

OBIETTIVO OPERATIVO 2006	Azioni che si intendono realizzare nel 2006	Implicazioni sui fattori produttivi		Risultati nell'anno		
		Manovra 2006	Int.. strutturali	Processo	Performance	Esito per i pazienti
1.1.1 ASS: Riquilibrare le competenze delle risorse umane	Definizione e attuazione di un <i>programma formativo aziendale annuale</i> che soddisfi i fabbisogni formativi del personale (diverse figure professionali e diverse responsabilità non solo del Distretto)	Budget di mantenimento		Delibera programma con particolare attenzione a: <i>Aspetti gestionali</i> <i>Pianificazione del progetto personalizzato</i> <i>Utilizzo strumenti di valutazione multidimensionale</i> <i>Utilizzo di reti nella presa in carico</i>	70% del personale di distretto e 30% del rimanente personale ASS ha partecipato al programma aziendale	
1.1.2 Acquisire personale	Rispettare il piano assunzioni derivante dalla negoziazione di budget e coerente con le indicazioni regionali	Budget di mantenimento		Delibera coerente e monitoraggio mensile		
1.1.4 Organizzare/Ottimizzare le attività di reporting al direttore di distretto	Elaborazione di report periodici al direttore di Distretto da parte della Struttura Finanza e controllo e dei servizi epidemiologici			Report periodici		
11.41.1 Organizzare/Ottimizzare le attività di reporting al direttore di distretto: competenze delle strutture centrali	Elaborazione di report periodici al direttore di Distretto da parte della Struttura Finanza e controllo e dei servizi epidemiologici. Azioni di adeguamento delle procedure di acquisto materiali, di contabilità, di valutazione del costo del personale			Atti formali di organizzazione delle procedure ammin.ve Report periodici		
1.1.5 Dotare il distretto di budget <i>reale</i>	Fattore già acquisito nella nostra ASS					
1.1.6 Distrettualizzare il sistema premiante	Condivisione tra DG e Distretti dei piani di lavoro distrettuali con obiettivi incentivati			Delibera obiettivi di budget		
11.6.1 Distrettualizzare il sistema premiante: competenze delle strutture centrali	Definizione di nuove regole gestionali dei fondi contrattuali del personale Idonee relazioni sindacali			Definizione di nuove procedure di budget incentivi e relativa liquidazione		
1.1.7 Informatizzazione ambulatoriale specialistica	attivazione del g2 clinico con condivisione di cartelle, scambio di referti, correlazione con l'ambito ospedaliero	Budget aziendale		Attivazione operativa		
2.1.1 Rendere pienamente operative le aree vaste	2.1.1 a Sviluppo dei rapporti di continuità assistenziale fra AOUTS e ASS n.1 2.1.1. b Sviluppo dei rapporti di continuità assistenziale fra Burlo e ASS n.1 2.1.1. c Sviluppo dei rapporti di continuità			Sottoscrizione dell'accordo di area vasta		

OBIETTIVO OPERATIVO 2006	Azioni che si intendono realizzare nel 2006	Implicazioni sui fattori produttivi		Risultati nell'anno		
		Manovra 2006	Int.. strutturali	Processo	Performance	Esito per i pazienti
	assistenziale fra A.S.S. n.1 e strutture private accreditate					
<p>2.1.2 Sviluppo dei rapporti di continuità assistenziale fra Burlo e ASS n.1:</p> <p>1- Neonatologia e TIN 2- Ostetricia e ginecologia 3- Emato oncologia 4- Clinica pediatrica 5- Neuropsichiatria infantile 6- Dip. chirurgico 7- Rianimazione 8- ORL 9- Ortopedia 10- UOBA 11- CF 12- Cure Primarie Domiciliari 13- DDD, DSM 14- PLS/MMG 15- EELL</p>	<p>Consolidare e sviluppare le attività già esistenti in tema di:</p> <p>a.Presa in carico e continuità assistenziale gravidanza e neonato fisiologici ed a rischio psico socio sanitario (1, 2, 10, 11, 12, 13, 14, 15) v. pomi e pdz e accordo PLS e piano riabilitazione</p> <p>b.Presa in carico e continuità assistenziale nelle situazioni di gineco- patologia (2, 11, 14)</p> <p>c.Presa in carico e continuità assistenziale per bambini in situazioni sanitarie complesse (1, 3, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14) v. pomi e pdz e accordo pls e piano riabilitazione</p> <p>d.Presa in carico multiprofessionale e continuità assistenziale nelle situazioni di disabilità in età evolutiva (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 15) v. pomi e pdz e accordo pls e piano riabilitazione</p> <p>e.Continuità della presa in carico nel passaggio con l'età adulta nelle situazioni complesse ((4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 15) v. pomi e pdz e accordo pls e piano riabilitazione</p>			<p><u>Accordo quadro</u> generale ass- irccs con incorporazione dei <u>protocolli specifici</u> già esistenti (emato oncologia, accoglienza mamma bambino, gravidanza a rischio psico socio sanitario,...)</p> <p>Definizione di linee guida condivise per la presa in carico in continuità assistenziale con PLS/MMG</p>		<p>Miglioramento del percorso assistenziale di continuità per le donne con gravidanza fisiologica e a rischio psico socio sanitario</p> <p>Aumento dei tassi di allattamento materno nelle situazioni fisiologiche e di rischio psico sociale sanitario</p> <p>Presa in carico territoriale delle donne con gineco- patologia</p> <p>Miglioramento della presa in carico delle situazioni complesse sanitarie e socio sanitarie (es. disabilità, patologia neuropsichiatria, deficit neurosensoriale)</p>
<p>2.1.3 Continuità terapeutica con AOUTS. <i>Garantire la continuità assistenziale e la presa in carico per i cittadini ricoverati nell'area medica e neurochirurgia con estensione ai reparti di ortopedia e neurologia</i></p>	<p>2.1.3.a. miglioramento protocolli interaziendali, incremento delle dimissioni concordate nei reparti di Area Medica e Neurochirurgia, estensione ai reparti di ortopedia e neurologia</p> <p>2.1.3.b. valutazione da parte dell'IP o fisioterapista o medico di distretto, nel luogo di ricovero e costruzione del percorso post-dimissioni</p> <p>2.1.3.c. elaborazione del PAI (progetto assistenziale individuale) e individuazione del case manager</p> <p>2.1.3.d. costruzione budget di salute individuale integrato sperimentale (piani di</p>	Budget di mantenimento		<p>a. Delibera nuovi protocolli Revisione protocolli ortopedia e neurologia</p>	<p>b. 80% dei casi segnalati dai reparti di degenza dopo il protocollo c. 80% di presa in carico d. 2 casi per microarea con gravi problemi sociali</p>	

OBIETTIVO OPERATIVO 2006	Azioni che si intendono realizzare nel 2006	Implicazioni sui fattori produttivi		Risultati nell'anno		
		Manovra 2006	Int.. strutturali	Processo	Performance	Esito per i pazienti
	zona per i residenti delle microaree)					
2.1.4 Continuità assistenziale Pronto Soccorso – Unità Operative Distrettuali – Circuito Sanitario h24	2.1.4.a. incremento raccordo operativo con i medici di distretto 2.1.4.b.estensione raccordo operativo alle altre figure professionali, in particolare agli infermieri, fisiatra, fisioterapisti ecc 2.1.4.c. stabilizzazione circuito sanitario h24 2.1.4.d. studio di fattibilità prime cure	Budget di mantenimento		a.Formalizzazione Protocollo e perfezionamento delle istruzioni operative esistenti c. Delibera regolamento	a. 5% in più b. risposta al 50% delle richieste d. estensione al pomeriggio	
2.1.5 Prime Cure Ospedale Maggiore – AOOTS – ASS 1	2.1.5.a. preparazione studio di fattibilità gruppo misto interaziendale 2.1.5.b messa in opera degli accordi operativi previsti nello studio di fattibilità	Budget di mantenimento		a. formalizzazione tra le due aziende dello studio di fattibilità	b. risposta al 50% della domanda da AOOTS a ASS 1 e della domanda da ASS1 a AOOTS	
2.1.6 Applicazione protocollo interaziendale (AOOTS – ASS1 – Pineta del Carso) per il controllo e la prevenzione delle infezioni ospedaliere	2.1.6.a Formazione del personale 2.1.6.b Elaborazione del protocollo di sorveglianza e studio di sorveglianza	Budget di mantenimento		Report dello studio di sorveglianza	Prevenzione e gestione eventuali outbreak	
2.1.7 Revisione critica del protocollo interaziendale per la riabilitazione	2.1.7.a. rielaborazione protocollo tra le due aziende con partecipazione dei soggetti privati accreditati, Comune e terzo settore 2.1.7.b. valutazione e presa in carico congiunta da parte del fisioterapista o IP o medico di distretto o fisiatra e altre figure professionali esperte in riabilitazione	Budget di mantenimento		a. Definizione nuovo protocollo b. Risposta al 50% della domanda come previsto dalle nuove procedure		
2.1.8 Prosecuzione gruppo di lavoro interaziendale su incontinenza e piaghe da decubito		Budget di mantenimento		Protocollo condiviso entro giugno	secondo semestre azioni integrate sul 50% delle persone a rischio	
2.1.9 Prosecuzione del gruppo di lavoro tra medici specialisti e MMG	2.1.9.a. Perfezionare la comunicazione tecnica specialisti-ospedalieri-MMG anche nelle situazioni meno complesse che non rientrano nel protocollo della continuità terapeutica 2.1.9.b.facilitazione consulto o presso reparto o in ambito territoriale (centri sanitari, RSA, strutture protette, domicili) in riferimento a cittadini residenti nelle microaree 2.1.9.c. integrazione operativa primo ciclo di cure	Budget di mantenimento		a.Monitoraggio delle comunicazione con particolare attenzione alla lettera di dimissione b. costruzione accordi con singoli reparti	b. risposta al 20% della domanda prevista dall'accordo c. estendere l'accordo tra gli MMG e gli altri reparti individuati dalla Direzione Sanitaria Ospedaliera	
2.1.10 Integrazione operativa con il reparto Terza Medica in riferimento	2.1.10.a.Definire le procedure organizzative per i ricoveri a provenienza microarea	Budget di mantenimento		a. Formalizzazione accordo organizzativo	b. Risposte operative intra ed extra moenia	

