

PROGETTI PRODUTTIVITA' STRATEGICA 2014

Remunerazione a raggiungimento obiettivo e garanzia saldo orario aggregato positivo; quota massima teorica: 1.000 per cat. D (a scalare le altre categorie, come da parametri accordo 2014) senza decurtazione oraria; cumulabili con progetti RAR.

DIREZIONE GENERALE

A	B	C	D	E
Personale	obiettivo	indicatore	Risultato atteso	Numero partecipanti
S.P.P.A.	Revisione del processo di informazione da fornire alle persone che a diverso titolo interagiscono con l'Istituto, con la costruzione di un libretto informativo modulabile secondo la tipologia di destinatario.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Individuazione degli argomenti. 2. Costruzione della documentazione e modalità di composizione del libretto. 3. Preparazione della Istruzione Operativa per la distribuzione del materiale informativo. 4. Presentazione alle Direzioni per la Valutazione della Documentazione e della Istruzione Operativa prodotta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentare la capillarità ed immediata informazione sui rischi presenti in Istituto alle persone frequentanti a diverso titolo lo stesso - Aumentare la consapevolezza individuale rispetto all'importanza di adottare comportamenti "sicuri" per sé e per gli altri - Adottare comportamenti sicuri anche attraverso i mezzi messi a disposizione dell'Istituto, al fine di creare un ambiente sicuro dal punto di vista infortunistico 	3 cat D 1 cat B
A			1. Presenza del Manuale revisionato (100%) entro 31 ottobre 2014; 2. Presenza delle procedure revisionate (75%) entro 30 novembre 2014; 3. Presenza delle Istruzioni operative revisionate (100%) entro 30 novembre 2014	2 D
B	Collaborazione alla revisione del Manuale, delle procedure e delle Istruzioni Operative del Sistema Gestione Qualità del CAF in relazione alla riforma del sistema formativo ed ECM disposta dalla Direzione centrale Salute FVG	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manuale della qualità: Revisione in particolare per ciò che concerne organigramma e politica della qualità; 2. Procedure del sistema qualità n. 01, 03, 07, 13: Revisione sulla base delle direttive regionali e di nuove disposizioni aziendali; 3. Istruzioni operative 02, 05: Revisione direttive regionali e di nuove disposizioni aziendali. 		
C	URP	Gestione scritta dei reclami con risposta scritta ai reclamanti	Gestione scritta dei reclami con risposta scritta ai reclamanti entro 30 gg lavorativi. Ad esclusione dei ritardi nel ricevere risposte dai responsabili a cui è rivolto il reclamo.	1 amm. C

DIREZIONE SANITARIA

A	B	C	D	E
Personale	obiettivo	indicatore	Risultato atteso	Numero partecipanti
A Archivio	Gestione delle Cartelle Cliniche in collaborazione con la Ditta Ital Archivi	Trasferimento delle Cartelle Cliniche anno 2004 e di tutti i decessi al deposito di Udine	Completamento del trasferimento di tutte le cartelle intestate 2004 e di tutti i decessi a Udine	4 aus
B Archivio	Garantire la consegna della copia della cartella clinica entro 10 giorni lavorativi.	Consegna della copia della cartella clinica entro 10 giorni lavorativi.	Consegna entro 10 giorni della copia conforme all'originale della cartella clinica. Le eventuali eccezioni devono essere adeguatamente motivate	2 inf 1 aus
C Serv. esequiali	Garantire il Servizio trasporto pazienti, materiali e servizio Locali Esequiali malgrado la riduzione di una unità per esigenze di servizio	Utilizzo di Ditta esterna con una spesa inferiore a 3000 euro	Garantire il servizio garantendo la previsione di spesa	1 inf. cat C 1 ora
D Direzione medica	Correttezza e completezza schede SDO	Controllo sulla correttezza e completezza delle compilazioni delle SDO	Controllo sulla correttezza e completezza delle compilazioni delle SDO relative alle persone dimesse al 30 novembre entro il 31 dicembre 2014	1 amm B
E Direzione Sanitaria Ufficio Cassa	Inserimento dei dati relativi ai questionari compilati dagli utenti sulla privacy	Inserimento dati relativi ai questionari compilati dagli utenti sulla privacy, nel sistema informatico	Il 31 dicembre devono essere inseriti tutti i questionari consegnati fino al 30 novembre	4 amm C 3 amm B 1 amm D
F Servizio Dietistico	Implementazione manuale haccp	Controllo del rispetto delle regole operative della catena della ristorazione	Mantenimento Standard prefissati	1 dietista D 1 amm D
G Dipartimento Ricerca Traslationale	Gestione magazzini sanitari di laboratorio biomedico presso la SOC di Oncoematologia clinica sperimentale e la SOC di OS2	Il progetto ha durata annuale, eventualmente rinnovabile. Gli obiettivi sono garantire l'approvvigionamento dei materiali e gestione dei magazzini nonché alla gestione delle strumentazioni tecnico scientifiche e all'applicazione e verifica dei sistemi di qualità e sicurezza	Relazione finale da presentare alla posizione organizzativa sul grado di raggiungimento dell'obiettivo attestante il rispetto degli adempimenti previsti nel progetto già presentato al Direttore Generale, la quale PO allegnerà una sua relazione sul grado di raggiungimento degli obiettivi	1 tsib

