistica in ambito pediatrico.	SI	E	10	10	-Evidenza di analisi dell attivita' delle cliniche specialiste in FVG		si
	11.2	Garantire i percorsi/obblighi in tema di formazione in ottemperanza a quanto previsto dal sistema ECM regionale.	SI	E	5	5	- Login FVG attivato; - Iscrizioni online effettuate.		100% del personale

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Epidemiologia Clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari

Responsabile:
dott. Luca Ronfani

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
	12.4	1. Partecipare ai corsi di formazione in materia di salute e sicurezza dei lavoratori ai sensi dell'art 37 comma 2 del d. lgs 81/08: formazione generale o specifica o antincendio. 2. Consegnare al Servizio prevenzione e protezione aziendale che ne verifica la validita' gli attestati di partecipazione ai corsi di formazione generale e specifica o antincendio in tema di sicurezza ai sensi dell'art 37 comma 2 del d.lgs 81/08 eseguiti al di fuori dell'Istituto ed effettuati nell'ultimo triennio.	SI	E	5	5	1. e 2. Evidenza di partecipazione del personale della struttura o evidenza di attestato previa validazione dell SPPA di partecipazione presso altri enti (>=50%)		1. e 2. >=50%
3.1.13	13.4	1. Realizzare, in collaborazione con Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende del FVG, la raccolta dati periodica nelle scuole relativa al Progetto OKKIO alla Salute; 2. Predisposizione del report sui risultati della rilevazione HBSC realizzata nel 2018; 3. Restituzione al personale dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende del FVG e delle scuole il report 2018.	SI	E	5	5	1. Raccolta dati nelle scuole relativa al Progetto OKKIO alla Salute realizzata; 2. Report con i risultati della rilevazione HBSC realizzata nel 2018 predisposto e inviato alla DCS; 3. Risultati della rilevazione HBSC realizzata nel 2018 al personale Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende del FVG e delle scuole restituiti.		1. evidenza dati raccolti; 2. reporti inviato alla DCS; 3.Evidenza restituzione dati
3.1.13	13.13	Mantenere il registro regionale endometriosi ex art. 3 LR n. 18/2012.	SI	E	5	5	- Tenuta del registro regionale di patologia; - Stima di incidenza e prevalenza di endometriosi nella popolazione residente in regione.		si
3.1.13	13.14	Mantenere la collaborazione con il network Global Burden of Disease.	SI	E	20	20	-Stime nazionali valutate e verificate; -Eventuale produzione di stime preliminari regionali.		si
	4.1	Mantenere la performance scientifica dell' IRCCS.	NO	E			Mantenimento del n. di pubblicazioni e/o dell' IF. (coerenti con il mandato dell' IRCCS e affiliazione corretta)	Pubbl=30; IF=444	=2018 +/- 10%
3.5.4	6.10	Farmaci galenici pediatrici: definire un modello per la centralizzazione presso l'IRCCS Burlo Garofolo della produzione di farmaci galenici	NO	E			Tavolo regionale con la partecipazione di Federfarma per la valutazione di un percorso condiviso sulla galenica attivato.		si

Obiettivi di attivita' 2019

Dipartimento: Dipartimento dei Servizi e di Diagnostica Avanzata

Struttura: S.C. R Epidemiologia Clinica e Ricerca sui Servizi Sanitari

**Responsabile:
dott. Luca Ronfani**

Linea	ID	Ob.struttura	INC	Area	Peso D	Peso C	Indicatore	Valore 2018	Soglia
3.2.2.5	10.12	Disturbi del comportamento alimentare: 1. Operativita' dei Centri Diurni presso Burlo; 2. Operativita' dell'Osservatorio epidemiologico.	NO	E			2. Reportistica inviata in DCS per i minori		si
3.5.4	10.25	Definire ed applicare le modalita' operative di trasporto pediatrico.	NO	E			Documento inviato in DCS		si
3.5.4	12.1	Malattie complesse e/o croniche: Definire di un modello assistenziale a rete integrata che assicuri la qualita' e continuita' delle cure con predisposizione di un PDTA che preveda anche la fase di transizione, nei seguenti ambiti: 1Oncoematologia 2Malattie nefrologiche 3Malattie infiammatorie croniche intestinali 4Diabete 5Malattie neuromuscolari	NO	E			- Evidenza di organizzazione e coordinamento dei tavoli per la predisposizione di un PDTA negli ambiti descritti dall'obiettivo		si
3.5.4	12.2	Salute mentale in eta' evolutiva: Il Comitato regionale per l'assistenza pediatrica e adolescenziale collabora con l'Area competente della DCS per attuare gli obiettivi del Piano che riguardano la salute mentale in eta' evolutiva.	NO	E			Evidenza di collaborazione con la DCS		si
3.5.4	13.15	Cure palliative: implementare il modello di rete e definire di un percorso assistenziale.	NO	E			Evidenza di coordinamento ed implementazione del modello di rete e di definizione di un percorso assistenziale.		si
Totale pesi:			100	100					

Allegato 3

**Budget 2019
assegnato ai centri di risorsa aziendali**

Livello						VOCE MODELLO CE	voce COAN	Preventivo 2019	Ricerca corrente e finalizzata	Preventivo 2019 senza ricerca	Proposta assegnazione budget CdR SC Gestione tecnica e realizzazione del nuovo Ospedale	Proposta assegnazione budget CdR SC Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti	Proposta assegnazione budget CdR S.S.D. Politiche del personale	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Affari generali e legali	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Sanitaria	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Scientifica	Proposta assegnazione budget CdR Ufficio Formazione	TOTALE assegnato
I	II	III	IV	V	VI														
300	0	0	0	0	0	ACQUISTI DI BENI													
300	100					Acquisti di beni sanitari		-	-	-									
300	100	100				Prodotti farmaceutici ed emoderivati		-	-	-									
300	100	100	100			Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	300MEDIC.AIC	4.876.427,00		4.876.427,00		4.876.427,00							4.876.427,00
300	100	100	200			Medicinali senza AIC	300MED.N.AIC	106.072,00		106.072,00		106.072,00							106.072,00
300	100	100	300			Emoderivati di produzione regionale	300EMOD.REGI	-	-	-		-							-
300	100	200				Sangue ed emocomponenti		-	-	-		-							-
300	100	200	100			da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) – Mobilità intraregionale		-	-	-		-							-
300	100	200	200			da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche extra Regione) – Mobilità extraregionale		-	-	-		-							-
300	100	200	300			da altri soggetti		-	-	-		-							-
300	100	300				Dispositivi medici		-	-	-		-							-
300	100	300	300			Dispositivi medici	300DISPOSITI	3.100.493,00		3.100.493,00		3.100.493,00							3.100.493,00
300	100	300	200			Dispositivi medici impiantabili attivi	300DISP.IMP.	686.680,00		686.680,00		686.680,00							686.680,00
300	100	300	300			Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	300DISP.IVD.	1.668.400,00	468.400,00	1.200.000,00		1.668.400,00							1.668.400,00
300	100	400				Prodotti dietetici	300DIETETICI	20.000,00		20.000,00		20.000,00							20.000,00
300	100	500				Materiali per la profilassi (vaccini)	300M.VACCINI	8.431,00		8.431,00		8.431,00							8.431,00
300	100	600				Prodotti chimici	300P.CHIMIC	6.500,00		6.500,00		6.500,00							6.500,00
300	100	700				Materiali e prodotti per uso veterinario	300VETERINAR	-	-	-		-							-
300	100	800				Altri beni e prodotti sanitari	300A.BEN.SAN	566.266,00	226.266,00	340.000,00		566.266,00							566.266,00
300		900				Beni e prodotti sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione		-	-	-		-							-
300	100	900	50			Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	300MEDIC.AIC			-		-							-
300	100	900	100			Medicinali senza AIC	300MED.N.AIC			-		-							-
300	100	900	150			Emoderivati di produzione regionale	300EMOD.REGI			-		-							-
300	100	900	200			Dispositivi medici	300DISPOSITI			-		-							-
300	100	900	250			Dispositivi medici impiantabili attivi	300DISP.IMP.			-		-							-
300	100	900	300			Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	300DISP.IVD.			-		-							-
300	100	900	350			Prodotti dietetici	300DIETETICI			-		-							-
300	100	900	400			Materiali per la profilassi (vaccini)	300M.VACCINI			-		-							-
300	100	900	450			Prodotti chimici	300P.CHIMIC			-		-							-
300	100	900	500			Materiali e prodotti per uso veterinario	300VETERINAR			-		-							-
300	100	900	900			Altri beni e prodotti sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	300A.BEN.SAN			-		-							-
300	200					Acquisti di beni non sanitari		-	-	-		-							-
300	200	100				Prodotti alimentari	100ALIMENTA	10.000,00	5.000,00	5.000,00		10.000,00							10.000,00
300	200	200				Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	100GUARDAROB	145.000,00		145.000,00		145.000,00							145.000,00
300	200	300				Combustibili, carburanti e lubrificanti	100COMBUSTIB	10.000,00		10.000,00		10.000,00							10.000,00
300	200	400				Supporti informatici e cancelleria		-	-	-		-							-
300	200	400	100			Cancelleria e stampati	300CANCELLER	110.000,00		110.000,00		110.000,00							110.000,00
300	200	400	200			Materiali di consumo per l'informatica	300INFORMATI	68.346,00	8.346,00	60.000,00		68.346,00							68.346,00
300	200	400	300			Materiale didattico, audiovisivo e fotografico	300DIDATTICO	15.000,00		15.000,00		15.000,00							15.000,00
300	200	500				Materiale per la manutenzione		-	-	-		-							-
300	200	500	100			Materiali ed accessori per beni sanitari	300MAN.B.SAN	20.000,00		20.000,00		20.000,00							20.000,00
300	200	500	200			Materiali ed accessori per beni non sanitari	300MANB.N.SA	3.000,00		3.000,00		3.000,00							3.000,00
300	200	600				Altri beni e prodotti non sanitari	300A.BEN.N.S	96.045,00	56.045,00	40.000,00		96.045,00							96.045,00
300	200	700				Beni e prodotti non sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione		-	-	-		-							-
300	200	700	100			Prodotti alimentari				-		-							-
300	200	700	200			Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere				-		-							-
300	200	700	300			Combustibili, carburanti e lubrificanti				-		-							-
300	200	700	400			Supporti informatici e cancelleria				-		-							-
300	200	700	500			Materiale per la manutenzione				-		-							-
300	200	700	900			Altri beni e prodotti non sanitari da Aziende sanitarie pubbliche della Regione				-		-							-
305	0	0	0	0	0	ACQUISTI DI SERVIZI				-									-
305	100					Acquisti servizi sanitari		-	-	-		-							-
305	100	50				Acquisti servizi sanitari per medicina di base		-	-	-		-							-
305	100	50	100			- da convenzione		-	-	-		-							-
305	100	50	100	10		Costi per assistenza MMG		-	-	-		-							-
305	100	50	100	10		5 Quota capitaria nazionale		-	-	-		-							-
305	100	50	100	10		10 Compensi da fondo ponderazione		-	-	-		-							-
305	100	50	100	10		15 Compensi da fondo qualità dell'assistenza		-	-	-		-							-
305	100	50	100	10		20 Compensi da fondo quota capitaria regionale		-	-	-		-							-
305	100	50	100	10		25 Compensi extra derivanti da accordi nazionali		-	-	-		-							-
305	100	50	100	10		30 Compensi da accordi regionali		-	-	-		-							-
305	100	50	100	10		35 Compensi da accordi aziendali		-	-	-		-							-
305	100	50	100	10		40 Premi assicurativi malattia		-	-	-		-							-
305	100	50	100	10		45 Formazione		-	-	-		-							-
305	100	50	100	10		50 Altre competenze		-	-	-		-							-
305	100	50	100	10		55 Oneri sociali		-	-	-		-							-
305	100	50	100	20		Costi per assistenza PLS		-	-	-		-							-
305	100	50	100	20		5 Quota capitaria nazionale		-	-	-		-							-
305	100	50	100	20		10 Compensi da fondo ponderazione		-	-	-		-							-
305	100	50	100	20		15 Compensi da fondo qualità dell'assistenza		-	-	-		-							-
305	100	50	100	20		20 Compensi da fondo quota capitaria regionale		-	-	-		-							-
305	100	50	100	20		25 Compensi extra derivanti da accordi nazionali		-	-	-		-							-
305	100	50	100	20		30 Compensi da accordi regionali		-	-	-		-							-