OBIETTIVO OPERATIVO 2006	Azioni che si intendono realizzare nel 2006	Implicazioni sui fattori produttivi		Risultati nell'anno		
		Manovra 2006	Int.. strutturali	Processo	Performance	Esito per i pazienti
alla microarea	2.1.10.b. modalità operative territoriali a favore dei cittadini di microarea con particolare riferimento alle discipline della Terza Medica			b. Definizione procedure	nella prima fase sperimentale al 10% della domanda	
2.1.11 Continuità assistenziale percorsi diagnostico-terapeutici individualizzati nelle aree ad alto impatto sociale	2.1.11.a. Cardiologia: perfezionamento istruzioni operative per la presa in carico congiunta delle persone con scompenso cardiaco 2.1.11.b. Aumento persone assistite a domicilio da specialista centro cardio-vascolare, MMG, IP 2.1.11.c.3 Incremento assistenza domiciliare e cure palliative per le persone affette da tumore 2.1.11.d. Incremento presa in carico pazienti diabetici multiproblematici 2.1.11.e. Pneumologia: incremento e miglioramento della presa in carico congiunta per pazienti con malattie pneumologiche con particolare riferimento alle broncopneumopatie	Budget di mantenimento		a. Formalizzazione protocollo e. rivisitazione dei nove punti del progetto di pneumologia con particolare attenzione agli interventi non ancora attuati	b. Aumento del 5% dei pazienti dimessi da AO/TS o segnalati da IP o MMG residenti in microarea rispetto al 2005 c. 100% dei pazienti in stato di dolore cronico grave presi in carico, dimessi da AO/TS o segnalati da MMG o IP residenti in microarea d. 50% delle persone residenti in microarea e. aumento del 5% della presa in carico post-dimissione e. budget di salute personalizzato (3 utenti per microarea) insieme a Pineta del Carso	
2.1.12 Liste d'attesa	2.1.12.a. Estensione dei criteri prioritizzazione clinica RMN situazioni critiche 2.1.12.b. ridefinizione e riorganizzazione delle risposte specialistiche e delle indagini strumentali contenute entro la voce CUP	Budget di mantenimento		a. Accordo interistituzionale erogatori Area Vasta b. Accordo in ambito Area Vasta	b. visite cardiologiche e oculistiche con miglioramento dei peggiori tempi di attesa per le prime visite e regolamentazione delle visite programmate	
2.1.12.3 Obiettivo di sviluppo Distretto 3 Riduzione liste d'attesa	regia organizzativa personalizzata per il 50% delle domande provenienti dalle 3 MA del D3 per quanto riguarda: cardiologia, oculistica, dermatologia				Risposta entro 7 giorni se non visita programmata	
2.1.13 Distribuzione diretta farmaci	Distribuzione diretta ospedaliera del primo ciclo terapeutico: accordo AO/TS e Burlo				Aumento di almeno il 5% rispetto al 2005	
2.2.1 Informare e orientare i cittadini sull'offerta e all'utilizzo dei servizi sociosanitari	2.2.1.a. Realizzazione di materiale informativo unitario diretto alla cittadinanza 2.2.1.b. Realizzazione della carta integrata dei servizi 2.2.1.c. Allestimento di punti unici di	Budget di mantenimento g.,h: Finanziamento Regione, ASS, Comune TS Esternalizzazione del servizio di informazione (n. verde, sito		a. prosecuzione realizzazione materiale informativo cartaceo e aggiornamento sito internet	g.,h: Istituzione di un servizio unico d'informazione (n. verde, sito internet)	g.,h: Le persone con disabilità e i loro caregiver hanno un accesso facilitato ai servizi sociosanitari

OBIETTIVO OPERATIVO 2006	Azioni che si intendono realizzare nel 2006	Implicazioni sui fattori produttivi		Risultati nell'anno		
		Manovra 2006	Int.. strutturali	Processo	Performance	Esito per i pazienti
	<p>accesso</p> <p>2.2.1.d.Pubblicizzazione delle liste di attesa</p> <p>2.2.1.e.Informazione sui programmi di sviluppo delle cure palliative e sui programmi di educazione alla salute</p> <p>2.2.1.f. Sviluppare la pubblicazione ESSETI e estendere la diffusione alla popolazione</p> <p>2.2.1.g. Progetto "Servizi per le persone disabili": Costituzione del gruppo integrato di progetto eLinee guida operative</p> <p>2.2.1.h.Istituzione del sito internet e del numero verde per disabili</p>	<p>internet)</p> <p>Risorse aziendali x Gruppo Guida e Gruppi tecnici, formazione</p> <p>i,l,m Budget di mantenimento</p>		<p>b. c.d.e. prosecuzione attività</p> <p>f. accordo di area vasta per pubblicazione ESSETI anche sui media locali</p> <p>g.,h: Elaborazione mappa dei servizi sociosanitari e del terzo settore per la disabilità</p>		
<p>2.2.2</p> <p>Favorire la partecipazione della Comunità locale</p>	<p>2.2.2.a. mantenere e sviluppare la pratica dei FORUM sia tematici che territoriali</p> <p>2.2.2.b Sviluppare il progetto "radio di quartiere" legato a Habitat microaree</p> <p>2.2.2.c. fare della partecipazione attiva dei cittadini elemento centrale del progetto Habitat microaree</p> <p>2.2.2 d) Progettare e sperimentare gruppi di attività motoria autogestita</p> <p>2.2.2. e) Valutazione del miglioramento delle attività (esecuzione di compiti) e della partecipazione (coinvolgimento nelle situazioni di vita) mediante schede di autovalutazione compilate prima e dopo gli interventi e eventuale revisione del progetto</p> <p>2.2.2.f) Progettazione ed effettuazione di interventi di educazione sanitaria sui corretti stili di vita</p>	<p>Budget di mantenimento</p>		<p>a. riunioni periodiche dei forum di Distretto e su anziani disabili donne e salute mentale</p> <p>c. definire buone pratiche di partecipazione attiva dei cittadini</p> <p>d,e,f: Progettazione e sperimentazione di una nuova modalità di intervento con il coinvolgimento della cittadinanza attiva</p>	<p>b. messa a regime trasmissione gestita dall'emittente comunitaria Radio Fragola</p> <p>d,e,f: Attivazione di almeno 1 gruppo per Distretto</p> <p>Attivazione di almeno 1 incontro di educazione sanitaria per microarea</p> <p>Valutazione dei risultati e eventuale revisione del progetto</p>	<p>d,e,f: Le persone con lievi difficoltà motorie trovano una risposta adeguata ai loro bisogni nel loro contesto di vita</p>
<p>2.2.2.1</p> <p>obiettivi di sviluppo Distretto 2: Favorire la partecipazione della Comunità locale</p>	<p>Progettare e sperimentare gruppi di attività motoria autogestita</p> <p>Valutare il miglioramento delle attività (esecuzione di compiti) e la partecipazione (coinvolgimento nelle situazioni di vita) mediante schede di autovalutazione compilate prima e dopo gli interventi e</p>	<p>Fondi di sviluppo e innovazione</p> <p>autoorganizzazione (105.000 euro da residuo fondo innovazione e per integrazione)</p>		<p>Progettazione e sperimentazione di una nuova modalità di intervento con il coinvolgimento della cittadinanza attiva</p>	<p>Attivazione di almeno 1 gruppo per Distretto</p> <p>Attivazione di almeno 1 incontro di educazione sanitaria per microarea</p> <p>Valutazione dei risultati</p>	<p>Le persone con lievi difficoltà motorie trovano una risposta adeguata ai loro bisogni nel loro contesto di vita</p>