DIREZIONE SCIENTIFICA

A	B	C	D	E
Personale	obiettivo	indicatore	Risultato atteso	Numero partecipanti
A Direzione Scientifica - Uffici/Servizi amministrativi	posizioni/attività strategiche della direzione scientifica	attività strategica con aggrevio carico di lavoro	Garantire specifico apporto professionale in attività di innovazione - sperimentazione - verifica gestionale e/o tecnica	Euro 1.500 per alcune figure lavorative individuate dal Dir.Sci.

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

[Handwritten signature in blue ink]

B	Clinical Trials Epidemiologia e Biostatistica	a) Garantire la presa in carico di tutti i pazienti candidati all'ingresso in un trial clinico b) sicurezza e appropriatezza adeguata del trattamento Partecipazione alla Certificazione Qualità della SOC	a) Tempo dall'arruolamento all'inizio delle attività di screening o trattamento b) non conformità emerse dalle schede di somministrazione farmaci Attività strategica con aggravio di lavoro. Prevista: - stesura manuale - implementazione dell'utilizzo del software "Qualibus"	A) Nessun ritardo all'inizio delle attività b) garanzia di appropriatezza del trattamento a tutti i pazienti Rispetto degli indicatori	3 D 1 C 2 D 1 C 1 B
C		Approccio ad un nuovo supporto dati (Cartella Informatizzata) per l'attività del Registro Tumori del FVG	Attività strategica con aggravio di lavoro. Prevista: - verificare la completezza dei dati nel nuovo supporto - verificare la trasferibilità delle informazioni attraverso l'inserimento dei dati nel Registro Tumori FVG di un periodo campione (dati 2008-2009)	Rispetto degli indicatori	

DIREZIONE AMMINISTRATIVA

	A	B	C	D	E
	Personale	obiettivo	indicatore	Risultato atteso	Numero partecipanti
A	Servizio Cucina	Migliorare il gradimento dei dipendenti che usufruiscono del servizio mensa	Migliorare la qualità percepita dai dipendenti nell'ambito della ristorazione interna, attraverso la distribuzione di un questionario di gradimento nei mesi di ottobre-novembre.	Gradimento superiore all'80%	3 Bs 5 Aus
B	Dir. Amm. - uff. personale	posizioni/attività strategiche della direzione amministrativa	attività strategica con aggravio carico di lavoro	Garantire la continuità del servizio a fronte di carenze d'organico non preventivate/in attesa di sostituzione	Euro 2.000 da suddividere tra circa 6 figure, in base al carico di lavoro effettivo
C	SOC Tecnologie-Investimenti, acquisizione di beni e servizi	posizioni/attività strategiche della soc	attività strategica con aggravio carico di lavoro	Garantire specifico apporto professionale in attività di particolare rilievo o complessità o innovazione tecnica e gestionale	Euro 1.000 per alcune figure lavorative individuate dal Direttore