Livello						VOCE MODELLO CE	voce COAN	Preventivo 2019	Ricerca corrente e finalizzata	Preventivo 2019 senza ricerca	Proposta assegnazione budget CdR SC Gestione tecnica e realizzazione del nuovo Ospedale	Proposta assegnazione budget CdR SC Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti	Proposta assegnazione budget CdR S.S.D. Politiche del personale	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Affari generali e legali	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Sanitaria	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Scientifica	Proposta assegnazione budget CdR Ufficio Formazione	TOTALE assegnato
I	II	III	IV	V	VI														
305	100	50	100	20	35	Compensi da accordi aziendali		-	-	-									-
305	100	50	100	20	40	Premi assicurativi malattia		-	-	-									-
305	100	50	100	20	45	Formazione		-	-	-									-
305	100	50	100	20	50	Altre competenze		-	-	-									-
305	100	50	100	20	55	Oneri sociali		-	-	-									-
305	100	50	100	30		Costi per assistenza Continuità assistenziale		-	-	-									-
305	100	50	100	30	5	Compensi fissi Conv. per ass. guardia medica festiva e notturna		-	-	-									-
305	100	50	100	30	10	Compensi fissi Conv. per emergenza sanitaria territoriale		-	-	-									-
305	100	50	100	30	15	Compensi fissi Conv. per ass. guardia medica turistica		-	-	-									-
305	100	50	100	30	20	Compensi da accordi regionali Conv. per ass. guardia medica festiva e notturna		-	-	-									-
305	100	50	100	30	25	Compensi da accordi regionali Conv. per emergenza sanitaria territoriale		-	-	-									-
305	100	50	100	30	30	Compensi da accordi aziendali Conv. per ass. guardia medica festiva e notturna		-	-	-									-
305	100	50	100	30	35	Compensi da accordi aziendali Conv. per emergenza sanitaria territoriale		-	-	-									-
305	100	50	100	30	40	Altri compensi		-	-	-									-
305	100	50	100	30	45	Premi assicurativi malattia Conv. per ass. guardia medica festiva e notturna		-	-	-									-
305	100	50	100	30	50	Premi assicurativi malattia Conv. per emergenza sanitaria territoriale		-	-	-									-
305	100	50	100	30	55	Premi assicurativi malattia Conv. per ass. guardia medica turistica		-	-	-									-
305	100	50	100	30	60	Oneri sociali Conv. per ass. guardia medica festiva e notturna		-	-	-									-
305	100	50	100	30	65	Oneri sociali Conv. per emergenza sanitaria territoriale		-	-	-									-
305	100	50	100	30	70	Oneri sociali Conv. per ass. guardia medica turistica		-	-	-									-
305	100	50	100	40		Altro (medicina dei servizi, psicologi, medici 118, ecc)		-	-	-									-
305	100	50	100	40	5	Compensi fissi		-	-	-									-
305	100	50	100	40	10	Compensi da fondo ponderazione		-	-	-									-
305	100	50	100	40	15	Compensi extra derivanti da accordi nazionali		-	-	-									-
305	100	50	100	40	20	Compensi da accordi regionali		-	-	-									-
305	100	50	100	40	25	Compensi da accordi aziendali		-	-	-									-
305	100	50	100	40	30	Altre competenze		-	-	-									-
305	100	50	100	40	35	Oneri sociali		-	-	-									-
305	100	50	100	40	40	Medicina fiscale		-	-	-									-
305	100	50	200			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale		-	-	-									-
305	100	50	300			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche Extraregione) - Mobilità extraregionale		-	-	-									-
305	100	100				Acquisti servizi sanitari per farmaceutica		-	-	-									-
305	100	100	100			- da convenzione		-	-	-									-
305	100	100	100	10		Prodotti farmaceutici e galenici		-	-	-									-
305	100	100	100	20		Contributi farmacie rurali ed Enpaf		-	-	-									-
305	100	100	200			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)- Mobilità intraregionale		-	-	-									-
305	100	100	300			- da pubblico (Extraregione)		-	-	-									-
305	100	150				Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale		-	-	-									-
305	100	150	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)		-	-	-									-
305	100	150	100	10		Acquisto di prestazioni ambulatoriali e diagnostiche regionali		-	-	-									-
305	100	150	100	20		Acquisto di prestazioni ambulatoriali e diagnostiche regionali fatturate		530.000,00	-	530.000,00						530.000,00			530.000,00
305	100	150	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)		-	-	-						-			-
305	100	150	300			- da pubblico (Extraregione)		-	-	-						-			-
305	100	150	300	10		Acquisto di prestazioni ambulatoriali e diagnostiche extraregione in compensazione		-	-	-						-			-
305	100	150	300	20		Acquisto di prestazioni ambulatoriali e diagnostiche extraregione fatturate		610.000,00	-	610.000,00						610.000,00			610.000,00
305	100	150	400			- da privato - Medici SUMAI		-	-	-						-			-
305	100	150	400	10		Compensi fissi		-	-	-						-			-
305	100	150	400	20		Compensi da fondo ponderazione		-	-	-						-			-
305	100	150	400	30		Compensi extra derivanti da accordi nazionali		-	-	-						-			-
305	100	150	400	40		Compensi da accordi regionali		-	-	-						-			-
305	100	150	400	50		Compensi da accordi aziendali		-	-	-						-			-
305	100	150	400	60		Altre competenze		-	-	-						-			-
305	100	150	400	70		Oneri sociali		-	-	-						-			-
305	100	150	500			- da privato		-	-	-						-			-
305	100	150	500	10		Servizi sanitari per assistenza specialistica da IRCCS privati e Policlinici privati		-	-	-						-			-
305	100	150	500	20		Servizi sanitari per assistenza specialistica da Ospedali Classificati privati		-	-	-						-			-
305	100	150	500	30		Servizi sanitari per assistenza specialistica da Case di Cura private		-	-	-						-			-
305	100	150	500	40		Servizi sanitari per assistenza specialistica da altri privati		-	-	-						-			-
305	100	150	600			- da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)		-	-	-						-			-
305	100	200				Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa		-	-	-						-			-
305	100	200	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)		-	-	-						-			-
305	100	200	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)		-	-	-						-			-

Livello						VOCE MODELLO CE	voce COAN	Preventivo 2019	Ricerca corrente e finalizzata	Preventivo 2019 senza ricerca	Proposta assegnazione budget CdR SC Gestione tecnica e realizzazione del nuovo Ospedale	Proposta assegnazione budget CdR SC Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti	Proposta assegnazione budget CdR S.S.D. Politiche del personale	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Affari generali e legali	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Sanitaria	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Scientifica	Proposta assegnazione budget CdR Ufficio Formazione	TOTALE assegnato
I	II	III	IV	V	VI														
305	100	200	300			- da pubblico (Extraregione) non soggetti a compensazione		-		-									-
305	100	200	400			- da privato (intraregionale)		-		-									-
305	100	200	400	10		Assistenza riabilitativa ex art.26 L.833/78 - in regime di ricovero		-		-									-
305	100	200	400	20		Assistenza riabilitativa ex art.26 L.833/78 - in regime ambulatoriale		-		-									-
305	100	200	500			- da privato (extraregionale)		-		-									-
305	100	200	500	10		Assistenza riabilitativa ex art.26 L.833/78 - in regime di ricovero		-		-									-
305	100	200	500	20		Assistenza riabilitativa ex art.26 L.833/78 - in regime ambulatoriale		-		-									-
305	100	250				Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa		-		-									-
305	100	250	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)		-		-									-
305	100	250	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)		-		-									-
305	100	250	300			- da pubblico (Extraregione)		-		-									-
305	100	250	400			- da privato - AFIR		-		-									-
305	100	250	400	10		AFIR farmacie convenzionate		-		-									-
305	100	250	400	20		Fornitura ausili per incontinenti		-		-									-
305	100	250	400	30		Ossigeno terapia domiciliare		-		-									-
305	100	250	400	90		AFIR altro		-		-									-
305	100	300				Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica		-		-									-
305	100	300	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)		-		-									-
305	100	300	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)		-		-									-
305	100	300	300			- da pubblico (Extraregione)		-		-									-
305	100	300	400			- da privato		-		-									-
305	100	300	400	10		Assist. Protesica indiretta art. 26, c. 3 L. 833/78 e DM 2/3/84		-		-									-
305	100	300	400	20		Servizio supporto gestione assistenza protesica		-		-									-
305	100	350				Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera		-		-									-
305	100	350	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)		-		-									-
305	100	350	100	10		Acquisto di prestazioni in regime di ricovero (DRG) regionali		-		-									-
305	100	350	100	20		Acquisto di prestazioni fatturate in regime di ricovero regionali		-		-									-
305	100	350	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)		-		-									-
305	100	350	300			- da pubblico (Extraregione)		-		-									-
305	100	350	300	10		Acquisto di prestazioni in regime di ricovero (DRG) extra regionali		-		-									-
305	100	350	300	20		Acquisto di prestazioni fatturate in regime di ricovero extra regionali		-		-									-
305	100	350	400			- da privato		-		-									-
305	100	350	400	10		Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da IRCCS privati e Policlinici privati		-		-									-
305	100	350	400	20		Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Ospedali Classificati privati		-		-									-
305	100	350	400	30		Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Case di Cura private		-		-									-
305	100	350	400	40		Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da altri privati		-		-									-
305	100	350	500			- da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)		-		-									-
305	100	400				Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale		-		-									-
305	100	400	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)		-		-									-
305	100	400	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)		-		-									-
305	100	400	300			- da pubblico (Extraregione) - non soggette a compensazione		-		-									-
305	100	400	400			- da privato (intraregionale)		-		-									-
305	100	400	500			- da privato (extraregionale)		-		-									-
305	100	450				Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F		-		-									-
305	100	450	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale		-		-									-
305	100	450	100	10		Rimborso costo farmaci		-		-									-
305	100	450	100	20		Servizio di distribuzione		-		-									-
305	100	450	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)		-		-									-
305	100	450	300			- da pubblico (Extraregione)		-		-									-
305	100	450	400			- da privato (intraregionale)		-		-									-
305	100	450	400	10		Compenso distribuzione per conto (DPC)		-		-									-
305	100	450	400	90		Altro		-		-									-
305	100	450	500			- da privato (extraregionale)		-		-									-
305	100	450	600			- da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)		-		-									-
305	100	500				Acquisto prestazioni termali in convenzione		-		-									-
305	100	500	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale		-		-									-
305	100	500	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)		-		-									-
305	100	500	300			- da pubblico (Extraregione)		-		-									-
305	100	500	400			- da privato		-		-									-
305	100	500	500			- da privato per cittadini non residenti - Extraregione (mobilità attiva in compensazione)		-		-									-
305	100	550				Acquisto prestazioni di trasporto sanitario		-		-									-
305	100	550	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale		-		-									-
305	100	550	200			- da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)		-		-									-
305	100	550	300			- da pubblico (Extraregione)		-		-									-