OBIETTIVO OPERATIVO 2006	Azioni che si intendono realizzare nel 2006	Implicazioni sui fattori produttivi		Risultati nell'anno		
		Manovra 2006	Int.. strutturali	Processo	Performance	Esito per i pazienti
	eventuale revisione del progetto Progettare ed effettuare interventi di educazione sanitaria sui corretti stili di vita				e eventuale revisione del progetto	
2.2.3 Favorire la partecipazione attiva dei cittadini ad attività motoria	2.2.3.a.. Progettare e sperimentare gruppi di attività motoria autogestita 2.2.3.b.. Valutazione del miglioramento delle attività (esecuzione di compiti) e della partecipazione (coinvolgimento nelle situazioni di vita) mediante schede di autovalutazione compilate prima e dopo gli interventi e eventuale revisione del progetto 2.2.3.c.Progettazione ed effettuazione di interventi di educazione sanitaria sui corretti stili di vita	Budget di mantenimento		Progettazione e sperimentazione di una nuova modalità di intervento con il coinvolgimento della cittadinanza attiva	a.Attivazione di almeno 1 gruppo per distretto nelle microaree b. valutazione dei risultati ed eventuale revisione del progetto c. attivazione di almeno 1 incontro per microarea	
2.3.1 Definire, strutturare ed adottare modalità e procedure unitarie per la presa in carico integrata (multiprofessionale e multiistituzionale) e per la gestione di progetti personalizzati	2.3.1.a. Trasformazione delle UVD in Unità funzionali multiprofessionali e multiistituzionali di progetto secondo le LG che verranno predisposte dalla Regione 2.3.1.b. Definizione di protocolli di presa in carico condivisa nei casi complessi e multiproblematici tra Distretto, MMG, PLS, Ambito, Ospedali, DSM, Dipartimento Prevenzione, 2.3.1.c. Identificazione di operatori con funzioni di coordinatore del caso per ogni progetto individualizzato di presa in carico 2.3.1.d. Attivazione di budget di salute relativi a progetti personalizzati 2.3.1.f. Concorso alla definizione delle LG regionali per la redazione di progetti personalizzati (regia regionale) 2.3.1.g. Attivazione di nuclei trasversali dedicati a cure palliative 2.3.1.h. Predisposizione di strumenti di partecipazione delle associazioni di solidarietà sociale 2.3.1 i Orientare prioritariamente l'attività riabilitativa distrettuale a dare risposta ai bisogni di salute delle persone adulte con disabilità gravi permanenti o temporanee a rischio di istituzionalizzazione e/o	Budget di mantenimento i,l,m: Budget di mantenimento Risorse aggiuntive previste nel piano della Riabilitazione e già finanziate		b. definizione protocolli c. formalizzazione incarichi d. sperimentazione processo di budget di cura con progetti personalizzati g. sviluppo dell'attività in essere con definizione protocollo operativo h. i,l,m: Revisione delle modalità di presa in carico vedi progetti integrati PAT/PDZ "Presa in carico multi-multi-multi"; "Budget di cura"; "Le persone con disabilità vivono nella propria casa"; "Una casa possibile (abitazione assistita e comunità alloggio)"; "Verso il lavoro"; "Microaree" Registro integrato dei casi e rilevazione dei bisogni	2.3.1 i Elaborazione /revisione e attuazione di almeno 20 progetti personalizzati(progetti di vita) per distretto 2.3.1 l rilevazione dei bisogni espressi/rilevati soddisfatti e insoddisfatti e dei probabili bisogni nel triennio 2006-2008 dell'80% casi in carico secondo registro integrato (distretti-ambiti) di cui il 100 % dei casi residenti in microarea entro il primo semestre 2006. 2.3.1.m. Sperimentazione e dei protocolli nel terzo trimestre su almeno il 50 % dei dimessi per ictus, frattura di femore nell' anziano, endoprotesi di anca e ginocchio	

OBIETTIVO OPERATIVO 2006	Azioni che si intendono realizzare nel 2006	Implicazioni sui fattori produttivi		Risultati nell'anno		
		Manovra 2006	Int.. strutturali	Processo	Performance	Esito per i pazienti
	<p>esclusione sociale . Presa in carico attraverso progetti personalizzati con particolare focalizzazione sui residenti nelle microaree</p> <p>2.3.1 l Proseguire e concludere l'attività integrata di rilevazione dei bisogni delle persone adulte con disabilità grave in carico secondo registro integrato (distretti-ambiti) entro il primo semestre 2006 con particolare focalizzazione sui residenti nelle microaree</p> <p>2.3.1m) Continuità assistenziale accordo con AO, Privati accreditati e MMG per revisione dei protocolli di per ictus, frattura di femore nell' anziano, endoprotesi di anca e ginocchio</p>			<p>Protocolli di continuità assistenziale per ictus, frattura di femore nell'anziano endoprotesi di anca e ginocchio</p> <p>Documento congiunto AOU –ASS allegato al Piano della riabilitazione</p>		
2.3.1.1.1 obiettivi di sviluppo Distretto 1: continuità assistenziale	SVILUPPO "dimissioni protette", anche in conseguenza di attività nella nuova sezione per postacuti ; priorità su alcune condizioni selezionate (ad es. scompenso cardiaco, stato post ictus)	1 ip per continuità H-territorio		<p>Protocolli di continuità assistenziale .</p> <p>Documento congiunto AOU –ASS</p>	N°casi in dimissione protetta – almeno 500 casi/anno	Le persone multiproblematiche dimesse , fragili e critiche, ritornano a casa con programmi personalizzati e maggiore sicurezza
2.3.1.1.2 obiettivi di sviluppo Distretto 1: Interventi di Comunità sulla fragilità	Sviluppo delle attività di microarea Greta e Roiano , , con ampliamento conoscenza delle situazioni di fragilità-criticità e presa in carico di situazioni multiproblematiche (anziani, minori, famiglie) soggetti con malattie croniche	1 OSS di comunità ,		<p>Protocolli definizione fragilità, costituzione banca dati fragilità , input dati</p>	Conoscenza almeno 50 casi fragili e azioni preventive (presa in carico) di contrasto alla istituzionalizzazione – funzionante la banca dati fragilità ; presa in carico 40 casi multipr.	Migliore qualità di vita, grazie agli interventi proattivi , presa in carico di persone con multiproblematicità, prevenzione ricoveri in osp o casa di riposo, avvalendosi di MMG e di una rete comunitaria e dei budget di salute (v. oltre)
2.3.1.1.3 obiettivi di sviluppo Distretto 1: Interventi di Comunità in ambito 1.1	Sviluppo delle attività nel territorio di ambito 1.1 , avvalendosi dell'integrazione esistente con MMG e SSB	1 IP di com. (da affiancare a MMG gruppo di Aurisina)		<p>Presenza IP accanto a MMG in distretto per counseling , sostegno alla compliance terapeutica, educazione sanitaria in malattie croniche (es.</p>	Almeno 40re/settimana in amb. MMG di gruppo in sede distrettuale; Conoscenza – presa in carico di almeno 30 casi fragili e azioni preventive di contrasto	Migliore efficacia delle cure, complicanze più elevate, ,migliore qualità di vita, aumento soddisfazione

OBIETTIVO OPERATIVO 2006	Azioni che si intendono realizzare nel 2006	Implicazioni sui fattori produttivi		Risultati nell'anno		
		Manovra 2006	Int.. strutturali	Processo	Performance	Esito per i pazienti
				diabete, BPCO, scom.card., ecc) Presenza di IP nel territorio per conoscenza criticità e fragilità, prevenzione del deterioramento, supporto alla disabilità-nonautosufficienza, potenziamento azioni di continuità assistenziale	alla istituzionalizzazione –	operatori
2.3.1.1.4 obiettivi di sviluppo Distretto 1: Avvio realizzazione di alcuni budget di salute individuali	Programmi integrati sociosanitari per ambito 1.1 e 1.2, per tutte le fasce di età	Ca. 30.000 € a disp. Per finanziare servizi /prestazioni integrativi acquistati da terzi oppure rimborsi diretti agli utenti – tale fondo integra altri comunali, degli utenti, ecc			Almeno 3 persone sostenute da progetti globali di intervento oltre ai dati 2005	3 persone (incremento 2006) hanno percorsi di salute globali, integrati
2.3.1.1.5 obiettivi di sviluppo Distretto 1: Miglioramento cure diabetologiche con sviluppo dei centri diabetologici distrettuali	Apertura 5 gg/sett, su orario continuato ca. 8-16, di centro diabetologico distrettuale, con team multiprofessionale, in parte derivante da redistribuzione risorse dell'attuale centro diabetologico, in parte da nuova acquisizione (le attuali coprono 3 distretti, non 4)	Budget di mantenimento		Amb. Aperto 5 gg sett, se disp. personale al completo; in alternativa, riduzioni proporzionali e invio paz. Al centro di v. farneto	Almeno 50 diabetici residenti in d-1 seguiti presso le 3 sedi (stock, aurisina, opicina)	Buona qualità di cure di più facile accesso
2.3.1.2.1 obiettivi di sviluppo Distretto 2: Presenza in carico con adeguati programmi di continuità assistenziale territoriale di soggetti multiproblematici e/o con malattie croniche degenerative con particolare riguardo ai residenti in microarea	Incrementare la conoscenza e la presa in carico di pazienti affetti da scompenso cardiaco, diabete mellito, broncopneumopatia cronica, stato post ictus, dolore cronico grave, con particolare riguardo ai residenti in microarea, segnalati alla dimissione da AOU o da MMG	Fondi di sviluppo e innovazione + 1 infermiere euro 30.000 budget di salute (15.000 euro da residuo fondo innovazione e per integrazione)			100% di conoscenza dei casi segnalati in dimissione da AOU o da MMG e presa in carico del 100% dei casi con scompenso cardiaco e almeno del 50% dei casi con le altre patologie anche con la costruzione di budget di salute	La popolazione target migliora la propria qualità di vita evita/ritarda l'istituzionalizzazione
2.3.1.2.2 obiettivi di sviluppo Distretto 2: Definire, strutturare ed adottare modalità e procedure unitarie per la presa in carico integrata (multiprofessionale e multiistituzionale) e per la gestione di progetti personalizzati/budget di salute	Presenza in carico integrata 1.8.11.5.a.Orientare prioritariamente l'attività riabilitativa distrettuale a dare risposta ai bisogni di salute delle persone adulte con disabilità gravi permanenti o temporanee a rischio di istituzionalizzazione e/o esclusione sociale . Presenza in carico attraverso progetti personalizzati/budget di salute con	Fondi Riabilitazione + 1 fisioterapista + ½ fisiatra Fondi di sviluppo e innovazione		a.Revisione delle modalità di presa in carico vedi progetti integrati PAT/PDZ "Presenza in carico multi-multi-multi"; "Budget di cura"; "Le persone con disabilità vivono nella propria casa"; "Una	a.Elaborazione /revisione e attuazione di almeno 20 progetti personalizzati(progetti di vita) per distretto di cui alcuni budget di salute ictus, frattura di femore nell'	a.Le persone con gravi disabilità permanenti o temporanee trovano una risposta adeguata ai loro bisogni nel loro contesto di vita