	A Personale	B obiettivo	C indicatore	D Risultato atteso
<p>Vari servizi</p>	<p>QUALIBUS è un framework BPM (Business Process Management system) che affronta la gestione di diversi aspetti di una organizzazione, quali: Gestione Risorse Umane, Gestione Risorse Tecnologiche, Gestione Documentale, Gestione della Comunicazione, Gestione dei Processi, Gestione dei Progetti, Gestione degli indicatori di Performance, Gestione dei Clienti</p> <p>In Istituto Qualibus è utilizzato in Oncologia Radioterapica, Fisica Sanitaria, UGRCA (Unità Gestione Rischio Clinico e Accredittamento), Oncologia Medica C (solo per la segregazione degli eventi avversi/(R), Dip. della Ricerca Traslazionale, Farmacia, Medicina Nucleare.</p> <p>Sono già attivati corsi di formazione per operatori di diverse strutture, nonché per la gestione di eventi, progetti e cruscotti (accreditati ECM).</p> <p>Il progetto prevede la formale individuazione del gruppo aziendale di referenti per la tematica in oggetto, finalizzato alla attivazione ed alla implementazione di Qualibus a tutto il CRO con i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • consentire per tutto l'istituto una gestione integrata, condivisa e per quanto possibile univoca della documentazione, delle apparecchiature e della segnalazione degli eventi avversi, non conformità ed eventi sentinella: Qualibus potrebbe fornire un supporto efficace in questa direzione; • consentire una Gestione documentale allineata in ottica di Sistemi di Verifica Esterna della qualità (Certificazione ISO ed Accredittamento); • estendere la formazione a tutto il personale in funzione della gestione del sistema. 	<p>Le attività del gruppo si svilupperanno con le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la suddivisione in sottogruppi che lavoreranno sia autonomamente sia durante incontri periodici • la discussione per l'apporto di eventuali modifiche migliorative ed approvazione degli elaborati prodotti dai sottogruppi con tutti gli operatori coinvolti nel processo di realizzazione dei documenti; • eventuali momenti di incontro con altri professionisti esperti per competenza. • Quali strumenti di misurazione delle attività del gruppo sono individuati i seguenti indicatori: verbali delle riunioni/eventi formativi dei gruppi/sottogruppi; • attuazione del sistema in nuove strutture • implementazione del sistema nelle strutture nel quale sia già presente. 	<p>rispetto degli indicatori</p>	<p>1 tec. Cat. C 1 amm. Cat. D</p>
<p>Vari servizi</p>	<p>Il programma regionale per il Governo Clinico e la Sicurezza del paziente prevede per l'anno 2014, tra le attività per la prevenzione ed il controllo del Rischio Infettivo, l'implementazione al CRO del programma sulle "Misure di Isolamento".</p> <p>Il progetto prevede la formale individuazione del gruppo aziendale di referenti per la tematica in oggetto, i componenti del gruppo sono individuati sulla base delle indicazioni fornite dai Direttori dei Dipartimenti interessati (Oncologia Medica ed Oncologia Chirurgica) e delle relative Posizioni Organizzative, cui è fatta formale richiesta. Il gruppo di lavoro sarà multidisciplinare e multi-professionale.</p> <p>Il programma farà seguito a quanto avviato nel 2013 mediante un corso di aggiornamento regionale per la formazione dei formatori referenti aziendali e, al CRO, con un corso di Formazione sul campo tenutosi nel Dipartimento di Oncologia medica e riferito ai pazienti con leucopenia/aplasia.</p> <p>Per il gruppo di lavoro sono previsti i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individuare, valutare, diffondere ed implementare le misure di 	<p>Le attività del gruppo si svilupperanno con le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la suddivisione in sottogruppi che lavoreranno sia autonomamente sia durante incontri periodici nei quali si realizzerà la stesura delle procedure o dei protocolli operativi o delle istruzioni operative; tali elaborati verranno realizzati dopo una revisione della letteratura; • la discussione per l'apporto di eventuali modifiche migliorative ed approvazione degli elaborati prodotti dai sottogruppi con tutti gli operatori coinvolti nel processo di realizzazione dei documenti; • l'eventuale momenti di incontro con altri professionisti esperti per competenza. • Quali strumenti di misurazione delle attività del gruppo sono individuati i seguenti indicatori: verbali delle riunioni dei gruppi/sottogruppi; 	<p>rispetto degli indicatori</p>	<p>9 infermieri cat. D</p>