Livello						VOCE MODELLO CE	voce COAN	Preventivo 2019	Ricerca corrente e finalizzata	Preventivo 2019 senza ricerca	Proposta assegnazione budget CdR SC Gestione tecnica e realizzazione del nuovo Ospedale	Proposta assegnazione budget CdR SC Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti	Proposta assegnazione budget CdR S.S.D. Politiche del personale	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Affari generali e legali	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Sanitaria	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Scientifica	Proposta assegnazione budget CdR Ufficio Formazione	TOTALE assegnato
I	II	III	IV	V	VI														
305	100	550	400			- da privato		-		-									-
305	100	550	400	10		Trasporti primari (emergenza)	305TR.PRIMAR	-		-									-
305	100	550	400	20		Trasporti secondari	305TR.SECOND	15.000,00		15.000,00		15.000,00							15.000,00
305	100	550	400	30		Elisoccorso	305ELISOCCOR	-		-									-
305	100	550	400	40		Trasporti nefropatici	305TR.NEFROP	-		-									-
305	100	600				Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria		-		-									-
305	100	600	100			- da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale		-		-									-
305	100	600	200			- da pubblico (altri soggetti pubblici della Regione)		-		-									-
305	100	600	200	10		RSA esterne		-		-									-
305	100	600	200	20		Rimborso per assistenza sanitaria in strutture residenziali e semi residenziali per anziani		-		-									-
305	100	600	200	30		Abbattimento rette anziani non autosufficienti		-		-									-
305	100	600	200	90		Altre prestazioni da pubblico (altri soggetti pubblici della Regione)		-		-									-
305	100	600	300			- da pubblico (Extraregione) non soggette a compensazione		-		-									-
305	100	600	400			- da privato (intraregionale)		-		-									-
305	100	600	400	10		Conv. per ass. ostetrica ed infermieristica		-		-									-
305	100	600	400	20		Conv. per ass. domiciliare -ADI		-		-									-
305	100	600	400	30		RSA esterne		-		-									-
305	100	600	400	40		Rimborso per assistenza sanitaria in strutture residenziali e semi residenziali per anziani		-		-									-
305	100	600	400	50		Abbattimento rette anziani non autosufficienti		-		-									-
305	100	600	400	60		Assist. riabilitativa residenziale e integrativa territoriale per tossicodipendenti		-		-									-
305	100	600	400	70		Convenzioni per attività di consultorio familiare		-		-									-
305	100	600	400	90		Altre prestazioni da privato (intraregionale)		-		-									-
305	100	600	500			- da privato (extraregionale)		-		-									-
305	100	600	500	10		Assist. riabilitativa residenziale e integrativa territoriale per tossicodipendenti		-		-									-
305	100	600	500	90		Altre prestazioni da privato (extraregionale)		-		-									-
305	100	650				Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia)		-		-									-
305	100	650	100			Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area ospedaliera		23.209,00		23.209,00					23.209,00				23.209,00
305	100	650	200			Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area specialistica		423.671,00		423.671,00					423.671,00				423.671,00
305	100	650	300			Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Area sanità pubblica		-		-									-
305	100	650	400			Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex Art. 57-58)		-		-									-
305	100	650	400	10		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza medica e veterinaria		915,00		915,00					915,00				915,00
305	100	650	400	20		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie		43.977,00		43.977,00					43.977,00				43.977,00
305	100	650	400	30		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza medica universitaria		38.733,00		38.733,00					38.733,00				38.733,00
305	100	650	400	90		Oneri su compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro		-		-					-				-
305	100	650	500			Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex Art. 57-58) (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)		-		-					-				-
305	100	650	500	10		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza medica e veterinaria		87.323,00		87.323,00					87.323,00				87.323,00
305	100	650	500	20		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie		-		-					-				-
305	100	650	500	30		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza medica universitaria		700,00		700,00					700,00				700,00
305	100	650	500	90		Oneri su compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro		-		-									-
305	100	650	600			Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro		-		-									-
305	100	650	600	5		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza ruolo professionale		-		-									-
305	100	650	600	10		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza ruolo tecnico		-		-									-
305	100	650	600	15		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza ruolo amministrativo		-		-									-
305	100	650	600	20		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Comparto ruolo sanitario		-		-									-
305	100	650	600	25		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Comparto ruolo professionale		-		-									-
305	100	650	600	30		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Comparto ruolo tecnico		-		-									-
305	100	650	600	35		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Comparto ruolo amministrativo		-		-									-
305	100	650	600	40		Personale di supporto diretto e indiretto		19.875,00		19.875,00					19.875,00				19.875,00
305	100	650	600	45		Quota di perequazione		37.961,00		37.961,00					37.961,00				37.961,00
305	100	650	600	50		Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro		-		-									-
305	100	650	600	90		Oneri su compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro		-		-									-

Livello						VOCE MODELLO CE	voce COAN	Preventivo 2019	Ricerca corrente e finalizzata	Preventivo 2019 senza ricerca	Proposta assegnazione budget CdR SC Gestione tecnica e realizzazione del nuovo Ospedale	Proposta assegnazione budget CdR SC Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti	Proposta assegnazione budget CdR S.S.D. Politiche del personale	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Affari generali e legali	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Sanitaria	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Scientifica	Proposta assegnazione budget CdR Ufficio Formazione	TOTALE assegnato
I	II	III	IV	V	VI														
305	100	650	700			Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)		-	-										-
305	100	650	700	5		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza ruolo professionale		-	-										-
305	100	650	700	10		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza ruolo tecnico		-	-										-
305	100	650	700	15		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Dirigenza ruolo amministrativo		-	-										-
305	100	650	700	20		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Comparto ruolo sanitario		-	-										-
305	100	650	700	25		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Comparto ruolo professionale		-	-										-
305	100	650	700	30		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Comparto ruolo tecnico		-	-										-
305	100	650	700	35		Consulenze a favore di terzi, rimborsate Comparto ruolo amministrativo		-	-										-
305	100	650	700	40		Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro		-	-										-
305	100	650	700	90		Oneri su compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro		-	-										-
305	100	700				Rimborsi, assegni e contributi sanitari		-	-										-
305	100	700	100			Contributi ad associazioni di volontariato		-	-										-
305	100	700	200			Rimborsi per cure all'estero		-	-										-
305	100	700	300			Contributi a società partecipate e/o enti dipendenti della Regione		-	-										-
305	100	700	400			Contributo Legge 210/92		-	-										-
305	100	700	500			Altri rimborsi, assegni e contributi		-	-										-
305	100	700	500	5		Rimborsi per ricoveri in Italia		-	-										-
305	100	700	500	10		Rimborsi per altra assistenza sanitaria		-	-										-
305	100	700	500	15		Contributi ai nefropatici		-	-										-
305	100	700	500	20		Contributi ai donatori di sangue lavoratori		-	-										-
305	100	700	500	25		Altri contributi agli assistiti		-	-										-
305	100	700	500	30		Altri contributi per attività socio - assistenziale		-	-										-
305	100	700	500	35		Contributi ad enti	573.800,00	573.800,00	-								573.800,00		573.800,00
305	100	700	500	40		Rimborsi per responsabilità civile	-	-	-										-
305	100	700	500	45		Rimborsi per attività delegate della Regione	-	-	-										-
305	100	700	500	90		Altri rimborsi, assegni e contributi	25.000,00		25.000,00			25.000,00							25.000,00
305	100	700	600			Rimborsi, assegni e contributi v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-										-
305	100	700	600	10		Rimborsi per attività delegate della Regione	-	-	-										-
305	100	700	600	90		Altri rimborsi, assegni e contributi v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione	1.359.739,00		1.359.739,00							1.359.739,00			1.359.739,00
305	100	750				Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	-	-	-										-
305	100	750	100			Consulenze sanitarie e sociosan. da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	90.000,00		90.000,00							90.000,00			90.000,00
305	100	750	200			Consulenze sanitarie e sociosanit. da terzi - Altri soggetti pubblici	25.000,00		25.000,00							25.000,00			25.000,00
305	100	750	300			Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e socios. da privato	-	-	-										-
305	100	750	300	10		Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000	-	-	-										-
305	100	750	300	20		Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	-	-	-										-
305	100	750	300	20	5	Compensi diretti per prestazioni aggiuntive al personale del comparto	-	-	-										-
305	100	750	300	20	10	Consulenze sanitarie e sociosanitarie da privati	100.000,00		100.000,00							100.000,00			100.000,00
305	100	750	300	20	15	Oneri sociali su consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	-	-	-										-
305	100	750	300	30		Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato	-	-	-										-
305	100	750	300	30	5	Personale esterno con contratto di diritto privato - area sanitaria	-	-	-										-
305	100	750	300	30	10	Costo contrattisti - area sanitaria	33.000,00		33.000,00				33.000,00						33.000,00
305	100	750	300	30	15	Costo contrattisti - ricerca corrente	878.400,00	878.400,00	-				878.400,00						878.400,00
305	100	750	300	30	20	Costo contrattisti - ricerca finalizzata	829.259,00	829.259,00	-				829.259,00						829.259,00
305	100	750	300	40		Indennità a personale universitario - area sanitaria	-	-	-										-
305	100	750	300	40	5	Indennità personale universitario (De Maria)	425.000,00		425.000,00				425.000,00						425.000,00
305	100	750	300	40	10	Oneri sociali	157.000,00		157.000,00				157.000,00						157.000,00
305	100	750	300	50		Lavoro interinale - area sanitaria	400.000,00		400.000,00			400.000,00							400.000,00
305	100	750	300	60		Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	-	-	-				-						-
305	100	750	300	60	5	Costo del personale tirocinante - area sanitaria	-	-	-				-						-
305	100	750	300	60	10	Costo borsisti - area sanitaria	-	-	-				-						-
305	100	750	300	60	15	Costo borsisti - ricerca corrente	98.820,00	98.820,00	-				98.820,00						98.820,00
305	100	750	300	60	20	Costo borsisti - ricerca finalizzata	107.714,00	107.714,00	-				107.714,00						107.714,00
305	100	750	300	60	25	Indennità per commissioni sanitarie	15.000,00		15.000,00				15.000,00						15.000,00
305	100	750	300	60	30	Compensi ai docenti	-	-	-										-
305	100	750	300	60	35	Assegni studio agli allievi	-	-	-										-
305	100	750	300	60	40	Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	-	-	-										-
305	100	750	300	60	90	Oneri sociali su altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	-	-	-										-
305	100	750	400			Rimborso oneri stipendiali del personale sanitario in comando	-	-	-										-