OBIETTIVO OPERATIVO 2006	Azioni che si intendono realizzare nel 2006	Implicazioni sui fattori produttivi		Risultati nell'anno		
		Manovra 2006	Int.. strutturali	Processo	Performance	Esito per i pazienti
	particolare focalizzazione sui residenti nelle microaree	budget di salute (105.000 euro da residuo fondo innovazione e per integrazione)		casa possibile (abitazione assistita e comunità alloggio); "Verso il lavoro"; "Microaree" AOU –ASS allegato al Piano della riabilitazione	anziano, endoprotesi di anca e ginocchio	
2.3.1.3.1 obiettivi di sviluppo Distretto 3 Garantire la continuità assistenziale e la presa in carico tra ambiti di ricovero e territorio delle persone con disabilità grave temporanea o permanente	1.8.12.1.a.Elaborazione (revisione) di protocolli di continuità per persone colpite da ictus e per persone anziane con frattura di femore 1.8.12.1.b.Valutazione da parte del fisioterapista territoriale nel luogo di ricovero, costruzione del percorso post-dimissione 1.8.12.1.c.Elaborazione del PAI (progetto assistenziale individuale) e individuazione del case manager 1.8.12.1.ad.costruzione budget di salute individuale integrato (PdZ) per residenti nelle microaree	Risorse aggiuntive previste dal piano della riabilitazione 8 ore fisiatra 1 logopedista 1 fisioterapista		a.)Protocolli deliberati	b.80% dei casi segnalati da reparti di degenza dopo protocollo c.80% dei casi valutati d.50% dei residenti con tali patologie	Le persone prese in carico hanno un'assistenza personalizzata, evitano le complicanze e l'istituzionalizzazione.
2.3.1.3.2 obiettivi di sviluppo Distretto 3 Garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio e la presa in carico di persone affette da scompenso cardiaco, diabete, broncopneumopatia cronica, gravi disabilità, patologie oncologiche	1.8.12.a.Valutazione infermieristica nel luogo di ricovero e costruzione del percorso post dimissione 1.8.12.b.Elaborazione del PAI e individuazione del case manager; 1.8.12.c.Implementazione tramite il PAI del nursing abilitante in particolare su incontinenza, L.D.D., complicanze da diabete, scompenso cardiaco 1.8.12.d.Costruzione budget di salute individuale integrato (PdZ) per residenti nelle microaree 1.8.12.e. Implementazione del circuito h24 (Medici di distretto, SCA, infermieri, 118)	Risorse aggiuntive da sviluppo e innovazione e riabilitazione 1 infermiere 30.000 Euro per budget di salute		Strumento PAI deliberato Regolamento circuito h24	90% dei casi segnalati dall'Ospedale valutati entro i tempi previsti dall'accordo. PAI per il 90% dei casi presi in carico. Budget di salute per il 20% dei residenti delle microaree con PAI. Costruzione di PAI per le persone con situazioni complesse prese in carico a partire da una segnalazione 118 o SCA o da distretto a 118 o SCA	Le persone prese in carico hanno un'assistenza personalizzata, evitano le complicanze e l'istituzionalizzazione
2.3.1.4.1 obiettivi di sviluppo Distretto 4: Definire, strutturare ed adottare modalità e procedure unitarie per la presa in carico integrata	Presa in carico di pz. adulti con gravi patologie (oncologici, neurodegenerativi ecc.) attraverso piani di cura personalizzati, attuazione dei protocolli per	Budget di mantenimento + Risorse aggiuntive (1 infermiere)		Ampliamento pomeridiano orario attività ambulatorio distrettuale	Incremento di attività di almeno 3 ore per 5 gg/sett.	Le persone con gravi patologie migliorano la qualità di vita e vengono assistite

OBIETTIVO OPERATIVO 2006	Azioni che si intendono realizzare nel 2006	Implicazioni sui fattori produttivi		Risultati nell'anno		
		Manovra 2006	Int.. strutturali	Processo	Performance	Esito per i pazienti
(multiprofessionale e multiistituzionale) e per la gestione di progetti personalizzati	la gestione del dolore, ampliamento dell'orario dell'attività infermieristica, identificazione di operatori coordinatori del caso (case manager)	32mila budget di cura		infermieristico	Elaborazione di 10 progetti personalizzati e presa in carico ambulatoriale o domiciliare Nomina del case manager	nel loro contesto
2.3.1.4.2 obiettivi di sviluppo Distretto 4: Definire, strutturare ed adottare modalità e procedure unitarie per la presa in carico integrata (multiprofessionale e multiistituzionale) e per la gestione di progetti personalizzati	Attuare nuove modalità di presa in carico globale (con SSB, terzo settore, ecc.) con approccio "multi-multi-multi" in anziani residenti nelle microaree con multiproblematicità ed affetti da una o più delle seguenti patologie: Scompenso cardiaco, Diabete mellito, BOC, Esiti ictus, Dolore cronico grave, Politerapia in atto.	Budget di mantenimento		Progettazione e sperimentazione di una nuova modalità di intervento, con azioni proattive e capacità di monitoraggio condizioni di salute/benessere. Valutazione della qualità della vita del soggetto e della famiglia	20 persone anziane vengono prese in carico con le nuove modalità e viene valutata la qualità della vita della persona e della famiglia.	Alcuni gruppi di anziani residenti in microaree con malattie croniche invalidanti ad elevato impatto sociale evitano ricoveri impropri e evitano/ritardano l'istituzionalizzazione; migliora la qualità di vita loro e delle loro famiglie
2.3.2.1.1. obiettivi di sviluppo Distretto 1: sviluppo attività di riabilitazione in D-1, come da programma az. , In accordo con piano regionale	Enfasi sulla grande disabilità, sulla presa in carico di situazioni specifiche (es. post ictus, problemi logopedici nei minori)	Finanziamento Riabilitazione 1 terapeuta adulti 1 logopedista minori ½ fisiatra ; con disp. Econ. residua : acquisto da erogatori privati accreditati di "pacchetti" integrativi di prestazioni riabilit. domicil-ambul-per effettuazione percorsi personalizzati specifici (es. post fratture o post ictus) VALORE TOT: 70.000 EURO			Incremento 15% di pazienti con prestazioni/percorsi (vs 2005) di riabilitazione e logopedia	Riduzione tempi attesa Maggiore efficacia del trattamento riabilitativo
2.3.2.3.1 obiettivi di sviluppo Distretto 3 Garantire la presa in carico e la continuità assistenziale/terapeutica per i bambini e le famiglie con bisogni complessi (patologia cronica/ invalidante di un componente della famiglia, situazioni di rischio/disagio psicosociale, violenza familiare,	1.8.12.3 a.valutazione multidimensionale (UVD, EMH) delle situazioni complesse (v. PDZ) 1.8.12.3 b. elaborazione del progetto individualizzato nelle situazioni complesse ed individuazione del case manager (presa in carico delle famiglie con minori in situazioni di "fragilità"- marginalità, esclusione, devianza, disabilità- v. PDZ) 1.8.12.3 c.budget di salute nelle situazioni	Risorse aggiuntive da sviluppo ed innovazione e riabilitazione: 1 neuropsichiatra infantile 10 ore a settimana, 10 ore settimanali di psicomotricista, 2 psicologi a tempo pieno dei quali 1 a scavalco tra UOBA e CF, 24 ore settimanali di ostetrica		a. accordo quadro con Burlo sulla continuità assistenziale b. linee guida PLS/MMG sulla continuità c. accordi formalizzati con gli IC d. linee guida con servizi per l'adulto per la continuità	e. 90% della presa in carico dei casi "complessi" f. almeno una iniziativa di sviluppo di comunità orientata sulle famiglie con minori all'interno di ogni microarea (3) - almeno un progetto "di rete" all'interno di ogni	I bambini e le famiglie con minori in situazione di complessità sono prese in carico in modo integrato e continuativo allo scopo di sostenere il benessere individuale e nella

OBIETTIVO OPERATIVO 2006	Azioni che si intendono realizzare nel 2006	Implicazioni sui fattori produttivi		Risultati nell'anno		
		Manovra 2006	Int.. strutturali	Processo	Performance	Esito per i pazienti
svantaggio/esclusione socio culturale, immigrazione, in carico ai servizi/AAGG; presa in carico precoce della gravidanza a rischio psico socio sanitario)	di complessità e di necessità di assistenza ad alta intensità (v. PDZ) 1.8.12.3 d. identificazione precoce (durante la gravidanza- Percorso Nascita) delle situazioni di rischio e presa in carico precoce ed integrata 1.8.12.3 e. garantire la continuità di cura nel passaggio all'età adulta (devianza, tossicodipendenza, patologia psichiatrica) 1.8.12.3 f. consolidare gli interventi di sviluppo delle risorse della comunità (scuola, associazioni,...) e contrasto alla sanitarizzazione impropria del disagio dell'adulto e del bambino sviluppando il lavoro di referenza/équipe scolastica, soprattutto all'interno delle microaree			assistenziale	Istituto Comprensivo scolastico del distretto (4)	comunità contrastare la istituzionalizzazione
2.3.2.4.1 obiettivi di sviluppo Distretto 4: Definire, strutturare ed adottare modalità e procedure unitarie per la presa in carico integrata (multiprofessionale e multiistituzionale) e per la gestione di progetti personalizzati/budget di salute	Presa in carico integrata 1.8.11.5.a.Orientare prioritariamente l'attività riabilitativa distrettuale a dare risposta ai bisogni di salute delle persone adulte con disabilità gravi permanenti o temporanee a rischio di istituzionalizzazione e/o esclusione sociale . Presa in carico attraverso progetti personalizzati/budget di salute con particolare focalizzazione sui residenti nelle microaree	Fondi Riabilitazione 1 fisioterapista ½ fisiatra 1 psicologo 1 logopedista (+ 10mila budget di cura)		a.Revisione delle modalità di presa in carico vedi progetti integrati PAT/PDZ "Presa in carico multi-multi-multi"; "Budget di cura"; "Le persone con disabilità vivono nella propria casa"; "Una casa possibile (abitazione assistita e comunità alloggio)"; "Verso il lavoro"; "Microaree"	a.Elaborazione /revisione e attuazione di almeno 20 progetti personalizzati(progetti di vita) per distretto di cui alcuni budget di salute	
2.4.1 Applicare e monitorare l'Accordo UCAD-UDMG	Elaborazione di Report annuale attività per ogni UCAD			Report annuale		
2.4.2 Sviluppare il rapporto MMG Distretto	2.4.2.a.verifica dell' attuazione delle diverse attività dell'accordo integrativo regionale dei MMG 2.4.2.b. attivazione associazionismo di gruppo e in rete nelle sedi distrettuali 2.4.2.c. sviluppo della medicina d'iniziativa con definizione di programmi personalizzati	Eventuali finanziamenti regionale su MMG			a. sviluppo degli obiettivi di performance b.attivazione sperimentazioni c.attivazione sperimentazione d. attivazione	