[Handwritten signatures and initials in blue ink]

[Handwritten signature in blue ink]

	A Personale	B obiettivo	C indicatore	D Risultato atteso
	<ul style="list-style-type: none"> isolamento al CRO; implementare le buone pratiche relative alla gestione in sicurezza dei pazienti con malattia infettiva trasmissibile o con leucopenia/aplasia midollare; aggiornare/adoptare le pratiche relative a isolamento infettivo, isolamento per leucopenia, metodiche di sanificazione ambientale, corretto utilizzo dei DPI, modalità di sanificazione dei dispositivi medici. 	<ul style="list-style-type: none"> elaborazione procedura/e e protocolli operativi; diffusione delle informazioni e buone pratiche relative alla gestione delle misure di isolamento. 		7 infermieri cat. D 1 TSLB cat. D 1 amm. Cat. D
C	<p>Il programma regionale "Sicurezza e Governo Clinico" per l'anno 2014, nell'ambito di intervento di implementazione di programmi specifici, prevede, in riferimento al "Rischio Chirurgico", l'implementazione in ogni struttura sanitaria della procedura per la sicurezza nella chirurgia ambulatoriale e nelle procedure invasive.</p> <p>Il progetto prevede la formale individuazione del gruppo aziendale di referenti per la tematica in oggetto. I componenti del gruppo sono individuati sulla base delle indicazioni fornite dai Direttori dei Dipartimenti interessati (Oncologia Medica ed Oncologia Chirurgica) e delle relative Posizioni Organizzative, cui è fatta formale richiesta. Il gruppo di lavoro sarà multidisciplinare e multi-professionale.</p> <p>Il programma farà seguito a quanto avviato nel 2013 che ha visto:</p> <ul style="list-style-type: none"> l'adozione formale della Raccomandazione Regionale con relativa procedura e checklist; l'individuazione delle strutture coinvolte ed, in ciascuna di queste, il censimento delle possibili attività oggetto delle procedure; la progressiva applicazione della procedura e relativa check list alle attività individuate nelle varie aree/strutture. 	<p>Per il gruppo di lavoro sono previsti i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> diffondere ulteriormente ed implementare la applicazione della procedura alle altre attività censite nelle diverse aree; verificare le eventuali integrazioni da suggerire/apportare alla check list regionale; integrare la check list regionale con le informazioni di specifico interesse per l'attività oggetto della procedura (con modifiche del retro del modulo); monitorare la corretta applicazione della procedura e della check list. Il gruppo lavorerà sia tramite riunioni formali (verballizzate) sia a distanza con comunicazioni via e-mail. Quali strumenti di misurazione delle attività del gruppo sono individuati i seguenti indicatori: verbali riunioni; monitoraggio sulla applicazione della procedura, tramite analisi a campione nelle diverse aree/strutture e per le diverse attività oggetto della procedura; eventuale modulistica aggiornata/integrata/rinnovata. 	rispetto degli indicatori	9 infermieri cat. D
D	<p>Vari servizi</p> <p>Il programma regionale "Sicurezza e Governo Clinico" per l'anno 2014, nell'ambito di intervento di implementazione di programmi specifici, prevede, in riferimento al "Rischio Chirurgico", l'implementazione in ogni struttura sanitaria di "Bundle" per la sicurezza del paziente.</p> <p>Il progetto prevede la formale individuazione del gruppo aziendale di referenti per la tematica in oggetto. I componenti del gruppo sono individuati sulla base delle indicazioni fornite dai Direttori dei Dipartimenti interessati (Oncologia Medica ed Oncologia Chirurgica) e delle relative Posizioni Organizzative, cui è fatta formale richiesta. Il gruppo di lavoro sarà multidisciplinare e multi-professionale.</p> <p>Il programma farà seguito a quanto avviato nel 2012/2013 che ha visto l'adozione formale in Istituto (o aree dell'Istituto) di n.2 i Bundle 2 nel 2012 (Inserimento del CVC e Gestione del CVC) e di n.2 nel 2013 (Controllo e gestione delle infezioni di CD e Controllo e gestione delle infezioni da MRSA)</p>	<p>Per il gruppo di lavoro sono previsti i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> diffondere ulteriormente ed implementare la applicazione dei Bundle già adottati e loro monitoraggio adozione di nuovi bundle, tutti o parte di quelli compresi nel seguente elenco: <ol style="list-style-type: none"> Bundle CV – adozione in Dip. di Oncologia Medica e Diip. di Oncologia Chirurgica; Bundle ISS – adozione solo in Dip. Oncologia Chirurgica Bundle CVP – adozione solo in Dip. Oncologia Medica Bundle VAP – adozione solo in ARTI monitoraggio della loro adozione/implementazione 	rispetto degli indicatori	5