Livello						VOCE MODELLO CE	voce COAN	Preventivo 2019	Ricerca corrente e finalizzata	Preventivo 2019 senza ricerca	Proposta assegnazione budget CdR SC Gestione tecnica e realizzazione del nuovo Ospedale	Proposta assegnazione budget CdR SC Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti	Proposta assegnazione budget CdR S.S.D. Politiche del personale	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Affari generali e legali	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Sanitaria	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Scientifica	Proposta assegnazione budget CdR Ufficio Formazione	TOTALE assegnato
I	II	III	IV	V	VI														
305	100	750	400	10		Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Aziende sanitarie pubbliche della Regione		-	-										-
305	100	750	400	20		Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Regioni, soggetti pubblici e da Università		-	-										-
305	100	750	400	30		Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extraregione)		-	-										-
305	100	800				Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria		-	-										-
305	100	800		100		Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico Aziende sanitarie pubbliche della Regione		-	-										-
305	100	800		200		Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Altri soggetti pubblici della Regione		50.000,00	50.000,00	-		50.000,00							50.000,00
305	100	800		300		Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico (Extraregione)		-	-										-
305	100	800	400			Altri servizi sanitari da privato		-	-										-
305	100	800	400		10	Compensi per sperimentazioni cliniche	305SPERIM.CL	-	-	-									-
305	100	800	400		90	Altri servizi sanitari da privato	305SER.SA.PR	1.032.000,00	109.500,00	822.500,00		1.032.000,00							1.032.000,00
305	100	800		500		Costi per servizi sanitari - Mobilità internazionale passiva		-	-		-								-
305	100	850				Costi per differenziale tariffe TUC		-	-		-								-
305	200					Acquisti di servizi non sanitari		-	-		-								-
305	200	100				Servizi non sanitari		-	-		-								-
305	200	100		50		Lavanderia	305LAVANDERI	260.000,00		260.000,00		260.000,00							260.000,00
305	200	100		100		Pulizia	305PULIZIA	990.000,00		990.000,00		990.000,00							990.000,00
305	200	100		150		Mensa	305MENZA	780.000,00		780.000,00		780.000,00							780.000,00
305	200	100		200		Riscaldamento	305RISCALDAM	1.190.000,00		1.190.000,00	1.190.000,00								1.190.000,00
305	200	100	250			Servizi di assistenza informatica		-	-										-
305	200	100	250		10	Servizio informatico sanitario regionale (SISR)	305SISR	-	-										-
305	200	100	250		20	Elaborazione ricette prescrizioni	305EL.RICETT	-	-										-
305	200	100	250		90	Altri servizi di assistenza informatica	305ASS.INFOR	-	-										-
305	200	100	300			Servizi trasporti (non sanitari)	305TRASP.N.S	260.000,00		260.000,00		260.000,00							260.000,00
305	200	100	350			Smaltimento rifiuti	305SM.RIFIUT	250.000,00		250.000,00		250.000,00							250.000,00
305	200	100	400			Utenze telefoniche		-	-		-								-
305	200	100	400		10	Spese telefoniche	305SP.TELEFO	60.000,00		60.000,00		60.000,00							60.000,00
305	200	100	400		20	Internet	305INTERNET	-	-										-
305	200	100	450			Utenze elettricità	305ELETRICI	800.000,00		800.000,00	800.000,00								800.000,00
305	200	100	500			Altre utenze		-	-										-
305	200	100	500		10	Acqua	305ACQUA	186.000,00		186.000,00	186.000,00								186.000,00
305	200	100	500		20	Gas	305GAS	1.000,00		1.000,00	1.000,00								1.000,00
305	200	100	500		30	Canoni radiotelevisivi	305CANONI.TV	407,00		407,00		407,00							407,00
305	200	100	500		40	Banche dati	305BANCA.DAT	-	-										-
305	200	100	500		50	Altre utenze	305UTENZE.AL	-	-										-
305	200	100	550			Premi di assicurazione		-	-										-
305	200	100	550		10	Premi di assicurazione - R.C. Professionale		-	-						85.000,00				-
305	200	100	550		20	Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi		85.000,00		85.000,00									85.000,00
305	200	100	600			Altri servizi non sanitari		-	-										-
305	200	100	600		10	Altri servizi non sanitari da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione)	305A.ASR.N.S	404.758,00		404.758,00		129.958,00	274.500,00			300,00			404.758,00
305	200	100	600		20	Altri servizi non sanitari da altri soggetti pubblici		-	-										-
305	200	100	600		20	Altri servizi non sanitari da pubblico	305A.PUB.N.S	-	-										-
305	200	100	600		20	Altri servizi socio - assistenziali da pubblico	305SOC.ASS.P	-	-										-
305	200	100	600		30	Altri servizi non sanitari da privato		-	-										-
305	200	100	600		30	Servizi di vigilanza	305VIGILANZA	360.000,00		360.000,00	360.000,00								360.000,00
305	200	100	600		30	Servizi religiosi	305RELIGIOSI	28.000,00		28.000,00						28.000,00			28.000,00
305	200	100	600		30	Spese bancarie	305BANCARIE	-	-										-
305	200	100	600		30	Spese di incasso	305INCASSO	-	-										-
305	200	100	600		30	Spese di rappresentanza	305RAPPRESEN	-	-										-
305	200	100	600		30	Pubblicità e inserzioni	305PUBBLICIT	3.500,00		3.500,00		3.500,00							3.500,00
305	200	100	600		35	Altre spese legali	305AL.LEGALI	180.000,00		180.000,00					180.000,00				180.000,00
305	200	100	600		30	Spese postali	305SP.POSTAL	25.511,00		25.511,00					25.511,00				25.511,00
305	200	100	600		30	Bolli e marche	305BOLLI.MAR	2.500,00						2.500,00					2.500,00
305	200	100	600		30	Abbonamenti e riviste	305AB.RIVIST	233.746,00	201.746,00	32.000,00		231.746,00						2.000,00	233.746,00
305	200	100	600		30	Altre spese generali e amministrative	305AL.AMMINI	3.000,00		3.000,00		3.000,00							3.000,00
305	200	100	600		30	Rimborsi spese personale dipendente	305RIMB.PERS	-	-										-
305	200	100	600		30	Altri rimborsi spese	305AL.RIMBOR	48.480,00	48.480,00							48.480,00			48.480,00
305	200	100	600		30	Altri servizi socio - assistenziali da privato	305SOC.AS.PR	-	-										-
305	200	100	600		30	Altri servizi non sanitari da privato	305AL.N.S.PR	772.000,00	296.000,00	476.000,00		695.000,00						77.000,00	772.000,00
305	200	200				Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie		-	-										-
305	200	200		100		Consulenze non sanitarie da Aziende sanitarie pubbliche della Regione		1.900,00		1.900,00			1.900,00						1.900,00
305	200	200		200		Consulenze non sanitarie da Terzi - Altri soggetti pubblici		-	-										-
305	200	200		300		Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie da privato		-	-										-
305	200	200	300		10	Consulenze non sanitarie da privato		-	-										-
305	200	200	300		10	Consulenze fiscali		9.000,00		9.000,00				9.000,00					9.000,00
305	200	200	300		10	Consulenze amministrative		-	-				-						-
305	200	200	300		15	Consulenze tecniche		43.200,00		43.200,00					43.200,00				43.200,00
305	200	200	300		10	Consulenze legali		-	-										-
305	200	200	300		10	Altre consulenze non sanitarie da privato		-	-										-
305	200	200	300		20	Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato		-	-										-
305	200	200	300		30	Indennità a personale universitario - area non sanitaria		-	-										-
305	200	200	300		40	Lavoro interinale - area non sanitaria		300.000,00		300.000,00		300.000,00							300.000,00