OBIETTIVO OPERATIVO 2006	Azioni che si intendono realizzare nel 2006	Implicazioni sui fattori produttivi		Risultati nell'anno		
		Manovra 2006	Int.. strutturali	Processo	Performance	Esito per i pazienti
	di presa in carico congiunta MMG Distretto per pazienti cronici 2.4.2.d. collaborazione MMG specialisti con visita congiunta in sede distrettuale 2.4.2.e. utilizzo dell'e-government per la medicina di gruppo e assimilabile a livello di distretto, con raccordi operativi, condivisione di dati clinici, referti e altro con ass1 e aouts				sperimentazione in sede distrettuale e. graduale attivazione in tutti i gruppi	
2.4.2..2.1 obiettivi di sviluppo Distretto 2: Sviluppo della medicina di gruppo dei MMG presso la sede distrettuale di via S. Marco (GCP) con attivazione della medicina pro-attiva, con particolare riguardo alle persone residenti nelle microaree	Individuazione delle persone iscritte nei MMG dei GCP, in particolare residenti nelle microaree, fragili, affette da patologie cronico-degenerative o a rischio di ricoveri ripetuti, ed effettuazione di visita congiunta (MMG/operatori distretto /specialisti) in sede o a domicilio, con definizione del programma di intervento personalizzato/budget di salute e sua applicazione	Fondi di sviluppo e innovazione budget di salute (105.000 euro da residuo fondo innovazione e per integrazione)			Costruzione e applicazione di percorsi individuali integrati per almeno 100 persone con individuazione di budget di salute	La popolazione target migliora la propria qualità di vita evita/ritarda l'istituzionalizzazione
3.1.1 Co-responsabilizzare gli specialisti ospedalieri	Proseguire e ampliare attività gruppi di lavoro misti terr/osp con MMG e specialisti sui percorsi diagnostico/terapeutici	Budget di mantenimento			1. Uso appropriato (standardizzato) dei farmaci di nuova immissione 2. Indicazione esame TAC vs RMN (es: lombosciatalgia) 3. percorso d/t piede diabetico	
3.1.2 Sviluppare sistemi di audit e feedback sulle prescrizioni dei MMG e PLS	3.1.2.a.Mantenere e sviluppare le attività dei team di MMG costituiti ad hoc (progetto indicatori di salute) con audit sulle prescrizioni farmaceutiche e diagnostiche ambulatoriali 3.1.2.b. definire congiuntamente set di farmaci che all'interno di categoria hanno il miglior profilo farmaco economico e attuare conseguenti prescrizioni 3.1.2.c. completamento "progetto appropriatezza" (audit MMG/specialista su prescrizione diagnostica ambulatoriale)	Budget di mantenimento			b. redistribuzione parametri di incidenza % dei principi attivi definiti all'interno della categoria vs. 2005 c. come da progetto – verifica % appropriatezza	a.Vedi indicatori di performance MMG (es: % copertura aspirina in IMA, ACE in scomp. Card, ecc.)
3.1.3 Incentivare la prescrizione di	Prosecuzione della diffusione del foglio informativo sull'uso dei farmaci "così è se vi	Budget di mantenimento			Almeno 1 fascicolo dedicato	

OBIETTIVO OPERATIVO 2006	Azioni che si intendono realizzare nel 2006	Implicazioni sui fattori produttivi		Risultati nell'anno		
		Manovra 2006	Int.. strutturali	Processo	Performance	Esito per i pazienti
medicinali non coperti da brevetto	pare" con numero dedicato ad hoc					
3.1.4 Diffondere l'utilizzo di trattamenti antidolorifici e di altri trattamenti sintomatici	3.1.4.a.Sensibilizzazione e aggiornamento MMG – prosecuzione progetto "territorio senza dolore" 3.1.4.b. Miglioramento raccordi CSO/MMG/distretti/hospice 3.1.4.c.Monitoraggio accurato situazione in microaree	Budget di mantenimento				Da definire la % di cittadini di microaree con dolore cronico grave coperti da adeguata terapia (sec. Protocollo)
3.2.1 Educare all'uso dei farmaci	3.2.1.a.popolazione: Nell'ambito del progetto Habitat Microaree sviluppare assieme ai MMG e in coll. con le Farmacie momenti di informazione specifica alla popolazione delle aree individuate tesi all'uso appropriato dei farmaci 3.2.1.b prescrittori: prosecuzione campagna di informazione indipendente aziendale su tutti i prescrittori avvalendosi eventuali provvedimenti regionali	Budget di mantenimento		a.Almeno due incontri per microarea	b. almeno due fascicoli "così è se vi pare"	
4.1.3 Assegnare nuove funzioni (educazione alla salute, screening, presa in carico leggera) e la responsabilità dell'assistenza infermieristica di una comunità agli infermieri coinvolti nell'assistenza domiciliare	4.1.3.a. Individuazione operatore dedicato in ogni sede Habitat Microarea con competenze proprie	Budget di mantenimento		Formale individuazione operatori e definizione competenze		
4.1.4 Sviluppare interventi di assistenza domiciliare ai pazienti oncologici	Aumentare numero casi di pazienti oncologici presi in carico dalla rete distrettuale	Budget di mantenimento			Aumento del 10% rispetto al 2005	
4.1.5 Ridurre il numero dei ricoveri ripetuti assicurando la continuità assistenziale e l'integrazione tra i servizi distrettuali e i reparti dell'AOTS	Garantire le procedure previste dal protocollo d'intesa con l'AOTS con particolare riguardo agli abitanti delle microaree.	Budget di mantenimento		Monitoraggio dei dati.		
4.1.6 Diffondere la cultura di un nursing abilitante attraverso la messa in atto delle buone pratiche dell'assistenza.	Stampa del libro il "nursing abilitante" e sua diffusione.	Budget di mantenimento		Stampa e diffusione		
4.1.7 seguire attraverso la continuità assistenziale le persone dimesse	4.1.7.a.garantire ai ricoverati in RSA (dimessi dall'AOTS con l'uso del pannolone) la riabilitazione	Budget di mantenimento		a.Monitorare il numero di persone seguite nella fase della stesura del		

OBIETTIVO OPERATIVO 2006	Azioni che si intendono realizzare nel 2006	Implicazioni sui fattori produttivi		Risultati nell'anno		
		Manovra 2006	Int.. strutturali	Processo	Performance	Esito per i pazienti
dall'AOTS con pannolone e che vengono ricoverate in RSA	dall'incontinenza urinaria o comunque l'educazione nell'utilizzo dell'ausilio più corretto. 4.1.7.b.Stesura di un protocollo per l'uso appropriato e per l'erogazione degli ausili più idonei. 4.1.7.c.Incontri informativi e formativi (con particolare riguardo alla popolazione delle microaree sul problema dell'incontinenza			PAI. b.Predisporre uno strumento per la raccolta dei dati c. almeno un incontro per distretto		
4.1.8 Ricerca sul trattamento delle ulcere degli arti inferiori e del piede diabetico	4.1.8.a. Formazione del personale 4.1.8.b.Creazione di un protocollo operativo	Budget di mantenimento		Formazione di almeno 40 infermieri		
4.2.2 Garantire omogeneità dei trattamenti	4.2.2.a.Attivazione di gruppi tecnici aziendali integrati 4.2.2.b.Definizione LG e protocolli operativi 4.2.2.c.Definizione di accordi con enti locali e terzo settore per trasporto utenti	Budget di mantenimento		verifica		
4.3.1 Adeguare le competenze professionali dei caregiver informali, comprese le assistenti domiciliari della cura	4.3.1.a. prosecuzione corsi distrettuali per caregivers di malati di m. di Alzheimer o altre patologie (es: scompenso di cuore) 4.3.1.b sviluppare contatti informativi caso per caso	Budget di mantenimento		a. Almeno 1 gruppo per distretto b. buona pratica costante in ogni caso con report		
4.3.2 Promuovere e sostenere l'autoorganizzazione dei caregiver informali (badanti, famiglie, vicinato, associazioni)	4.3.2.a. prosecuzione corsi distrettuali per caregivers di malati di m. di Alzheimer 4.3.2.b. sviluppo di reti di autoaiuto nelle zone Habitat Microaree	Budget di mantenimento		Vedi 4.3.1		
5.1.1. Adeguare le competenze professionali in RSA	Presenza operatori della struttura accanto a UVD per stesura PAI in ogni caso accolto, con identificazione di almeno tre obiettivi prioritari	Budget di mantenimento			1.Almeno 90 % presenza PAI negli ospiti 2. Almen. o 3 ob nel 50% degli ospiti	
5.1.4 rivedere l'offerta residenziale in RSA	Uniformare modalità/criteri accesso RSA S. Giusto alle RSA territoriali (pazienti non più di esclusiva provenienza ospedaliera gratuita primi 30 gg)				RSA omogenee nelle modalità di accesso	