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature on the left and several initials on the right.

	A Personale	B obiettivo	C indicatore	D Risultato atteso
	<ul style="list-style-type: none"> • monitoraggio della adozione ed implementazione dei bundle sopra-indicati. 	<p>Il gruppo di lavoro, sia tramite riunioni formali (vedi verbali) sia tramite lavoro a distanza con comunicazioni via e-mail. Quali strumenti di misurazione delle attività del gruppo sono individuati i seguenti indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> - verbali riunioni - adozione formale bundle - risultati monitoraggio 		
<p>Vari servizi</p>	<p>Il Programma di Accreditazione QMentum di Accreditation Canada prevede, tra le Pratiche Obbligatorie per l'Organizzazione, la "RICONCILIAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA" – "Effettuare la riconciliazione della terapia farmacologica alla presa in carico del paziente in regime di ricovero (anche in pronto soccorso e nei reparti di degenza), con il coinvolgimento del paziente".</p> <p>Il progetto prevede la formale individuazione del gruppo aziendale di referenti per la tematica in oggetto. I componenti del gruppo sono individuati sulla base delle indicazioni fornite dai Direttori dei Dipartimenti interessati (Oncologia Medica ed Oncologia Chirurgica) e delle relative Posizioni Organizzative, cui è fatta formale richiesta. Il gruppo di lavoro sarà multidisciplinare e multi-professionale.</p> <p>Il programma farà seguito a quanto avviato nel 2013, che ha visto un gruppo di lavoro, coordinato dall'Unità Gestione Rischio Clinico ed Accreditazione (UGRCA), elaborare una procedura sulla Riconciliazione farmacologica aderente ai test di conformità previsti da AC per la specifica Raccomandazione, definire un Gantt (pianificazione) di massima per la adozione ed implementazione della procedura in questione ed il suo monitoraggio, nonché procedere ad iniziative in particolare di informazione/formazione a sostegno del progetto.</p>	<p>Per il gruppo di lavoro sono previsti i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diffusione della procedura per la Riconciliazione farmacologica a partire dal giorno 15 gennaio 2014, con particolare riferimento, conformemente a quanto previsto dalla Raccomandazione di AC, ai ricoveri ordinari presso le strutture operative facenti riferimento al Dipartimento di Oncologia Medica (compresi pazienti della Oncologia Radioterapica) e del Dipartimento di Oncologia Chirurgica (compresi pazienti della Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva); • applicazione obbligatoriamente alla fase (eventuale) di trasferimento del paziente ed alla fase di dimissione dello stesso mentre, ad ora, è raccomandata (ma non obbligatoria) nella fase di ammissione del paziente; • valutazione della adeguatezza della modulistica in uso (modulo Ricognizione/Riconciliazione farmacologica) e proposta eventuali integrazioni e/o modifiche; • analisi di fattibilità della sia integrazione nella Scheda Unica di terapia (SUT); • analisi di fattibilità della sua adozione in ambito di ricovero in DH ed in regime ambulatoriale. <p>Quali strumenti di misurazione delle attività del gruppo sono individuati i seguenti indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • verbali riunioni; • monitoraggio della applicazione della procedura, tramite analisi a campione di cartelle cliniche provenienti dalle strutture operative coinvolte nel processo a uno e cinque/sei mesi dalla data di adozione della procedura; • eventuale modulistica aggiornata/integrata/rinnovata. 	<p>rispetto degli indicatori</p>	<p>8 infermieri cat. D</p>