Livello						VOCE MODELLO CE	voce COAN	Preventivo 2019	Ricerca corrente e finalizzata	Preventivo 2019 senza ricerca	Proposta assegnazione budget CdR SC Gestione tecnica e realizzazione del nuovo Ospedale	Proposta assegnazione budget CdR SC Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti	Proposta assegnazione budget CdR S.S.D. Politiche del personale	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Affari generali e legali	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Sanitaria	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Scientifica	Proposta assegnazione budget CdR Ufficio Formazione	TOTALE assegnato
I	II	III	IV	V	VI														
305	200	200	300	50		Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria		-	-										-
305	200	200	300	50	10	Costo del personale tirocinante - area non sanitaria		-	-										-
305	200	200	300	50	20	Personale esterno con contratto di diritto privato - area non sanitaria		25.000,00		25.000,00			25.000,00						25.000,00
305	200	200	300	50	30	Costo borsisti - area non sanitaria		-	-										-
305	200	200	300	50	40	Indennità per commissioni non sanitarie		-	-										-
305	200	200	300	50	90	Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria		-	-										-
305	200	200	400			Rimborso oneri stipendiali del personale non sanitario in comando		-	-										-
305	200	200	400	10		Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Aziende sanitarie pubbliche della Regione		-	-										-
305	200	200	400	20		Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Regione, soggetti pubblici e da Università		-	-										-
305	200	200	400	30		Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da aziende di altre Regioni (Extraregione)		-	-										-
305	200	300				Formazione (esternalizzata e non)		-	-										-
305	200	300	100			Formazione (esternalizzata e non) da pubblico		2.000,00		2.000,00								2.000,00	2.000,00
305	200	300	200			Formazione (esternalizzata e non) da privato		64.000,00		64.000,00								64.000,00	64.000,00
310	0	0	0	0	0	Manutenzione e riparazione (ordinaria externalizzata)		-	-										-
310	100					Manutenzione e riparazione ai fabbricati e loro pertinenze	310FABBRICAT	45.000,00		45.000,00	45.000,00								45.000,00
310	200					Manutenzione e riparazione agli impianti e macchinari		-	-										-
310	200	100				Impianti di trasmissione dati e telefonia	310IMP.TELEF	35.088,00		35.088,00		35.088,00							35.088,00
310	200	200				Implantistica varia	310IMPANTIST	192.656,00		192.656,00	192.656,00								192.656,00
310	200	300				Altre manutenzione e riparazione agli impianti e macchinari	310A.IMPIANT	-	-										-
310	300					Manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scientifiche	310ATT.SCIEN	1.186.605,00		1.186.605,00		1.186.605,00							1.186.605,00
310	400					Manutenzione e riparazione ai mobili e arredi	310MOBILLAR	-	-										-
310	500					Manutenzione e riparazione agli automezzi	310AUTOMEZZI	5.000,00		5.000,00		5.000,00							5.000,00
310	600					Altre manutenzioni e riparazioni		-	-										-
310	600	100				Attrezzature informatiche	310ATTR.INFO	110.000,00		110.000,00		110.000,00							110.000,00
310	600	200				Software	310SOFTWARE	3.500,00	3.500,00	-									3.500,00
310	600	300				Altre manutenzioni e riparazioni	310A.MANUTEN	1.000,00		1.000,00		1.000,00							1.000,00
310	700					Manutenzioni e riparazioni da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	310MANUT.ASR	-	-	-									-
315	0	0	0	0	0	Godimento di beni di terzi		-	-	-									-
315	100					Fitti passivi		-	-										-
315	100	100				Locazioni passive	315LOC.PASS.	28.000,00		28.000,00	26.000,00							2.000,00	28.000,00
315	100	200				Spese condominiali	315SP.CONDOM	8.000,00		8.000,00	8.000,00								8.000,00
315	200					Canoni di noleggio		-	-										-
315	200	100				Canoni di noleggio - area sanitaria	315NOL.SANIT	483.540,00	68.540,00	415.000,00		483.540,00							483.540,00
315	200	200				Canoni di noleggio - area non sanitaria		-	-										-
315	200	200	100			Canoni hardware e software	315HR.SOFTWAR	-	-	-									-
315	200	200	200			Canoni fotocopiatrici	315FOTOCOPIA	15.000,00		15.000,00		15.000,00							15.000,00
315	200	200	300			Canoni noleggio automezzi	315AUTOMEZZI	5.689,00		5.689,00		5.689,00							5.689,00
315	200	200	900			Canoni noleggio altro	315NOLEG.ALT	-	-	-									-
315	300					Canoni di leasing		-	-	-									-
315	300	100				Canoni di leasing - area sanitaria		-	-	-									-
315	300	100	100			Canoni di leasing operativo	315LEAS.S.OP	-	-	-									-
315	300	100	200			Canoni di leasing finanziario	315LEAS.S.FI	-	-	-									-
315	300	200				Canoni di leasing - area non sanitaria		-	-	-									-
315	300	200	100			Canoni di leasing operativo	315LEAS.N.OP	-	-	-									-
315	300	200	200			Canoni di leasing finanziario	315LEAS.N.FI	-	-	-									-
315	400					Locazioni e noleggi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	315NOLEG.ASR	-	-	-									-
320	0	0	0	0	0	Personale del ruolo sanitario		-	-	-									-
320	100					Costo del personale dirigente ruolo sanitario		-	-	-									-
320	100	100				Costo del personale dirigente medico		-	-	-									-
320	100	100	100			Costo del personale dirigente medico - tempo indeterminato		-	-	-									-
320	100	100	100	10		Voci di costo a carattere stipendiale		6.413.271,00		6.413.271,00			6.413.271,00						6.413.271,00
320	100	100	100	20		Retribuzione di posizione		2.264.380,00		2.264.380,00			2.264.380,00						2.264.380,00
320	100	100	100	30		Indennità di risultato:		-	-	-			-						-
320	100	100	100	30	5	Indennità di risultato Dirigenza medica e veterinaria		247.321,00		247.321,00			247.321,00						247.321,00
320	100	100	100	30	10	Indennità di risultato Dirigenza medica universitaria		-	-	-			-						-
320	100	100	100	40		Altro trattamento accessorio:		-	-	-			-						-
320	100	100	100	40	5	Competenze accessorie Dirigenza medica e veterinaria		382.783,00		382.783,00			382.783,00						382.783,00
320	100	100	100	40	10	Competenze accessorie Dirigenza medica universitaria		-	-	-			-						-
320	100	100	100	50		Altri oneri per il personale:		-	-	-			-						-
320	100	100	100	50	5	Accantonamento al fondo per TFR dipendenti		-	-	-			-						-
320	100	100	100	50	10	Accantonamento ai fondi integrativi pensione		-	-	-			-						-
320	100	100	100	50	15	Altre competenze Dirigenza medica e veterinaria		25.000,00		25.000,00			25.000,00						25.000,00
320	100	100	100	50	20	Altre competenze Dirigenza medica universitaria		-	-	-			-						-
320	100	100	100	90		Oneri sociali su retribuzione:		-	-	-			-						-
320	100	100	100	90	5	Oneri sociali Dirigenza medica e veterinaria		2.630.489,00		2.630.489,00			2.630.489,00						2.630.489,00
320	100	100	100	90	10	Oneri sociali Dirigenza medica universitaria		-	-	-			-						-
320	100	100	100	200		Costo del personale dirigente medico - tempo determinato		-	-	-			-						-
320	100	100	100	20	10	Voci di costo a carattere stipendiale		421.692,00		421.692,00			421.692,00						421.692,00
320	100	100	100	20	20	Retribuzione di posizione		149.367,00		149.367,00			149.367,00						149.367,00
320	100	100	100	30		Indennità di risultato:		-	-	-			-						-
320	100	100	100	30	5	Indennità di risultato Dirigenza medica e veterinaria		16.314,00		16.314,00			16.314,00						16.314,00
320	100	100	100	30	10	Indennità di risultato Dirigenza medica universitaria		-	-	-			-						-
320	100	100	100	200	40	Altro trattamento accessorio:		-	-	-			-						-

Livello						VOCE MODELLO CE	voce COAN	Preventivo 2019	Ricerca corrente e finalizzata	Preventivo 2019 senza ricerca	Proposta assegnazione budget CdR SC Gestione tecnica e realizzazione del nuovo Ospedale	Proposta assegnazione budget CdR SC Ingegneria Clinica e Informatica e Approvvigionamenti	Proposta assegnazione budget CdR S.S.D. Politiche del personale	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Affari generali e legali	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Sanitaria	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Scientifica	Proposta assegnazione budget CdR Ufficio Formazione	TOTALE assegnato
I	II	III	IV	V	VI														
320	100	100	200	40	5	Competenze accessorie Dirigenza medica e veterinaria		25.250,00		25.250,00			25.250,00						25.250,00
320	100	100	200	40	10	Competenze accessorie Dirigenza medica universitaria		-		-			-						-
320	100	100	200	50		Altri oneri per il personale:		-		-			-						-
320	100	100	200	50	5	Accantonamento al fondo per TFR dipendenti		-		-			-						-
320	100	100	200	50	10	Accantonamento ai fondi integrativi pensione		-		-			-						-
320	100	100	200	50	15	Altre competenze Dirigenza medica e veterinaria		3.000,00		3.000,00			3.000,00						3.000,00
320	100	100	200	50	20	Altre competenze Dirigenza medica universitaria		-		-			-						-
320	100	100	200	90		Oneri sociali su retribuzione:		-		-			-						-
320	100	100	200	90	5	Oneri sociali Dirigenza medica e veterinaria		-		-			-						-
320	100	100	200	90	10	Oneri sociali Dirigenza medica universitaria		183.428,00	14.998,00	168.430,00			183.428,00						183.428,00
320	100	100	300			Costo del personale dirigente medico - altro		-		-			-						-
320	100	200				Costo del personale dirigente non medico		-		-			-						-
320	100	200	100			Costo del personale dirigente non medico - tempo indeterminato		-		-			-						-
320	100	200	100	10	10	Voci di costo a carattere stipendiale		761.510,00	56.081,00	705.429,00			761.510,00						761.510,00
320	100	200	100	20	20	Ributizione di posizione		126.267,00	8.392,00	117.875,00			126.267,00						126.267,00
320	100	200	100	30	30	Indennità di risultato		14.875,00		14.875,00			14.875,00						14.875,00
320	100	200	100	40	40	Altro trattamento accessorio		10.433,00		10.433,00			10.433,00						10.433,00
320	100	200	100	50		Altri oneri per il personale personale dirigente non medico:		-		-			-						-
320	100	200	100	50	5	Accantonamento al fondo per TFR dipendenti		-		-			-						-
320	100	200	100	50	10	Accantonamento ai fondi integrativi pensione		-		-			-						-
320	100	200	100	50	15	Altre competenze personale dirigente non medico		500,00		500,00			500,00						500,00
320	100	200	100	90		Oneri sociali su retribuzione		258.546,00		258.546,00			258.546,00						258.546,00
320	100	200	200			Costo del personale dirigente non medico - tempo determinato		-		-			-						-
320	100	200	200	10	10	Voci di costo a carattere stipendiale		129.566,00	22.650,00	106.916,00			129.566,00						129.566,00
320	100	200	200	20	20	Ributizione di posizione		21.867,00	152,00	21.715,00			21.867,00						21.867,00
320	100	200	200	30	30	Indennità di risultato		2.576,00		2.576,00			2.576,00						2.576,00
320	100	200	200	40	40	Altro trattamento accessorio		1.807,00		1.807,00			1.807,00						1.807,00
320	100	200	200	50		Altri oneri per il personale personale dirigente non medico:		-		-			-						-
320	100	200	200	50	5	Accantonamento al fondo per TFR dipendenti		-		-			-						-
320	100	200	200	50	10	Accantonamento ai fondi integrativi pensione		-		-			-						-
320	100	200	200	50	15	Altre competenze personale dirigente non medico		2.400,00		2.400,00			2.400,00						2.400,00
320	100	200	200	90		Oneri sociali su retribuzione		47.323,00	6.270,00	41.053,00			47.323,00						47.323,00
320	100	200	300			Costo del personale dirigente medico - altro		-		-			-						-
320	200					Costo del personale comparto ruolo sanitario		-		-			-						-
320	200	100				Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo indeterminato		-		-			-						-
320	200	100	100			Voci di costo a carattere stipendiale		7.541.155,00		7.541.155,00			7.541.155,00						7.541.155,00
320	200	100	200			Straordinario		-		-			-						-
320	200	100	300			Indennità personale		1.375.500,00		1.375.500,00			1.375.500,00						1.375.500,00
320	200	100	400			Ributizione per produttività personale		549.881,00		549.881,00			549.881,00						549.881,00
320	200	100	500			Altro trattamento accessorio		610.851,00		610.851,00			610.851,00						610.851,00
320	200	100	600			Altri oneri per il personale:		-		-			-						-
320	200	100		5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti		-		-			-						-
320	200	100		10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione		-		-			-						-
320	200	100		15		Altri oneri per il personale		35.000,00		35.000,00			35.000,00						35.000,00
320	200	100	700			Oneri sociali su retribuzione		2.836.131,00		2.836.131,00			2.836.131,00						2.836.131,00
320	200	200				Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo determinato		-		-			-						-
320	200	200	100			Voci di costo a carattere stipendiale		401.648,00		401.648,00			401.648,00						401.648,00
320	200	200	200			Straordinario		-		-			-						-
320	200	200	300			Indennità personale		72.773,00		72.773,00			72.773,00						72.773,00
320	200	200	400			Ributizione per produttività personale		29.304,00		29.304,00			29.304,00						29.304,00
320	200	200	500			Altro trattamento accessorio		32.553,00		32.553,00			32.553,00						32.553,00
320	200	200	600			Altri oneri per il personale:		-		-			-						-
320	200	200		5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti		-		-			-						-
320	200	200		10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione		-		-			-						-
320	200	200		15		Altri oneri per il personale		2.100,00		2.100,00			2.100,00						2.100,00
320	200	200	700			Oneri sociali su retribuzione		159.678,00		159.678,00			159.678,00						159.678,00
320	200	300				Costo del personale comparto ruolo sanitario - altro		-		-			-						-
325	0	0	0	0	0	Personale del ruolo professionale		-		-			-						-
325	100					Costo del personale dirigente ruolo professionale		-		-			-						-
325	100	100				Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo indeterminato		-		-			-						-
325	100	100	100	100		Voci di costo a carattere stipendiale		23.808,00		23.808,00			23.808,00						23.808,00
325	100	100	200			Ributizione di posizione		10.190,00		10.190,00			10.190,00						10.190,00
325	100	100	300			Indennità di risultato		679,00		679,00			679,00						679,00
325	100	100	400			Altro trattamento accessorio		477,00		477,00			477,00						477,00
325	100	100	500			Altri oneri per il personale:		-		-			-						-
325	100	100	500	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti		-		-			-						-
325	100	100	500	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione		-		-			-						-
325	100	100	500	15		Altre competenze personale dirigente ruolo professionale		11.000,00		11.000,00			11.000,00						11.000,00
325	100	100	900			Oneri sociali su retribuzione		12.465,00		12.465,00			12.465,00						12.465,00
325	100	200				Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo determinato		-		-			-						-
325	100	200	100			Voci di costo a carattere stipendiale		42.685,00	38.626,00	4.059,00			42.685,00						42.685,00
325	100	200	200			Ributizione di posizione		12.496,00	5.654,00	6.842,00			12.496,00						12.496,00
325	100	200	300			Indennità di risultato		833,00		833,00			833,00						833,00
325	100	200	400			Altro trattamento accessorio		584,00		584,00			584,00						584,00
325	100	200	500			Altri oneri per il personale:		-		-			-						-
325	100	200	500	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti		-		-			-						-
325	100	200	500	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione		-		-			-						-