OBIETTIVO OPERATIVO 2006	Azioni che si intendono realizzare nel 2006	Implicazioni sui fattori produttivi		Risultati nell'anno		
		Manovra 2006	Int.. strutturali	Processo	Performance	Esito per i pazienti
5.2.1 Assicurare nelle RSA in moduli distinti e dedicati alle funzioni di sollievo	Prosecuzione dell'esplicitata funzione sollievo nelle 4 RSA triestine modulando l'attività secondo le esigenze				Risposta alle diverse esigenze	
6.1.1 Definire e monitorare congiuntamente (ASS, struttura residenziale, Ambito) il progetto personalizzato degli ospiti delle strutture residenziali	Formalizzazione pratica PAI in tutte le strutture residenziali convenzionate				Almeno il 50% dei nuovi ingressi con PAI	
6.2.1 Verificare i fabbisogni di residenzialità protetta della popolazione anziana	Vedi PdZ: ricognizione e analisi preliminare in UVD appropriatezza nuove richieste di ricovero e liste di attesa – distinzione tra ric. temp. e permanenti (azione parallela al potenziamento di pratiche domiciliari integrate)			Report sulla percentuale di inevitabilità di ricovero permanente		
6.3.1 Monitorare e assicurare l'assistenza sanitaria nelle strutture residenziali per anziani	Vedi PdZ: percorsi migliorativi qualità assistenziale nelle strutture convenzionate					
6.3.1.4.1 obiettivi di sviluppo Distretto 4: Definire e monitorare congiuntamente (ASS, struttura residenziale, Ambito) il progetto personalizzato degli ospiti delle strutture residenziali	Superare la standardizzazione della assistenza, attraverso Piani Assistenziali Individuali e buone pratiche, nella struttura protetta ad assistenza diretta	Budget di mantenimento + Risorse aggiuntive (2 OSS) 32mila budget di cura		migliorare l'accoglienza e definire progetti personalizzati di assistenza. Sostenere l'abilità dell'anziano attraverso interventi adeguati.	Per il 50% dei nuovi accolti Progetto Assistenziale Individuale in equipe multidisciplinare	Le persone ricoverate in struttura protetta trovano una risposta adeguata ai loro bisogni
7.1.1 Individuare gli obiettivi del POMI che si intendono perseguire	7.1.1.a.Riorganizzazione struttura distrettuale con sinergia tra le U.O. 7.1.1.definizione del percorso consultoriale della gravidanza fisiologica per la demicalizzazione dell'intervento	Budget di mantenimento + ostetriche segnalate dai Distretti		a.Creazione Struttura Complessa Distrettuale bambini Adolescenti Donne <Famiglie (atto aziendale) b. linee guida per la gravidanza fisiologica		
7.1.1.1.1 obiettivi di sviluppo Distretto 1:sviluppo di nuove modalità di accoglimento e valutazione integrata sociosanitaria per minori ambito 1.1	Potenziare accoglimento in punto unico + valutazione MP in ambito 1.1 - potenziamento-accelerazione attività in equipe	Finanziamento Riabilitazione 1 psicologo (co co co) 1 psicologo			Almeno 2 ore/settimana di presenza congiunta con operatori SSB	Utenti e operatori SS di ambito 1.1 hanno accesso facilitato, valutazione e presa in carico accelerata

OBIETTIVO OPERATIVO 2006	Azioni che si intendono realizzare nel 2006	Implicazioni sui fattori produttivi		Risultati nell'anno		
		Manovra 2006	Int.. strutturali	Processo	Performance	Esito per i pazienti
7.1.1.2.1 obiettivi di sviluppo Distretto 2: Garantire la continuità assistenziale tra Burlo e territorio e tra Unità operative dell'età evolutiva e quelle dell'età adulta di riabilitazione e la presa in carico congiunta con PLS/MMG	Costruzione di un accordo quadro e/o linee guida con IRCCS/PLS/MMG al fine di definire la continuità di presa in carico tra IRCCS/DISTRETTI/PLS/MMG di minori con problematiche complesse . Utilizzo budget di salute per la presa in carico dei casi complessi	Fondi Riabilitazione: 1 psicomotricista o logopedista 1 laureato co.co.co. (collaborazione CF) 1 psicologo Fondi di sviluppo e innovazione budget di salute (105.000 euro da residuo fondo innovazione e per integrazione)		Formalizzazione di accordi e linee guida	Presa in carico dell'80 %dei bambini con bisogni complessi a partire dalla data di formalizzazione di accordi e linee guida e attivazione budget di salute	
7.1.1.2.2 obiettivi di sviluppo Distretto 2: Riorganizzare il CF e la gestione della gravidanza fisiologica al fine della "demedicalizzazione" della stessa	Definizione di un protocollo omogeneo e condiviso tra i CF dei 4 Distretti per la gestione delle gravidanze fisiologiche e avvio dell'applicazione	Fondi di sviluppo e innovazione 1 ostetrica euro		Protocollo omogeneo e condiviso		Le donne vivono la gravidanza come evento fisiologico e nel loro contesto di vita
7.1.1.3.1 obiettivi di sviluppo Distretto 3 Garantire la presa in carico e la continuità assistenziale/terapeutica per i bambini e le famiglie con bisogni complessi (patologia cronica/ invalidante di un componente della famiglia, situazioni di rischio/disagio psicosociale, violenza familiare, svantaggio/esclusione socio culturale, immigrazione, in carico ai servizi/AAGG; presa in carico precoce della gravidanza a rischio psico socio sanitario)	1.8.12.3 a.valutazione multidimensionale (UVD, EMH) delle situazioni complesse (v. PDZ) 1.8.12.3 b. elaborazione del progetto individualizzato nelle situazioni complesse ed individuazione del case manager (presa in carico delle famiglie con minori in situazioni di "fragilità"- marginalità, esclusione, devianza, disabilità- v. PDZ) 1.8.12.3 c.budget di salute nelle situazioni di complessità e di necessità di assistenza ad alta intensità (v. PDZ) 1.8.12.3 d. identificazione precoce (durante la gravidanza- Percorso Nascita) delle situazioni di rischio e presa in carico precoce ed integrata 1.8.12.3 e. garantire la continuità di cura nel passaggio all'età adulta (devianza, tossicodipendenza, patologia psichiatrica) 1.8.12.3 f. consolidare gli interventi di sviluppo delle risorse della comunità (scuola, associazioni,...) e contrasto alla sanitarizzazione impropria del disagio dell'adulto e del bambino sviluppando il lavoro di referenza/équipe scolastica, soprattutto all'interno delle microaree	Risorse aggiuntive da sviluppo ed innovazione e riabilitazione: 1 neuropsichiatra infantile 10 ore a settimana, 10 ore settimanali di psicomotricista, 2 psicologi a tempo pieno dei quali 1 a scavalco tra UOBA e CF, 24 ore settimanali di ostetrica		a. accordo quadro con Burlo sulla continuità assistenziale b.linee guida PLS/MMG sulla continuità c.accordi formalizzati con gli IC d. linee guida con servizi per l'adulto per la continuità assistenziale	e.90%della presa in carico dei casi "complessi" f. almeno una iniziativa di sviluppo di comunità orientata sulle famiglie con minori all'interno di ogni microarea (3) - almeno un progetto "di rete" all'interno di ogni Istituto Comprensivo scolastico del distretto (4)	I bambini e le famiglie con minori in situazione di complessità sono prese in carico in modo integrato e continuativo allo scopo di sostenere il benessere individuale e nella comunità contrastare la istituzionalizzazione

OBIETTIVO OPERATIVO 2006	Azioni che si intendono realizzare nel 2006	Implicazioni sui fattori produttivi		Risultati nell'anno		
		Manovra 2006	Int.. strutturali	Processo	Performance	Esito per i pazienti
7.1.1.4.1 obiettivi di sviluppo Distretto 4: contrasto alla medicalizzazione della gravidanza	Incremento dell'offerta consultoriale per la gravidanza fisiologica e attivazione del processo di demedicalizzazione dell'intervento	Budget di mantenimento + Risorse aggiuntive: 1 ostetrica		linee guida per la gravidanza fisiologica	Incremento di almeno 10 gruppi di percorso nascita Accoglienza e counselling dell'ostetrica del 50% delle donne in gravidanza seguite dal consultorio e del 100% per le donne residenti nelle microaree	Le donne in gravidanza ricevono risposte mirate ai loro bisogni
7.1.1.4.2 obiettivi di sviluppo Distretto 4: Definire, strutturare ed adottare modalità e procedure unitarie per la presa in carico integrata (multiprofessionale e multidimensionale) e per la gestione di progetti personalizzati	1.8.13.3.a.rivalutazione/elaborazione dei progetti individuali per tutti i minori in carico al servizio residenti nella micro area ottimizzando le risorse della comunità 1.8.13.3.b conoscenza dei minori stranieri residenti nel distretto per contrastare l'esclusione sociale e la dispersione scolastica 1.8.13.3.c.Definizione di protocolli di presa in carico condivisa tra Distretto, PLS,Burlo e MMG 1.8.13.3.d Formalizzazione di linee guida con PLS per la presa in carico congiunta con il distretto di tutti i bambini con problematiche sanitarie complesse	Budget di mantenimento		b. Individuazione del disegno di ricerca e avvio della ricerca c. formalizzazione accordo quadro con PLS MMG Burlo per garantire la presa in carico di bambini con problematiche complesse dimessi dal Burlo d. Adozione di modalità e procedure unitarie per la presa in carico congiunta	a. Revisione del 100% dei progetti relativi a minori residenti nella micro-area b. Conoscenza del livello di integrazione dei minori stranieri che frequentano la scuola dell'obbligo c. Presa in carico dell'80% dei bambini con problematiche complesse dimessi dal Burlo a partire dalla data di formalizzazione dell'accordo d. Presa in carico dell'80% dei bambini con bisogni complessi a partire dalla data di formalizzazione delle linee guida	a. i minori in carico residenti nella microarea hanno un progetto individuale integrato aggiornato b. I minori stranieri frequentano la scuola dell'obbligo con regolarità c. d. I bambini con problematiche complesse seguono percorsi di continuità assistenziale
7.1.2 Completare la rete di servizi riabilitativi per l'infanzia	Coordinamento con Burlo per i percorsi riabilitativi al fine di razionalizzare l'attività			Accordo quadro		
8.1.1 Concludere il percorso di costruzione della rete di offerta territoriale previsto dal II PIMT	Definizione del protocollo d'intesa ASS 1 con la Clinica universitaria di Trieste per il concorso alle attività assistenziali del DSM			formalizzazione		
8.1.2	Partecipazione all'UCAD e alle riunioni	Budget di mantenimento		Formalizzazione	Coordinamento sul 90%	