Livello						VOCE MODELLO CE	voce COAN	Preventivo 2019	Ricerca corrente e finalizzata	Preventivo 2019 senza ricerca	Proposta assegnazione budget CdR SC Gestione tecnica e realizzazione del nuovo Ospedale	Proposta assegnazione budget CdR SC Ingegneria Clinica e Informatica e Approvvigionamenti	Proposta assegnazione budget CdR S.S.D. Politiche del personale	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Affari generali e legali	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Sanitaria	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Scientifica	Proposta assegnazione budget CdR Ufficio Formazione	TOTALE assegnato
I	II	III	IV	V	VI														
325	100	200	500	15		Altre competenze personale dirigente ruolo professionale		-		-			-						-
325	100	200	900			Oneri sociali su retribuzione		16.197,00	12.177,00	4.020,00			16.197,00						16.197,00
325	100	300				Costo del personale dirigente ruolo professionale - altro		-		-			-						-
325	200					Costo del personale comparto ruolo professionale		-		-			-						-
325	200	100				Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo indeterminato		-		-			-						-
325	200	100	100			Voci di costo a carattere stipendiale		-		-			-						-
325	200	100	200			Straordinario		-		-			-						-
325	200	100	300			Indennità personale		-		-			-						-
325	200	100	400			Retribuzione per produttività personale		-		-			-						-
325	200	100	500			Altro trattamento accessorio		-		-			-						-
325	200	100	600			Altri oneri per il personale:		-		-			-						-
325	200	100	600	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti		-		-			-						-
325	200	100	600	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione		-		-			-						-
325	200	100	600	15		Altri oneri per il personale		-		-			-						-
325	200	100	900			Oneri sociali su retribuzione		-		-			-						-
325	200	200				Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo determinato		-		-			-						-
325	200	200	100			Voci di costo a carattere stipendiale		-		-			-						-
325	200	200	200			Straordinario		-		-			-						-
325	200	200	300			Indennità personale		-		-			-						-
325	200	200	400			Retribuzione per produttività personale		-		-			-						-
325	200	200	500			Altro trattamento accessorio		-		-			-						-
325	200	200	600			Altri oneri per il personale:		-		-			-						-
325	200	200	600	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti		-		-			-						-
325	200	200	600	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione		-		-			-						-
325	200	200	600	15		Altri oneri per il personale		-		-			-						-
325	200	200	900			Oneri sociali su retribuzione		-		-			-						-
325	200	300				Costo del personale comparto ruolo professionale - altro		-		-			-						-
330	0	0	0	0	0	Personale del ruolo tecnico		-		-			-						-
330	100					Costo del personale dirigente ruolo tecnico		-		-			-						-
330	100	100				Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo indeterminato		-		-			-						-
330	100	100	100			Voci di costo a carattere stipendiale		42.578,00	42.578,00				42.578,00						42.578,00
330	100	100	200			Retribuzione di posizione		12.464,00	12.464,00				12.464,00						12.464,00
330	100	100	300			Indennità di risultato		831,00	831,00				831,00						831,00
330	100	100	400			Altro trattamento accessorio		583,00	583,00				583,00						583,00
330	100	100	500			Altri oneri per il personale:		-		-			-						-
330	100	100	500	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti		-		-			-						-
330	100	100	500	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione		-		-			-						-
330	100	100	500	15		Altre competenze personale dirigente ruolo tecnico		-		-			-						-
330	100	100	900			Oneri sociali su retribuzione		15.246,00	15.246,00				15.246,00						15.246,00
330	100	200				Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo determinato		-		-			-						-
330	100	200	100			Voci di costo a carattere stipendiale		85.259,00	85.259,00				85.259,00						85.259,00
330	100	200	200			Retribuzione di posizione		24.959,00	24.959,00				24.959,00						24.959,00
330	100	200	300			Indennità di risultato		1.664,00	1.664,00				1.664,00						1.664,00
330	100	200	400			Altro trattamento accessorio		1.167,00	1.167,00				1.167,00						1.167,00
330	100	200	500			Altri oneri per il personale:		-		-			-						-
330	100	200	500	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti		-		-			-						-
330	100	200	500	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione		-		-			-						-
330	100	200	500	15		Altre competenze personale dirigente ruolo tecnico		-		-			-						-
330	100	200	900			Oneri sociali su retribuzione		32.353,00	32.353,00				32.353,00						32.353,00
330	100	300				Costo del personale dirigente ruolo tecnico - altro		-		-			-						-
330	200					Costo del personale comparto ruolo tecnico		-		-			-						-
330	200	100				Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo indeterminato		-		-			-						-
330	200	100	100			Voci di costo a carattere stipendiale		2.320.583,00	2.320.583,00				2.320.583,00						2.320.583,00
330	200	100	200			Straordinario		-		-			-						-
330	200	100	300			Indennità personale		418.413,00	418.413,00				418.413,00						418.413,00
330	200	100	400			Retribuzione per produttività personale		168.487,00	168.487,00				168.487,00						168.487,00
330	200	100	500			Altro trattamento accessorio		187.169,00	187.169,00				187.169,00						187.169,00
330	200	100	600			Altri oneri per il personale:		-		-			-						-
330	200	100	600	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti		-		-			-						-
330	200	100	600	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione		-		-			-						-
330	200	100	600	15		Altri oneri per il personale		800,00	800,00				800,00						800,00
330	200	100	900			Oneri sociali su retribuzione		827.579,00	827.579,00				827.579,00						827.579,00
330	200	200				Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo determinato		-		-			-						-
330	200	200	100			Voci di costo a carattere stipendiale		94.095,00	94.095,00				94.095,00						94.095,00
330	200	200	200			Straordinario		-		-			-						-
330	200	200	300			Indennità personale		16.960,00	16.960,00				16.960,00						16.960,00
330	200	200	400			Retribuzione per produttività personale		6.829,00	6.829,00				6.829,00						6.829,00
330	200	200	500			Altro trattamento accessorio		7.587,00	7.587,00				7.587,00						7.587,00
330	200	200	600			Altri oneri per il personale:		-		-			-						-
330	200	200	600	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti		-		-			-						-
330	200	200	600	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione		-		-			-						-
330	200	200	600	15		Altri oneri per il personale		-		-			-						-
330	200	200	900			Oneri sociali su retribuzione		35.583,00	35.583,00				35.583,00						35.583,00
330	200	300				Costo del personale comparto ruolo tecnico - altro		-		-			-						-
335	0	0	0	0	0	Personale del ruolo amministrativo		-		-			-						-

Livello						VOCE MODELLO CE	voce COAN	Preventivo 2019	Ricerca corrente e finalizzata	Preventivo 2019 senza ricerca	Proposta assegnazione budget CdR SC Gestione tecnica e realizzazione del nuovo Ospedale	Proposta assegnazione budget CdR SC Ingegneria Clinica e Informatica e Approvvigionamenti	Proposta assegnazione budget CdR S.S.D. Politiche del personale	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Affari generali e legali	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Sanitaria	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Scientifica	Proposta assegnazione budget CdR Ufficio Formazione	TOTALE assegnato
I	II	III	IV	V	VI														
335	100					Costo del personale dirigente ruolo amministrativo		-		-			-						-
335	100	100				Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo indeterminato		-		-			-						-
335	100	100	100			Voci di costo a carattere stipendiale		81.798,00		81.798,00			81.798,00						81.798,00
335	100	100	200			Retribuzione di posizione		23.990,00		23.990,00			23.990,00						23.990,00
335	100	100	300			Indennità di risultato		1.600,00		1.600,00			1.600,00						1.600,00
335	100	100	400			Altro trattamento accessorio		1.122,00		1.122,00			1.122,00						1.122,00
335	100	100	500			Altri oneri per il personale:		-		-			-						-
335	100	100	500	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti		-		-			-						-
335	100	100	500	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione		-		-			-						-
335	100	100	500	15		Altre competenze personale dirigente ruolo amministrativo		150,00		150,00			150,00						150,00
335	100	100	900			Oneri sociali su retribuzione		29.343,00		29.343,00			29.343,00						29.343,00
335	100	200				Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo determinato		-		-			-						-
335	100	200	100			Voci di costo a carattere stipendiale		128.289,00		128.289,00			128.289,00						128.289,00
335	100	200	200			Retribuzione di posizione		37.556,00		37.556,00			37.556,00						37.556,00
335	100	200	300			Indennità di risultato		2.504,00		2.504,00			2.504,00						2.504,00
335	100	200	400			Altro trattamento accessorio		1.756,00		1.756,00			1.756,00						1.756,00
335	100	200	500			Altri oneri per il personale:		-		-			-						-
335	100	200	500	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti		-		-			-						-
335	100	200	500	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione		-		-			-						-
335	100	200	500	15		Altre competenze personale dirigente ruolo amministrativo		-		-			-						-
335	100	200	900			Oneri sociali su retribuzione		48.681,00		48.681,00			48.681,00						48.681,00
335	100	300				Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - altro		-		-			-						-
335	200					Costo del personale comparto ruolo amministrativo		-		-			-						-
335	200	100				Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo indeterminato		-		-			-						-
335	200	100	100			Voci di costo a carattere stipendiale		1.362.720,00		1.362.720,00			1.362.720,00						1.362.720,00
335	200	100	200			Straordinario		-		-			-						-
335	200	100	300			Indennità personale		245.801,00		245.801,00			245.801,00						245.801,00
335	200	100	400			Retribuzione per produttività personale		98.979,00		98.979,00			98.979,00						98.979,00
335	200	100	500			Altro trattamento accessorio		109.954,00		109.954,00			109.954,00						109.954,00
335	200	100	600			Altri oneri per il personale:		-		-			-						-
335	200	100	600	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti		-		-			-						-
335	200	100	600	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione		-		-			-						-
335	200	100	600	15		Altri oneri per il personale		1.000,00		1.000,00			1.000,00						1.000,00
335	200	100	900			Oneri sociali su retribuzione		486.169,00		486.169,00			486.169,00						486.169,00
335	200	200				Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo determinato		-		-			-						-
335	200	200	100			Voci di costo a carattere stipendiale		45.320,00		45.320,00			45.320,00						45.320,00
335	200	200	200			Straordinario		-		-			-						-
335	200	200	300			Indennità personale		8.169,00		8.169,00			8.169,00						8.169,00
335	200	200	400			Retribuzione per produttività personale		3.289,00		3.289,00			3.289,00						3.289,00
335	200	200	500			Altro trattamento accessorio		3.654,00		3.654,00			3.654,00						3.654,00
335	200	200	600			Altri oneri per il personale:		-		-			-						-
335	200	200	600	5		Accantonamento al fondo per TFR dipendenti		-		-			-						-
335	200	200	600	10		Accantonamento ai fondi integrativi pensione		-		-			-						-
335	200	200	600	15		Altri oneri per il personale		-		-			-						-
335	200	200	900			Oneri sociali su retribuzione		17.138,00		17.138,00			17.138,00						17.138,00
335	200	300				Costo del personale comparto ruolo amministrativo - altro		-		-			-						-
340	0	0	0	0	0	Oneri diversi di gestione		-		-			-						-
340	100					Imposte e tasse (escluso IRAP e IRES)		-		-			-						-
340	100	100				Imposte di registro		-		-			-						-
340	100	200				Imposte di bollo		10.000,00		10.000,00			10.000,00						10.000,00
340	100	300				Tasse di concessione governative		2.000,00		2.000,00			2.000,00						2.000,00
340	100	400				Imposte comunali		90.000,00		90.000,00			90.000,00						90.000,00
340	100	500				Tasse di circolazione automezzi		1.000,00		1.000,00			1.000,00						1.000,00
340	100	600				Permessi di transito e sosta		300,00		300,00			300,00						300,00
340	100	900				Imposte e tasse diverse		5.000,00		5.000,00			5.000,00						5.000,00
340	200					Perdite su crediti		-		-			-						-
340	300					Altri oneri diversi di gestione		-		-			-						-
340	300	100				Indennità, rimborso spese e oneri sociali per gli Organi Direttivi e Collegio Sindacale		-		-			-						-
340	300	100	100			Compensi agli organi direttivi e di indirizzo		-		-			-						-
340	300	100	100	10		Indennità		583.449,00		583.449,00			583.449,00						583.449,00
340	300	100	100	30		Oneri sociali		166.339,00		166.339,00			166.339,00						166.339,00
340	300	100	100	90		Altri compensi Organi direttivi e di indirizzo		-		-			-						-
340	300	100	200			Compensi al collegio sindacale		-		-			-						-
340	300	100	200	10		Indennità		46.016,00		46.016,00			46.016,00						46.016,00
340	300	100	200	30		Oneri sociali		11.323,00		11.323,00			11.323,00						11.323,00
340	300	100	200	90		Altri compensi Collegio sindacale		-		-			-						-
340	300	100	300			Compensi ad altri organismi		-		-			-						-
340	300	100	300	10		Indennità		7.200,00		7.200,00			7.200,00						7.200,00
340	300	100	300	30		Oneri sociali		1.181,00		1.181,00			1.181,00						1.181,00
340	300	100	300	90		Altri compensi ad altri organismi		-		-			-						-
340	300	200				Altri oneri diversi di gestione		-		-			-						-
340	300	200	100			Premi di assicurazione personale dipendente		-		-			-						-
340	300	200	200			Contravvenzioni e sanzioni amministrative		-		-			-						-
340	300	200	900			Altri oneri diversi di gestione		-		-			-						-
345	0	0	0	0	0	Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali		-		-			-						-
345	100					Ammortamento Costi di impianto e ampliamento		-		-			-						-
345	200					Ammortamento Costi di ricerca, sviluppo		-		-			-						-

Livello						VOCE MODELLO CE	voce COAN	Preventivo 2019	Ricerca corrente e finalizzata	Preventivo 2019 senza ricerca	Proposta assegnazione budget CdR SC Gestione tecnica e realizzazione del nuovo Ospedale	Proposta assegnazione budget CdR SC Ingegneria Clinica e Informatica e Approvvigionamenti	Proposta assegnazione budget CdR S.S.D. Politiche del personale	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Affari generali e legali	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Sanitaria	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Scientifica	Proposta assegnazione budget CdR Ufficio Formazione	TOTALE assegnato
I	II	III	IV	V	VI														
345	300					Ammortamento Diritti di brevetto e diritti di utilizzazione delle opere d'ingegno derivanti dall'attività di ricerca		-	-					-					-
345	400					Ammortamento Diritti di brevetto e diritti di utilizzazione delle opere d'ingegno altro		-	-					-					-
345	500					Ammortamento Concessioni, licenze, marchi e diritti simili		6.506,00	6.506,00					6.506,00					6.506,00
345	600					Ammortamento Migliorie su beni di terzi		-	-					-					-
345	700					Ammortamento Pubblicità		-	-					-					-
345	900					Ammortamento altre immobilizzazioni immateriali		-	-					-					-
350	0	0	0	0	0	Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali		-	-					-					-
350	100					Ammortamento dei fabbricati		-	-					-					-
350	100	100				Ammortamenti fabbricati non strumentali (disponibili)		45.272,00	45.272,00					45.272,00					45.272,00
350	100	200				Ammortamenti fabbricati strumentali (indisponibili)		375.532,00	375.532,00					375.532,00					375.532,00
350	200					Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali		-	-					-					-
350	200	100				Ammortamento Impianti e macchinari		85.231,00	85.231,00					85.231,00					85.231,00
350	200	200				Ammortamento Attrezzature sanitarie e scientifiche		1.234.842,00	1.234.842,00					1.234.842,00					1.234.842,00
350	200	300				Ammortamento mobili e arredi		114.059,00	114.059,00					114.059,00					114.059,00
350	200	400				Ammortamento automezzi		17.067,00	17.067,00					17.067,00					17.067,00
350	200	500				Ammortamento altre immobilizzazioni materiali		197.655,00	197.655,00					197.655,00					197.655,00
355	0	0	0	0	0	Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti		-	-					-					-
355	100					Svalutazione delle immobilizzazioni immateriali e materiali		-	-					-					-
355	100	100				Svalutazione delle immobilizzazioni immateriali		-	-					-					-
355	100	100	100			Svalutazione costi di impianto e di ampliamento		-	-					-					-
355	100	100	200			Svalutazione costi di ricerca e sviluppo		-	-					-					-
355	100	100	300			Svalutazione diritti di brevetto e diritti di utilizzazione delle opere d'ingegno		-	-					-					-
355	100	100	400			Svalutazione altre immobilizzazioni immateriali		-	-					-					-
355	100	200				Svalutazione delle immobilizzazioni materiali		-	-					-					-
355	100	200	50			Svalutazione terreni disponibili		-	-					-					-
355	100	200	100			Svalutazione terreni indisponibili		-	-					-					-
355	100	200	150			Svalutazione fabbricati disponibili		-	-					-					-
355	100	200	200			Svalutazione fabbricati indisponibili		-	-					-					-
355	100	200	250			Svalutazione impianti e macchinari		-	-					-					-
355	100	200	300			Svalutazione attrezzature sanitarie e scientifiche		-	-					-					-
355	100	200	350			Svalutazione mobili e arredi		-	-					-					-
355	100	200	400			Svalutazione automezzi		-	-					-					-
355	100	200	450			Svalutazione oggetti d'arte		-	-					-					-
355	100	200	500			Svalutazione altre immobilizzazioni materiali		-	-					-					-
355	200					Svalutazione dei crediti		-	-					-					-
355	200	100				Svalutazione Crediti finanziari v/Stato		-	-					-					-
355	200	101				Svalutazione Crediti finanziari v/Regione		-	-					-					-
355	200	102				Svalutazione Crediti finanziari v/partecipate		-	-					-					-
355	200	103				Svalutazione Crediti finanziari v/altri		-	-					-					-
355	200	200				Svalutazione Crediti v/Stato per spesa corrente - Integrazione a norma del D.L.vo 56/2000		-	-					-					-
355	200	201				Svalutazione Crediti v/Stato per spesa corrente - FSN		-	-					-					-
355	200	202				Svalutazione Crediti v/Stato per mobilità attiva extraregionale		-	-					-					-
355	200	203				Svalutazione Crediti v/Stato per mobilità attiva internazionale		-	-					-					-
355	200	204				Svalutazione Crediti v/Stato per acconto quota fabbisogno sanitario regionale standard		-	-					-					-
355	200	205				Svalutazione Crediti v/Stato per finanziamento sanitario aggiuntivo corrente		-	-					-					-
355	200	206				Svalutazione Crediti v/Stato per spesa corrente - altro		-	-					-					-
355	200	207				Svalutazione Crediti v/Stato per finanziamenti per investimenti		-	-					-					-
355	200	208				Svalutazione Crediti v/Stato per ricerca corrente - Ministero della Salute		-	-					-					-
355	200	209				Svalutazione Crediti v/Stato per ricerca finalizzata - Ministero della Salute		-	-					-					-
355	200	210				Svalutazione Crediti v/Stato per ricerca - altre Amministrazioni centrali		-	-					-					-
355	200	211				Svalutazione Crediti v/Stato per ricerca - finanziamenti per investimenti		-	-					-					-
355	200	300				Svalutazione Crediti v/prefetture		-	-					-					-
355	200	400				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per spesa corrente - IRAP		-	-					-					-
355	200	401				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per spesa corrente - Addizionale IRP		-	-					-					-
355	200	402				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per quota FSR		-	-					-					-
355	200	403				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per mobilità attiva intraregionale		-	-					-					-
355	200	404				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per mobilità attiva extraregionale		-	-					-					-
355	200	405				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per acconto quota FSR		-	-					-					-
355	200	406				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamento sanitario aggiuntivo		-	-					-					-
355	200	407				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamento sanitario aggiuntivo		-	-					-					-
355	200	408				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per spesa corrente - altro		-	-					-					-
355	200	409				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per ricerca		-	-					-					-
355	200	410				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamenti per investimenti		-	-					-					-
355	200	411				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per incremento fondo dotazione		-	-					-					-
355	200	412				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per ripiano perdite		-	-					-					-
355	200	413				Svalutazione Crediti v/Regione per copertura debiti al 31/12/2005		-	-					-					-
355	200	414				Svalutazione Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per ricostituzione risorse da investimenti		-	-					-					-
355	200	415				Svalutazione Crediti v/Comuni		-	-					-					-
355	200	416				Svalutazione Crediti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione - per mobilità in compensazione		-	-					-					-
355	200	500				Svalutazione Crediti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione - per mobilità non in compensazione		-	-					-					-
355	200	600				Svalutazione Crediti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione - per altre prestazioni		-	-					-					-
355	200	601				Svalutazione Crediti v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione - acconto quota FSR da disporre		-	-					-					-
355	200	602				Svalutazione Crediti v/Aziende sanitarie pubbliche Extraregione		-	-					-					-
355	200	603				Svalutazione Crediti v/enti regionali		-	-					-					-