OBIETTIVO OPERATIVO 2006	Azioni che si intendono realizzare nel 2006	Implicazioni sui fattori produttivi		Risultati nell'anno		
		Manovra 2006	Int.. strutturali	Processo	Performance	Esito per i pazienti
Raccordare il CSM con il Distretto	interne distrettuali			modalità di coordinamento CSM- Distretti in termini di riunioni operative e programmatiche	dei casi multiproblematici individuati nelle aree ad alta integrazione. Progettualità condivisa CSM- Distretti a partire da PAT.	
8.1.3 Diminuire numero di persone ricoverate in TSV e TSO	Mantenere i risultati operativi attuali	Budget di mantenimento		Riduzione 2 posti letto nella nuova sede SPDC Trieste		
8.1.4 Assicurare consulenze al Pronto Soccorso	Mantenere i risultati operativi attuali	Budget di mantenimento		Verifica vs 2005		
8.1.5 Concorrere alla definizione di strumenti integrati e condivisi di valutazione, progettazione, monitoraggio e verifica dei progetti personalizzati (regia regionale)	8.1.5..a. Partecipazione alle attività predisposte dalla regione con contributi elaborativi propri 8.1.5.b.Costruire le procedure dei percorsi abilitativi personalizzati			Identificazione degli indicatori di esito. Quantificazione della quota di prestazioni sociale e relativi costi.	Riunioni ed attività di coordinamento	
8.1.6 Incrementare e riqualificare le risorse destinate alla riabilitazione psicosociale	8.1.6.a.Attivazione di nuove strutture riabilitative: Implementazione del progetto Centro Diurno nella sede di Aurisina 8.1.6.b.Definizione sperimentale di modalità di finanziamento di progetti	Fondi riabilitazione: Estendere convenzione con associazioni. 1 tecnico riabilitazione psichiatrica Incremento delle risorse		a.Utilizzo della sede ex C.S.M. di Aurisina come Centro Diurno affidato al Servizio Abilitazione e Residenze. Apertura fino alle 19 per almeno tre giorni alla settimana Disponibilità di apertura nei fine settimana per progetti particolari.	a.programma di attività del Centro Diurno (con partecipazione di maestri d'arte, associazioni di volontariato, ARSI). Definire percorsi di sostegno alla vita quotidiana per utenti del DSM individuati da tutte le UO. Attivare sostegno alla vita quotidiana (pasti e pulizie) presso il domicilio, gruppi residenziali per almeno 8 utenti dell'altipiano (tramite convenzione ARSI, moduli o altro). b. Inizio sperimentazione.	a.Miglioramento della qualità della vita quotidiana per le persone lungo-assistite o alte utilizzatrici dei CSM a rischio di marginalizzazione 30 persone coinvolte settimanalmente nei programmi del Centro Diurno:

OBIETTIVO OPERATIVO 2006	Azioni che si intendono realizzare nel 2006	Implicazioni sui fattori produttivi		Risultati nell'anno		
		Manovra 2006	Int.. strutturali	Processo	Performance	Esito per i pazienti
	personalizzati (budget individuali di salute) 8.1.6.c. Attivazione di progetti personalizzati finanziati con la modalità di budget individuale di salute	economiche di circa 70.000 euro.			c. Definizione dei singoli budget di salute per persone in contatto con il DSM e destinatarie di risorse al 31.12.05. Inziale turnover nel corso dell'anno.	
8.1.7 Favorire la formazione e l'inserimento al lavoro gli utenti dei servizi di salute mentale e del DDD	Realizzazione di un patto tra soggetti istituzionali (ivi compreso il CSC) e realtà economico-sociali del territorio (in primis Coop Sociali di tipo B) per l'inserimento lavorativo			formalizzazione		
8.1.8 Realizzare nuove opportunità abitative protette ed integrate	8.1.8.a. Favorire progetti di uscita dalle strutture residenziali di persone anziane verso modalità abitative più personalizzate. 8.1.8.b. Costituzione di almeno un gruppo di convivenza transizionale per distretto (2 per il Dist. 4).	Riconversione in budget di salute di risorse attualmente destinate alla residenzialità dal DSM. Fondi Riabilitazione: 1 tecnico riabilitazione psichiatrica Risorse aggiuntive per il personale dedicato alla cura degli ambienti ed al sostegno assistenziale e riabilitativo (circa 20.000 x 5 = 100.000 euro).			a. Costituzione di un gruppo di convivenza per le persone anziane che escono dalle strutture residenziali sulle 24 ore del DSM. b. n.5 appartamenti destinati dall'ATER nel 2005 che vengono resi operativi	Riduzione dei p.l. complessivi totali nelle strutture residenziali e del numero di letti per struttura. Utenti collocati in casa di riposo dispongono di differenti programmi abitativi.
8.1.9 Follow up di persone seguite dal Dipartimento e ospitate in residenze (RSA, Case di riposo, appartamenti, ecc.)	8.1.9.a. Mappatura delle persone seguite dai Centri di Salute Mentale inserite nelle strutture residenziali e nei gruppi di convivenza supportati dal Dipartimento di Salute Mentale e nelle case di riposo.	Budget di mantenimento		Verifiche tramite il sistema informativo delle persone già note al DSM. Riformulazione dei progetti individuali.		Evitare perdita di abilità sociali e risposte abitative improprie.
8.1.10 Realizzare innovazioni nel lavoro d'équipe, migliorare l'integrazione sociosanitaria e qualificare le pratiche territoriali	Sviluppo di due programmi innovativi sinergici: 8.1.10.a.) Estensione sperimentale funzione 24 ore con attività esterna notturna a partenza dal CSM (cfr. progetto Circuito Salute H 24 dei distretti) 8.1.10.b) Programma GRAL / Microaree per persone con bisogni complessi.	Budget di mantenimento			a. Accesso immediato in ore notturne per persone in carico al Centro di Salute Mentale e per persone residenti nelle microaree al primo contatto assoluto con il	

OBIETTIVO OPERATIVO 2006	Azioni che si intendono realizzare nel 2006	Implicazioni sui fattori produttivi		Risultati nell'anno		
		Manovra 2006	Int.. strutturali	Processo	Performance	Esito per i pazienti
					CSM. b. Case-management intensivo e continuato per persone con bisogni complessi in collegamento col distretto.	
9.1.2 Migliorare l'accessibilità dei SerT	progressiva distrettualizzazione funzionale delle équipes dipartimentali e integrazione con le UO del Distretto, i MMG, gli specialisti di Distretto, le altre articolazioni aziendali	Budget di mantenimento		accoglienza pomeridiana Ser.T. 1 giorno per settimana c/o i 4 distretti e spostamento c/o D4 attività di gruppo serali per alcolisti e familiari e consolidamento ambulatorio per tabagismi c/o D2		
9.1.3 DDD: Collaborare con le strutture ospedaliere	Definizione protocollo per la presa in carico dell'acuzie			Formalizzazione protocollo		
9.1.4 DDD: Realizzare interventi a bassa soglia : migliorare la capacità di intercettazione della domanda (espressa e sommersa)	9.1.4.a realizzazione progetti di strada rivolti alle persone con abuso/dipendenza (sostanze legali ed illegali), marginalità e multiproblematicità 9.1.4.b migliorare la collaborazione tra equipe di strada e servizi sociosanitari attraverso incontri periodici di scambio	Budget di mantenimento		9.1.4.a costituzione équipes di progetto pubblico-privato sociale, definizione del protocollo, del target, delle aree territoriali.	9.1.4.b.Mantenere, razionalizzandoli e coordinandoli, gli interventi di strada già implementati	
9.1.6 DDD: Sostenere l'inclusione sociale delle persone con problemi di dipendenze	9.1.6.a sviluppare strategie per ridurre i danni sociosanitari correlati all'esecuzione penale: potenziare la collaborazione con i servizi del Ministero Giustizia ed il Comune per favorire percorsi alternativi alla detenzione (evitare la carcerazione e/o favorire la decarcerizzazione per reati connessi allo stato di dipendenza, implementare progetti di reinserimento sociale) 9.1.6.b. Aumentare le possibilità di stare/avere una casa delle persone con problemi di dipendenza. Contrasto all'istituzionalizzazione	Budget di mantenimento		b. Presa in carico di 2-4 persone per area territoriale, identificate secondo protocollo concordato		a.- N° di misure alternative proposte/anno (65/anno)
9.1.7 Rafforzare il legame dei	progetto di realizzazione di una comunità per tossicodipendenti a Trieste			Apertura comunità		