Livello						VOCE MODELLO CE	voce COAN	Preventivo 2019	Ricerca corrente e finalizzata	Preventivo 2019 senza ricerca	Proposta assegnazione budget CdR SC Gestione tecnica e realizzazione del nuovo Ospedale	Proposta assegnazione budget CdR SC Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti	Proposta assegnazione budget CdR S.S.D. Politiche del personale	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Affari generali e legali	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Sanitaria	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Scientifica	Proposta assegnazione budget CdR Ufficio Formazione	TOTALE assegnato
I	II	III	IV	V	VI														
355	200	700				Svalutazione Crediti v/sperimentazioni gestionali		-	-										-
355	200	701				Svalutazione Crediti v/altre partecipate		-	-										-
355	200	702				Svalutazione Crediti v/Erario		-	-										-
355	200	900				Svalutazione Crediti v/clienti privati		-	-										-
355	200	901				Svalutazione Crediti v/gestioni liquidatorie		-	-										-
355	200	902				Svalutazione Crediti v/altri soggetti pubblici		-	-										-
355	200	903				Svalutazione Crediti v/altri soggetti pubblici per ricerca		-	-										-
355	200	990				Svalutazione Altri crediti diversi		-	-										-
360	0	0	0	0	0	Variazione delle rimanenze		-	-										-
360	100					Variazione rimanenze sanitarie		-	-										-
360	200					Variazione rimanenze non sanitarie		-	-										-
365	0	0	0	0	0	Accantonamenti dell'esercizio		-	-										-
365	100					Accantonamenti per rischi		-	-										-
365	100	100				Accantonamenti per cause civili ed oneri processuali		-	-										-
365	100	200				Accantonamenti per contenzioso personale dipendente		-	-										-
365	100	300				Accantonamenti per rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanitarie da privato		-	-										-
365	100	400				Accantonamenti per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione)		-	-										-
365	100	500				Altri accantonamenti per rischi		-	-										-
365	100	500	100			Accantonamenti al F.do equo indennizzo		-	-										-
365	100	500	200			Accantonamenti per accordi bonari		-	-										-
365	100	500	900			Altri accantonamenti per rischi		-	-										-
365	200					Accantonamenti per premio di operosità (SUMAI)		-	-										-
365	200	100				Accantonamento al fondo SUMAI - Specialisti ambulatoriali		-	-										-
365	200	200				Accantonamento al fondo SUMAI - altre professioni		-	-										-
365	300					Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati		-	-										-
365	300	100				Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. vincolato		-	-										-
365	300	200				Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati		-	-										-
365	300	300				Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici per ricerca		-	-										-
365	300	400				Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati da privati		-	-										-
365	300	400	100			Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati da privati - sperimentazioni		-	-										-
365	300	400	200			Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati da privati - altro		30.000,00	-	30.000,00					30.000,00				30.000,00
365	400					Altri accantonamenti		-	-										-
365	400	100				Accantonamenti per interessi di mora		-	-										-
365	400	200				Acc. Rinnovi convenzioni MMG/PLS/MCA		-	-										-
365	400	300				Acc. Rinnovi convenzioni Medici Sumai		-	-										-
365	400	400				Acc. Rinnovi contratt.: dirigenza medica		404.476,00	-	404.476,00			404.476,00						404.476,00
365	400	500				Acc. Rinnovi contratt.: dirigenza non medica		91.786,00	-	91.786,00			91.786,00						91.786,00
365	400	600				Acc. Rinnovi contratt.: comparto		-	-				-						-
365	400	700				Altri accantonamenti		-	-										-
365	400	700	100			Accantonamento personale in quiescenza		-	-										-
365	400	700	200			Accantonamento al fondo altri oneri e spese		-	-										-
370	0	0	0	0	0	Interessi passivi		-	-										-
370	100					Interessi passivi su anticipazioni di cassa		-	-										-
370	200					Interessi passivi su mutui		-	-										-
370	300					Altri interessi passivi		-	-										-
370	300	100				Interessi moratori e legali		-	-										-
370	300	900				Altri interessi passivi		-	-										-
375	0	0	0	0	0	Altri oneri		-	-										-
375	100					Altri oneri finanziari		-	-										-
375	200					Perdite su cambi		-	-										-
380	0	0	0	0	0	Svalutazioni per rettifiche di valori di attività finanziarie		-	-										-
390	0	0	0	0	0	Oneri straordinari		-	-										-
390	100					Minusvalenze		-	-										-
390	200					Altri oneri straordinari		-	-										-
390	200	100				Oneri tributari da esercizi precedenti		-	-										-
390	200	200				Oneri da cause civili ed oneri processuali		-	-										-
390	200	300				Sopravvenienze passive		-	-										-
390	200	300	100			Sopravvenienze passive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione		-	-										-
390	200	300	100	10		Sopravvenienze passive v/Aziende sanitarie pubbliche relative alla mobilità intraregionale		-	-										-
390	200	300	100	20		Altre sopravvenienze passive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione		-	-										-
390	200	300	200			Sopravvenienze passive v/terzi		-	-										-
390	200	300	200	10		Sopravvenienze passive v/terzi relative alla mobilità extraregionale		-	-										-
390	200	300	200	20		Sopravvenienze passive v/terzi relative al personale		-	-										-
390	200	300	200	20		Soprav. passive v/terzi relative al personale - dirigenza medica		-	-										-
390	200	300	200	20	10	Soprav. passive v/terzi relative al personale - dirigenza non medica		-	-										-

Livello						VOCE MODELLO CE	voce COAN	Preventivo 2019	Ricerca corrente e finalizzata	Preventivo 2019 senza ricerca	Proposta assegnazione budget CdR SC Gestione tecnica e realizzazione del nuovo Ospedale	Proposta assegnazione budget CdR SC Ingegneria Clinica Informatica e Approvvigionamenti	Proposta assegnazione budget CdR S.S.D. Politiche del personale	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Proposta assegnazione budget CdR S.C. Affari generali e legali	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Sanitaria	Proposta assegnazione budget CdR Direzione Scientifica	Proposta assegnazione budget CdR Ufficio Formazione	TOTALE assegnato
I	II	III	IV	V	VI														
390	200	300	200	20	15	Soprav. passive v/terzi relative al personale - comparto		-	-										-
390	200	300	200	30		Sopravvenienze passive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base		-	-										-
390	200	300	200	40		Sopravvenienze passive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica		-	-										-
390	200	300	200	50		Sopravvenienze passive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati		-	-										-
390	200	300	200	60		Sopravvenienze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi		-	-										-
390	200	300	200	90		Altre sopravvenienze passive v/terzi		-	-										-
390	200	400				Insussistenze passive		-	-										-
390	200	400	100			Insussistenze passive v/Aziende sanitarie pubbliche della Regione		-	-										-
390	200	400	200			Insussistenze passive v/terzi		-	-										-
390	200	400	200	10		Insussistenze passive v/terzi relative alla mobilità extraregionale		-	-										-
390	200	400	200	20		Insussistenze passive v/terzi relative al personale		-	-										-
390	200	400	200	30		Insussistenze passive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base		-	-										-
390	200	400	200	40		Insussistenze passive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica		-	-										-
390	200	400	200	50		Insussistenze passive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da operatori accreditati		-	-										-
390	200	400	200	60		Insussistenze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi		-	-										-
390	200	400	200	70		Altre insussistenze passive v/terzi		-	-										-
390	200	500				Altri oneri straordinari		-	-										-
400	0	0	0	0	0	IRAP													
400	100					IRAP relativa a personale dipendente		2.338.738,00		2.338.738,00			2.338.738,00						2.338.738,00
400	200					IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente		177.821,00	177.821,00	-			177.821,00						177.821,00
400	300					IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)		48.304,00		48.304,00				48.304,00					48.304,00
400	400					IRAP relativa ad attività commerciale		-	-	-									-
405	0	0	0	0	0	IRES		-	-	-									-
405	100					IRES su attività istituzionale		25.000,00		25.000,00			25.000,00						25.000,00
405	200					IRES su attività commerciale		-	-	-									-
410	0	0	0	0	0	Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)		-	-	-									-
Totale costi								70.110.057,00	4.372.637,00	65.637.420,00	2.808.656,00	18.822.693,00	41.632.046,00	2.245.964,00	1.088.379,00	2.743.039,00	622.280,00	147.000,00	70.110.057,00

Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ALESSANDRA RACHELLI

CODICE FISCALE: RCHLSN64H69L424B

DATA FIRMA: 11/06/2019 13:51:44

IMPRONTA: 7CC083E66ED9F2D0D1220D5625FDAD4A3BACC76BE3D7648992BA292B9160E48E
3BACC76BE3D7648992BA292B9160E48EF46D499AE7ED7F48EE289412FFB0655D
F46D499AE7ED7F48EE289412FFB0655DDD72C0C9428A01F8D5E9642DA6F48F96
DD72C0C9428A01F8D5E9642DA6F48F96F78824DBFFAE78096FB43BBE85BFA684