OBIETTIVO OPERATIVO 2006	Azioni che si intendono realizzare nel 2006	Implicazioni sui fattori produttivi		Risultati nell'anno		
		Manovra 2006	Int.. strutturali	Processo	Performance	Esito per i pazienti
tossicodipendenti con la comunità locale e le sue risorse di aiuto						
9.1.8 Adeguare l'offerta ai bisogni emergenti nella popolazione giovanile:) Prevenire e/o affrontare precocemente l'uso/abuso di tabacco, alcol e droghe "ricreative" tra i giovani	9.1.8.a.sviluppare programmi specifici "di prossimità" (di educativa tra pari, di educativa di strada) rivolti alla popolazione giovanile extrascolare (locali di ritrovo, quartieri a rischio, ecc) 9.1.8.b.) sviluppare programmi specifici di educativa tra pari rivolti alla popolazione giovanile scolare (prosecuzione/conclusione progetto Carducci)	Budget di mantenimento		a. - costituzione del gruppo di lavoro, conoscenza del territorio e dei gruppi informali e implementazione delle iniziative già avviate.	b. report fine progetto Carducci	
10.1.1 Educare alla salute	Potenziare sul territorio la capacità di condividere tra le istituzioni la funzione pubblica di lavorare per il benessere della comunità, in particolare della comunità dei minori. Potenziamento e sviluppo del gruppo di lavoro, costituito da tutte le strutture aziendali e dall'IRCCS ed impegnato nella promozione della salute nell'area minori al fine di definire linee di indirizzo comuni e condivise sulla promozione del benessere della comunità	Budget di mantenimento		- Stesura linee di indirizzo - Definizione di una mappa di rilevazione dei dati essenziali del territorio Lo sviluppo dell'obiettivo è previsto nell'arco del triennio 2006/2008		
10.2.1 Aumentare la copertura vaccinale <i>Controllo e prevenzione dell'influenza nei soggetti ultra65enni</i> <i>Campagna di vaccinazione antinfluenzale 2006-2007</i>	10.2.1.a.Azione integrata DIP-Distretti-MMG-Federfarma-Istituto d'Igiene 10.2.1.b.Coinvolgimento delle organizzazioni di volontariato laiche e religiose 10.2.1.c.Collaborazione con i titolari delle strutture ricettive per anziani (case di riposo, residenze polifunzionali,RSA) 10.2.1.d.Promozione ed informazione attraverso i mass media	Costi dei vaccini. Budget di mantenimento		-Implementare nuove strategie di promozione -Implementare strategie vaccinali volte ad aumentare il tasso di copertura nei soggetti cardio-patici, broncopatici ed ultraottantenni	-Migliorare il tasso di copertura raggiunto nella campagna 2005/06 -Migliorare la compliance nei confronti della vaccinazione antinfluenzale	
10.3.1 Effettuare attività di screening oncologici	Mantenere l'attività pap test e mammografico. Per lo studio di fattibilità dello screening del c.a. del colon retto previsto dalle linee guida regionali 2006, il Dip ha completato nell'anno 2004 uno studio di fattibilità già inviato allora all'attenzione dell'Agenzia Regionale della	Budget di mantenimento				

OBIETTIVO OPERATIVO 2006	Azioni che si intendono realizzare nel 2006	Implicazioni sui fattori produttivi		Risultati nell'anno		
		Manovra 2006	Int.. strutturali	Processo	Performance	Esito per i pazienti
	Sanità , che si ripropone .					
10.4.1 Attuare il programma di intervento regionale di prevenzione del rischio cardiovascolare <i>Attuare strategie di prevenzione delle patologie cardiovascolari mirate ai dipendenti del Comune di Trieste, in ambito di prevenzione primaria e secondaria. Rendere la popolazione capace di controllare il proprio stato di salute e sperimentare un intervento collettivo di prevenzione presso un'Azienda per poterlo replicare presso altre realtà aziendali in futuro.</i>	10.4.1.a Proposta di un'attività "corporate wellness" similmente all'esperienza già avviata per i dipendenti del SSR a Trieste (intervento collettivo) 10.4.1.b. Dissuasione all'uso degli ascensori sui luoghi di lavoro mediante adeguata cartellonistica (intervento collettivo) 10.4.1.c. Intensificazione della presenza di mezzi di dissuasione al consumo di tabacco (cartellonistica e depliant) sui luoghi di lavoro 10.4.1.d. Definizione della carta di rischio cardiovascolare individuale per il 10% dei dipendenti	Budget di mantenimento			Raggiunti circa 170 dipendenti	
10.5.1 Adottare le LG per la prevenzione delle complicanze del diabete	10.5.1.a Stesura protocolli congiunti diabetologia terr(incluso MMG)/osp 10.5.1.b. potenziamento attività integrate interaziendali cura piede diabetico	Budget di mantenimento		Formalizzazione protocolli su complicanze occhio, rene, cardiovasc., piede diabetico		
10.6.1 Attuare il programma di intervento regionale definito dal Piano triennale delle attività di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro <i>Premesso che il Piano in questione non è stato ancora redatto da parte della Regione, si richiama quanto indicato nel piano sanitario e sociosanitario regionale 2006-2008</i>	10.6.1.a. Implementazione del Registro dei Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza nell'ambito dell'archivio informatico UOPSAL, in accordo a quanto previsto nel protocollo di intesa prefettizio firmato il 2 marzo 2005. 10.6.1.b. Implementazione dei Registri regionali degli esposti ad amianto e del registro nazionale dei mesoteliomi. 10.6.1.c. Analisi dell'andamento infortunistico tra i lavoratori migranti occupati nella provincia di Trieste	Budget di mantenimento			Indagine campionaria su almeno 50 aziende della provincia	
10.7.1 Concorrere alla identificazione e alla modifica possibile dei determinanti sociali e ambientali della salute	Raccogliere documentazione e aprire campagne di sensibilizzazione altri Enti coinvolti	Budget di mantenimento		Produzione documento e realizzazione conferenze di consenso		
10.9.1 Attivare programmi di prevenzione degli incidenti domestici <i>Prevenzione dei rischi dell'anziano istituzionalizzato e dei lavoratori</i>	10.9.1.a. Realizzazione del progetto formativo per il personale operante nelle case di riposo pubbliche ricomprese nel progetto integrato "aggiungere vita agli anni e non solo anni alla vita".	Budget di mantenimento			150 operatori formati (2006/2008)	

OBIETTIVO OPERATIVO 2006	Azioni che si intendono realizzare nel 2006	Implicazioni sui fattori produttivi		Risultati nell'anno		
		Manovra 2006	Int.. strutturali	Processo	Performance	Esito per i pazienti
<i>addetti all'assistenza nelle case di riposo e a domicilio con riduzione/eliminazione dei comportamenti a rischio.</i>	10.9.1.b. Ideazione e progettazione di un pacchetto formativo per i referenti delle microaree e gli operatori dell'assistenza domiciliare					
10.11.1 Orientare le attività veterinarie coerentemente con l'attuale quadro epidemiologico	Per quanto attiene l'attualità epidemiologica veterinaria, correlata all'influenza aviaria, si rileva che in questa Azienda non sono state individuate situazioni a rischio specifico. Si garantisce massima osservanza ad altre eventuali future disposizioni regionali.					
11.1.1 Assetto logistico degli stabilimenti e uffici aziendali	Definizione delle attività economiche di trasloco, degli adempimenti informatici ed edilizi, approvvigionamento delle attrezzature				Rispetto dei calendari operativi stabiliti dalla direzione generale	
11.1.2 Atto aziendale	Riesame dei regolamenti aziendali, in relazione all'entrata in vigore dell'atto aziendale Definizione delle priorità d'intervento			Atti regolamentari di funzionamento		
12.0.0 sviluppo del progetto Habitat microaree in tutte le aree individuate	Oltre a quanto già previsto negli obiettivi sopra: 12.0.0.a. definire protocollo di lavoro con altri Enti (AOTS; Comune TS, ATER, ITIS) 12.0.0.b. introduzione di meccanismo di valutazione del progetto secondo i 10 obiettivi già formalizzati 12.0.0.c. ottimizzazione delle procedure di continuità terapeutica			a. formalizzazione protocollo b. valutazione periodica secondo procedura c. valutazione rispetto procedure		

Per quanto concerne il finanziamento dedicato “allo sviluppo”, l'ASS1 Triestina ha determinato la finalizzazione come segue:

1. Per circa 350mila euro al fine di incrementare il personale dedicato all'attività riabilitativa. Personale equamente distribuito tra i 4 Distretti.
2. Per circa 400mila euro per acquisizione di personale per i Distretti sanitari in particolare infermieri professionali, OSS, psicologi per l'età evolutiva
3. Per circa 350mila euro, equamente distribuiti tra i Distretti e il Dipartimento di Salute Mentale, per costruire budget personalizzati di salute, in integrazione di altri fondi destinati al medesimo fine e derivanti da riconversioni di altre modalità di spesa
4. Per circa 200mila euro per sviluppo nell'acquisizione di personale a favore del Dipartimento di Prevenzione per far fronte a più approfonditi interventi collegati ad emergenze ambientali
5. Per circa 200mila euro per far fronte a costi derivanti dal venir meno di finanziamenti da parte del “Fondo Droga” mantenendo le attività in essere
6. Per circa 600mila euro per far fronte alla prosecuzione di una serie di iniziative del tutto recenti (progetto alzheimer, progetto telefono speciale suicidi, progetti microaree, assunzione diretta completa del percorso riconoscimento provvidenze economiche invalidità civile).